



# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

---

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

EDUCACIÓN SEXUAL INTEGRAL: UNA  
INTERVENCIÓN CON ADOLESCENTES DEL ESTADO  
DE MÉXICO

**TESIS**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE  
**LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

PRESENTA:

**MATZIELLY ISELA LÓPEZ BUENO**

**DIRECTOR:** DRA. NÉLIDA PADILLA GÁMEZ

**DICTAMINADORES:** DR. JUAN PABLO RUGERIO TAPIA

LIC. MARTHA RODRÍGUEZ CERVANTES





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.

A mi familia, especialmente a mi abuelito y a mis padres por exigirme siempre lo mejor y por su cariño y apoyo, sin eso no habría llegado hasta aquí.

A mi mejor amiga Diana Nayeli, por ser parte de mi vida a través de todos estos años, por tu cariño y tu amistad incondicional, gracias.

A mis amigos de la Facultad, a Sharon, Juan Manuel, Gabriela, Sara, Iván, Pamela, Grecia y especialmente a Diana quién me enseñó a no rendirme jamás y con una sonrisa seguir adelante, no conozco mujer más fuerte que tú, te mereces todo lo bueno de la vida.

A la familia Lira por todo su apoyo, por hacernos parte de su familia, por abrirnos las puertas de su casa, por querer tanto a Diego, especialmente a Verónica Ríos por cuidarnos y guiarnos todo este tiempo, gracias por todo.

Gracias a Enrique Palma Ríos por todo tu apoyo y cariño incondicional, por ser mi compañero de vida, por crecer a mi lado, por cuidarnos y luchar por nosotros, por estar siempre en las buenas, pero sobre todo en las malas, gracias por haber cambiado tanto mi vida, por ser un excelente padre, hijo, sobrino, amigo y compañero, te dedico esta Tesis con todo mi amor y cariño porque gracias a tu apoyo llegue hasta aquí.

A mi hijo Diego por regalarme las sonrisas más hermosas que he visto, por enseñarme que la vida no es fácil, pero por ti vale la pena todo el esfuerzo, gracias por acompañarme en todas las etapas de este proyecto y porque me enseñaste que el amor incondicional existe y que la vida es hermosa, te amo mi amor.

## **AGRADECIMIENTOS**

Gracias a la Dra. Nérida Padilla Gámez por su apoyo en la realización de este proyecto, por compartir su conocimiento conmigo, por hacer su trabajo con tanto cariño y de forma excelente, por su paciencia y entrega, pero también por ser una gran persona, maestra y guía.

A la Licenciada Yuma Yoaly Pérez Bautista, al Dr. Juan Pablo Rugerio Tapia y la Licenciada Martha Rodríguez Cervantes por su apoyo, disposición y tiempo para darme las aportaciones necesarias para este trabajo.

A la institución que amablemente nos permitieron el acceso a sus instalaciones para poder llevar a cabo esta investigación, pero también por su preocupación por el bienestar integral de sus alumnos. Este trabajo fue posible gracias a su apoyo.

Por último, quiero agradecer a la Universidad Nacional Autónoma de México por ayudarme a crecer profesional y personalmente, por brindarme una educación de calidad excelente mediante actividades y experiencias que han forjado mi vida a nivel personal y académicamente.

# ÍNDICE

RESUMEN .....	i
ABSTRACT .....	ii
INTRODUCCIÓN.....	iii
CAPÍTULO 1. PUBERTAD Y ADOLESCENCIA.....	2
1.1    Cambios y desarrollo durante la pubertad y adolescencia.....	2
1.1.1    Desarrollo hormonal.....	3
1.1.2    Desarrollo físico .....	5
1.1.3    Desarrollo Sexual .....	10
1.1.4    Desarrollo psicológico.....	13
CAPÍTULO 2. ADOLESCENCIA Y SEXUALIDAD .....	17
2.1    Conductas sexuales de riesgo en la adolescencia.....	17
2.2.1    El debut sexual .....	17
2.2.2    Obstáculos en el uso de métodos anticonceptivos.....	21
2.2.3    Embarazo Adolescente .....	25
CAPÍTULO 3. EDUCACIÓN SEXUAL INTEGRAL COMO HERRAMIENTA DE PREVENCIÓN .....	31
3.1    Programas de intervención en salud y educación sexual.....	34
3.1.1    Teoría Holónica.....	42
3.1.2    Habilidades para la vida .....	77
CAPÍTULO 4. MÉTODO .....	91
CAPÍTULO 5. RESULTADOS .....	105
CAPÍTULO 6. DISCUSIÓN.....	124
CAPÍTULO 7. CONCLUSIONES.....	131
REFERENCIAS.....	138

## RESUMEN

Debido a los altos índices de embarazos e infecciones de transmisión sexual en adolescentes mexicanos se creó un taller de educación sexual integral (ESI) con el objetivo de contrastar su efectividad con un taller de salud sexual (SS). Se trabajó con una muestra de 28 alumnos, 21 hombres (75%) y 7 mujeres (25%) entre los 14 y 16 años, divididos en dos grupos. Los efectos de ambos talleres fueron evaluados con un cuestionario adaptado de la Encuesta Estudiantil Sobre Salud Sexual (EESS) de Robles et al. (2011) y de algunos reactivos del programa *Planeando tu vida* de Pick et al. (1988), mediante un diseño pretest-postest y una evaluación de seguimiento al grupo que recibió el ESI. Los resultados mostraron diferencias entre el taller ESI con el taller de SS en los factores: habilidades para la vida, uso de condón y estilos de negociación con la pareja. Se concluye que el ESI promueve conductas, actitudes y conocimientos necesarios para la salud sexual de los adolescentes, en comparación con aquellos talleres que sólo se avocan a la impartición de información, sin la promoción de habilidades, cambio de actitudes y la integración de los conocimientos a la vida de los adolescentes.

**Palabras clave:** *embarazo adolescente, infecciones de transmisión sexual, educación sexual integral, salud sexual*

## ABSTRACT

Owing to the high rates of pregnancies and sexually transmitted infections in Mexican adolescents, an integral sexual education workshop (ESI) was created with the aim of comparing its effectiveness in comparison with a sexual health workshop (SS). It was attended by 28 students, 21 men (75%) and 7 women (25%), between 14 and 16 years, divided into two groups. The effects of both workshops were evaluated with a questionnaire adapted from the Student Survey on Sexual Health (EES) of Robles et al. (2011) and some items from the *Picking Your Life Planning* program by Pick et al. (1988), through a pretest-posttest design and a follow-up evaluation to the group that received the ESI. The results obtained showed differences between both workshops (ESI and SS), specifically in the factors: life skills, use of the condom and negotiation styles with the partner. It is concluded that a workshop based on ESI promotes behaviors, attitudes and knowledge necessary for the sexual health of adolescents, in comparison than workshops that only focus on the imparting of information without the promotion of skills, change of attitudes and the integration of knowledge to the life of adolescents.

**Keywords:** *adolescent pregnancy, sexually transmitted infections, comprehensive sexual education, sexual health*

## INTRODUCCIÓN

Debido a que la adolescencia se caracteriza por un despertar sexual (Krauskopof, 1999) es importante trabajar con esta población, diversos estudios alrededor de mundo plantean a la Educación Sexual Integral (ESI) como una herramienta efectiva para la enseñanza de la sexualidad de forma holística pero que va más allá de lo teórico, la ESI dota a los jóvenes de habilidades para la vida que les permiten hacer frente a diversas adversidades entre ellas las relacionadas con las conductas sexuales de riesgo (IPPF, 2010; WRC, 2012; Douglas, 2007, como se citó en Hunt, Monterrosas & Mimbela, 2015; Mangrulkar, Vince & Posner, 2001).

En México las problemáticas relacionadas con la salud sexual en los jóvenes es tal que a pesar de la basta información que tienen los jóvenes sobre métodos anticonceptivos siguen sin protegerse al momento de tener relaciones sexuales (Instituto Mexicano de la Juventud, 2010; Instituto Nacional de Salud Pública, 2012), de hecho se calcula que 2 de cada 10 hombres y 1 de cada 3 mujeres, está teniendo relaciones sexuales no protegidas (Consejo Nacional de la Población, 2014), posicionando al país en el primer lugar de embarazos adolescentes (OCDE, 2009) y entre unos de los países con mayor número de casos de VIH/SIDA (Vivo, López-Peña & Saric, 2012).

Debido a la alta tasa de conductas sexuales de riesgo en la adolescencia, el objetivo de este estudio fue contrastar la efectividad de un taller de Educación Sexual Integral (ESI) en comparación con un taller de Salud Sexual (SS) que comúnmente se enseña en las escuelas. Se trabajó con jóvenes de escuela secundaria mediante una investigación cuasi experimental con preprueba y grupo control, un grupo recibió un taller de ESI y el otro de SS. Los resultados encontrados señalan si bien no hubo un cambio en los conocimientos teóricos, los jóvenes que recibieron el taller ESI mostraron resultados diferentes en la intención de usar condón, habilidades para la vida y en los estilos de negociación con la pareja. Si bien no se puede asegurar que estos cambios son estadísticamente significativos, debido al tamaño de la muestra, si muestran una tendencia al cambio que se puede señalar como un indicio de la efectividad de la ESI, aunque para futuros estudios, se recomienda ampliar la muestra para poder obtener más pruebas que comprueben su efectividad.



**PRIMERA PARTE**  
**MARCO TEÓRICO**

---

## CAPÍTULO 1. PUBERTAD Y ADOLESCENCIA

---

*“En definitiva, para hacer educación sexual no hay que forzarse a nada, ni intentar ser quien no se es. Hablar de los propios temores, dudas y experiencias es enseñar a las niñas y a los niños a mostrarse tal como son, es enseñar a aceptarse y a aceptar a las y los demás”* (Hernández & Jaramillo, 2003).

En el presente capítulo se aborda el tema de la pubertad y la adolescencia, detallando el inicio de cada etapa, así como los cambios característicos de estas etapas. De igual manera se analiza la forma en que se desarrollan los adolescentes, tomando en cuenta los cambios físicos, psicológicos y sociales a los que se enfrentan y como se va preparando el cuerpo para dar inicio a la sexualidad.

### **1.1 Cambios y desarrollo durante la pubertad y adolescencia**

El periodo en el que se desarrollan el sistema de la reproducción se denomina pubertad, de *pubes* que significa vello (Donovan & Van Der Werff Ten Bosch, 1965, como se citó en Grinder, 2008). Es el periodo comprendido entre la niñez y la adultez en la que se inician una serie de cambios a nivel hormonal y en casi todos los sistemas y estructuras corporales, aunado a un crecimiento y maduración de los órganos sexuales y de todo el sistema reproductivo del individuo (Ulloa-Aguirre, Díaz-Cueto & Méndez, 2002) estos cambios también vienen acompañados de inquietudes que afectan a los adolescentes a nivel emocional (Secretaría de Salud del Distrito Federal, 2014). A menudo los cambios pueden ser interpretados y evaluados de acuerdo al contexto socio-cultural e histórico, (Alsaker & Flammer, 2006; Van Vliet, 1991; Wheeler, 1991, como se citaron en Ulloa-Aguirre, Díaz-Cueto & Méndez, 2002). Si bien cada individuo se desarrolla de manera diferente, la pubertad suele comenzar antes de los 15 en los adolescentes y antes de los 13 en las

adolescentes (Marshall & Tanner, 1986, como se citaron en Ulloa-Aguirre, Díaz-Cueto & Méndez, 2002).

Por su parte la adolescencia, del latín *adolescere* (crecer) empieza desde el inicio del desarrollo de las características sexuales secundarias y el término de la maduración física en la que ya existe un desarrollo completo del sistema reproductivo (Ulloa-Aguirre, Díaz-Cueto & Méndez, 2002). Se divide en adolescencia temprana que va de los 10 a los 14 años caracterizada por un rápido desarrollo físico; adolescencia intermedia, que va de los 15 a los 16 años, dónde se genera la orientación sexual y la influencia de los pares se vuelve más importante y por último la adolescencia tardía, de los 17 a los 19 años, en esta etapa los adolescentes pueden verse y actuar como adultos pero es posible que no hayan alcanzado la madurez cognitiva, conductual y emocional suficiente (Sawyer, et al., 2012, como se citó en Vivo, López-Peña & Saric, 2012).

Grinder (2008) menciona que existen diferencias de una sociedad a otra respecto al desarrollo de la adolescencia, sin embargo, son pocos los adolescentes que tienen la libertad de pertenecer a alguna en la que se aprecien sus cualidades particulares. Para los jóvenes uno de los principales problemas en esta etapa es el aspecto físico ya que en la mayoría de las sociedades tiene un peso importante y es en la pubertad y adolescencia en la que existe un mayor desarrollo físico y psicológico que puede crear incomodidad y desconfianza en ellos mismos.

### **1.1.1 Desarrollo hormonal**

Como ya se ha mencionado los cambios ocurren en diferentes áreas, aquellos que se producen únicamente en el sistema reproductivo son conocidos como características sexuales primarias mientras que los órganos reproductivos más visibles en las personas, como son los senos en las chicas, son conocidos como características sexuales secundarias (Alsaker & Flammer, 2006). El proceso de maduración comienza con la secreción de glándulas suprarrenales en la corriente sanguínea provocando que los tejidos sean estimulados por las hormonas de la hipófisis, glándula situada en la base del cráneo, que a

su vez es estimulada bioquímicamente por el hipotálamo; aunque aún se desconoce que lo desencadena, el desarrollo de la adolescencia se debe a la combinación de varias hormonas (Tanner, 1962, como se citó en Grinder, 2008).

Alsaker y Fammer (2006) mencionan que la función de las hormonas es coordinar la actividad de varios sistemas del cuerpo, son producidas en glándulas sin conductos y transportadas por medio del corriente sanguíneo, trabajan como medio de comunicación entre un órgano de una glándula endócrina a un órgano objetivo regulando la función de este para que funcione más rápido o más lento. Las hormonas sexuales, como su nombre lo indica, son las encargadas del desarrollo de los órganos sexuales y aunque se producen durante toda la vida, es durante la pubertad que su producción se incrementa hasta 18 veces más.

Durante los primeros años de vida hay una constante presencia de secreción de gonadotropinas y de esteroides sexuales, sin embargo, esta actividad se reduce en los periodos pre puberales, reactivándose posteriormente dando inicio a la pubertad (Faiman & Winter, 1974, como se citó en Ulloa-Aguirre, Díaz-Cueto y Méndez, 2002). Se desconoce porque el hipotálamo cesa por un tiempo antes de este periodo y continúa posteriormente activando la Glándula Pituitaria, ubicada en la base del cerebro, que se encarga de estimular la producción de la hormona luteinizante encargada del desarrollo de los ovarios y los testículos (Alsaker & Flammer. 2006), a pesar de esto se cree que el péptido opioide (hormona liberadora de corticotropina) y algunos neurotransmisores y neuromoduladores están relacionados (Gorski, 1974; Guillemin, 1978; Rasmussen, 1983; Brann y Mahesh, 1992, como se citaron en Ulloa-Aguirre, Díaz-Cueto & Méndez, 2002).

Al principio de la pubertad existe un aumento en la secreción de las gonadotropinas hipofisarias, así como en su amplitud y frecuencia, al inicio ocurre únicamente durante el periodo de sueño, pero posteriormente también durante la vigilia adquiriendo la capacidad de responder cada vez más al estímulo hipotalámico (Ulloa-Aguirre, Díaz-Cueto & Méndez, 2002).

Durante este periodo las hormonas esteroides más importantes sintetizadas y secretadas por las gónadas masculina y femenina son los andrógenos (testosterona), los estrógenos y la progesterona. En el hombre el testículo sintetiza andrógenos, mientras que los ovarios lo hacen con los estrógenos y la progesterona (Ulloa-Aguirre, Díaz-Cueto & Méndez, 2002).

Aunque aún no se ha demostrado completamente que haya una relación entre las hormonas y el estado anímico de los y las adolescentes, se ha observado que existe un efecto entre la excitación y la excitabilidad (Brooks-Gunn y Garren, 1989, como se citó en Alsaker & Flammer, 2006) ya que puede haber un desequilibrio emocional que acarrea consigo efectos emocionales y conductuales. En los hombres se ha encontrado relación entre la testosterona y la agresividad, en las mujeres se ha encontrado que el estrógeno está relacionado con altos niveles de actividad y estados de ánimo más positivos por lo que su baja o nula presencia puede producir estados de ánimo depresivos, aunque siempre existirá una relación con el contexto próximo y las situaciones del individuo.

Otro cambio en la adolescencia es la aparición del acné, de hecho el 85% lo padecen, se cree que es debido a la sobre estimulación de la hormona sexual androgénica que hace que las glándulas sebáceas trabajen más lo que provoca que se quede más grasa en los poros y aparezca el acné, la clave para su cura no está tanto en los productos que la combaten, que si bien pueden regularlo, es la bioquímica de cada individuo la que se encargará de resolver el problema (Grinder, 2008).

### **1.1.2 Desarrollo físico**

El aumento de estatura que se da durante esta etapa es conocida como *estirón*, sin embargo no es el primero en la vida de una persona, el primero comienza desde un mes después de la fertilización hasta dos años después del nacimiento, el segundo, se extiende de los dos a los siete años y el tercero se da gradualmente a los siete u ocho años. En la etapa de la pubertad y adolescencia el estirón comienza entre los nueve y los quince años en

los que todo muchacho y muchacha crece rápidamente en casi todas las dimensiones corporales (Tanner, 1962, como se citó en Grinder, 2008).

Aunque cada individuo crece de forma distinta, todos presentan ciertos patrones de crecimiento, al comienzo de la pubertad, los adolescentes crecen entre 5 y 6 cm al año durante el llamado estirón, las chicas tienden a crecer hasta 9 cm mientras que en los chicos esta cantidad aumenta hasta 10.3 cm (Rogol, Roemmich & Clark, 2002, como se citó en Alsaker & Flammer, 2006), aunque no se crece de manera regular normalmente se empieza por los extremos del tronco, lo cual lleva constantemente a los chicos y chicas a tener poca coordinación en sus movimientos.

Tanner (1962, como se citó en Grinder, 2008) menciona que cuando el estirón está en su punto máximo puede ocurrir un adelgazamiento del anillo adiposo en las extremidades y pérdida de grasa en el tronco, pero al final del estirón el tronco vuelve a recuperar peso. Al finalizar el estirón los chicos son 10 % más altos, aunque tanto los que maduran antes que el promedio como los que lo hacen de forma demorada son iguales en la adultez respecto a la altura, no obstante, los que maduran tardíamente tienden a pesar menos.

Él mismo autor refiere que el crecimiento del cuerpo empieza en manos y pies, posteriormente el pie es la primera estructura esquelética después de la cabeza que cesa de crecer. El cerebro alcanza un 60 % de su peso adulto durante el primer año de vida y el 90 % durante los primeros 5 años, el 96 % se alcanza por los 10 años, por lo cual no entra en el estirón. A partir de los 12 años los perfiles faciales cambian entre muchachos y muchachas, siendo más pronunciado en los primeros, mientras que el mayor crecimiento en amplitud se da en el tronco en el varón y en la pelvis en la mujer.

Por su parte, Rogol, Roemmich y Clark (2002, como se citó en Alsaker & Flammer, 2006) mencionan que el primer indicio de pubertad en las chicas se da con el desarrollo de los senos hacia los 8 y 13 años, tardando hasta 4.5 años para finalizar su desarrollo (Meredith, 1967, como se citó en Grinder, 2008) el cual se divide en 5 etapas de crecimiento: elevación del pezón, agrandamiento de la aureola, proyección de areola y

pezón, formación de montículo secundario y por último, receso de la areola y del contorno general del pecho, proyectando una vez más el pezón (Tanner, 1962, como se citó en Grinder, 2008).

La acción de los andrógenos suprarrenales y ováricos en las mujeres trae consigo el desarrollo del vello pubiano hacia los 11 años, cuya función es evitar la entrada de ciertas infecciones, amortiguar y evitar el daño e irritaciones debido al roce durante las relaciones sexuales y mantener una temperatura estable y adecuada (Municipalidad de Santiago, 2016), posteriormente aparece el vello axilar a los 12, tardando hasta tres años para alcanzar su densidad máxima (Tanner & Marshall, 1970, como se citó en Ulloa-Aguirre, Díaz-Cueto & Méndez, 2002). Aunque generalmente el vello pubiano aparece después del desarrollo mamario, no son raros los casos en los que ocurre lo contrario (Ramos-Rodríguez, 1986, como se citó en Ulloa-Aguirre, Díaz-Cueto & Méndez, 2002).

Posteriormente hay un aumento en el útero, la vagina, el clítoris, el monte pubiano y los labios de la vagina y entre 12 a 24 meses después de la aparición del vello pubiano ocurre la primera menarquía (primer ciclo menstrual); con frecuencia en la mitad de las mujeres anglosajonas suele aparecer entre los 12 y 14 años, el 80% lo hace a los once y medio y catorce y medio, más del 95% entre los 10 y 16, menos de un 2% antes de los 10 y después de los 16 años. En la población mexicana este suceso tiene lugar aproximadamente a los 12.5 años (Ramos-Rodríguez, 1986, como se citó en Ulloa-Aguirre, Díaz-Cueto y Méndez, 2002) y termina alrededor de los 50 años (Secretaría de Salud del Distrito Federal, 2014), debido a que las mujeres tienen una cantidad limitada de óvulos en los ovarios, que se liberan en cada menstruación, y cuando se terminan, aproximadamente entre los 42 hasta los 55 años, se entra en la fase conocida como menopausia (Municipalidad de Santiago, 2016).

La menarquía suele aparecer después del estirón y del desarrollo de los senos y vello pubiano, siendo irregular en sus primeros años. Aunque se relaciona con la madurez del desarrollo uterino, de todos los ciclos menstruales presentados por las adolescentes durante los 12 y 14 años de edad, hasta en el 90% de los casos no ocurre ovulación, esto

ocurre cuando se establece la maduración del sistema hipotálamo-hipófisis-ovario, frecuentemente hasta tres o más años después del primer sangrado (Ford y Beach, 1951, como se citó en Grinder, 2008). El ciclo menstrual es el periodo que transcurre entre el primer día de una menstruación y el primer día de la siguiente menstruación, los ciclos pueden durar entre 25 y 35 días, el sangrado suele durar entre dos y siete días. En cada ciclo los ovarios empiezan un proceso de maduración de los óvulos, la ovulación se refiere a la maduración y crecimiento de un óvulo que posteriormente sale del ovario pasando por las Trompas de Falopio hacia el útero, cuando es fecundado por un espermatozoide ocurre la fecundación, de lo contrario se desprende del endometrio (tejido que recubre el útero) produciéndose la menstruación, conformada por sangre y tejido del interior del útero (Benavides, Castillo, López & Onofre, 2013). En un ciclo menstrual de 28 días, la ovulación se produce alrededor del día 14 y son considerados los días fértiles de la mujer, es decir, cuando hay una mayor probabilidad de embarazo (Secretaría de Salud del Distrito Federal, 2014).

Las adolescentes también empiezan a desarrollar más masa muscular a partir de los 10 años, aunque autores como Tanner (1962, como se citó en Grinder, 2008) mencionan que es más notable a partir de los 5 o 6 años. Después de la pubertad sus cuerpos con frecuencia suelen tener el doble de masa que los chicos, aunque en ellos es más común el aumento en los músculos y pérdida de masa en las extremidades.

En los adolescentes la pubertad comienza entre los 9 y 14 años y depende de diversos factores como la genética y el ambiente (Wheeler, 1991, como se citó en Ulloa-Aguirre, Díaz-Cueto y Méndez, 2002). Comienza antes que el estirón con uno de los cambios externos más observables, el desarrollo de los testículos y escroto alrededor de los 12 años, estos órganos continúan desarrollándose hasta cuatro años después, por su parte el pene empieza a alargarse seis meses o hasta un año después, aunque su crecimiento máximo suele alcanzarse hasta cinco años después del pelo pubiano que aparece hacia los 13 años; el vello axilar aparece hacia los 14 años, las glándulas sudoríparas se agrandan dos años después al igual que el vello facial produciendo un olor más fuerte; aparece la primer eyaculación y se da el estirón. A medio camino del estirón el pecho del varón se puede



agrandar moderadamente, la piel se oscurece y aparece el cambio de voz y el aumento de masa muscular, el desarrollo máximo que se da en los varones tarda hasta tres años en finalizar (Tanner, 1962; Meredith, 1967, como se citó en Grinder, 2008; Alsaker & Flammer, 2006).

En los hombres la primera eyaculación se da aproximadamente a los 14 años, generalmente entre 12 y 18 meses después del crecimiento testicular (Barnes, 1975, como se citó en Ulloa-Aguirre, Díaz-Cueto & Méndez, 2002), en este momento el potencial para fertilizar ya se encuentra presente.

El crecimiento en cuanto a estatura y peso es proporcional a la madurez física, Krogman (1970, como se citó en Grinder, 2008) encontró que los muchachos blancos y negros del estado de Philadelphia en los años 50 y 60 crecen de igual manera hasta los 11 años, en el caso de los chicos blancos, se tiende a un mayor desarrollo de la estatura y peso en la madurez. En ambos casos la cima de la estatura se sitúa entre los 12 y 13 años, sin embargo, los chicos que continúan creciendo a los 16 y 17 años resultan mucho más altos. Respecto a las niñas blancas, su estatura es menor que las niñas de raza negra hasta los 15 años de edad, pero esta cifra se iguala en la madurez, en general las muchachas alcanzan la estatura adulta dos años antes que los muchachos. La curva de crecimiento más alta se sitúa entre los 11 y 12 años y entre los 14 y 15 años. De hecho, a esta edad las y los adolescentes empiezan a preocuparse más por su talla, conformación, gordura o delgadez, mientras que a los adolescentes les preocupa su musculatura, las jóvenes adolescentes están más preocupadas por perder peso (Shapiro, 1967, como se citó en Grinder, 2008).

Actualmente se ha observado una aceleración en el desarrollo, tan sólo en Estados Unidos los muchachos están llegando a su talla máxima a los 18 años mientras que las muchachas lo hacen entre los 16 y los 17 años, de la misma forma la menarquía se ha adelantado de dos y medio a tres años y medio y en Europa ha pasado de los 16 años a los 13 años en los últimos 100 años. Se cree probablemente que es debido al aumento de peso que es alcanzado a más temprana edad y que está relacionado con los cambios nutricionales que se han dado (variedad, abundancia y comida artificial), así como los pesticidas durante

el embarazo, la obesidad y el estrés acompañado de un precoz desarrollo cognitivo y social y con el tipo de vida que se lleva tanto en la ciudad como en áreas rurales donde se ha replicado en diversos estudios que los cambios de la pubertad suelen presentarse después (Tanner, 1968, como se citó en Grinder, 2008).

Cada adolescente se desarrolla de manera diferente, el ambiente en el que se desarrolla cada persona también influye en su desarrollo, algunos factores pueden ser la nutrición, de hecho, Grinder (2008) menciona que las adolescentes que tienen mayor peso que el promedio, suelen llegar con anterioridad a la menarquía, por su parte la desnutrición también puede afectar ya que parece retardar el estirón en las y los adolescentes. Si bien la herencia puede determinar el peso de cada individuo, son los hábitos saludables aprendidos por los progenitores los que tienen un lugar importante (Shutter & Garell, 1966; Wolff, 1966, como se citó en Grinder, 2008).

### **1.1.3 Desarrollo Sexual**

Durante la pubertad y adolescencia los órganos sexuales maduran, en las adolescentes el aparato reproductor está formado por una estructura interna y externa conformada por los siguientes órganos (Secretaría de Salud del Distrito Federal, 2014; Gobierno Del Distrito Federal, 2008):

#### Órganos externos

- Vulva: nombre que se le da de manera conjunta a los genitales externos de la mujer e incluye toda la zona situada entre las piernas como son Monte de venus, clítoris, meato urinario e introito vaginal (entrada de la vagina).
- Monte de Venus o pubis: elevación suave de Tejido adiposo (graso) a la altura del pubis, es una zona triangular cubierta de vello situada en la parte frontal e inferior del abdomen.

- Labios mayores: pliegues de piel gruesos cubiertos de vello púbico, en forma de labios.
- Labios menores: pliegues de piel en forma de labios, cercanos al orificio externo de la vagina, cubren el vestíbulo vaginal, donde se encuentran los orificios vaginal y uretral, rodeados por los labios mayores.
- Clítoris: pequeño bulto en la unión superior de los labios menores, cuenta con diversas terminaciones nerviosas y es una de las zonas más sensibles, durante la excitación se llena de sangre, su única función es proporcionar placer sexual.
- Meato Urinario: pequeño orificio debajo del clítoris y encima del introito vaginal, encargado de desechar la orina.
- Orificio vaginal o introito: orificio ubicado en la parte inferior de la vulva y debajo del meato urinario. Su aspecto depende del himen (membrana delgada de piel que cubre el orificio vaginal).

Los órganos internos están compuestos por:

- Ovarios: contienen folículos encargados de madurar a los óvulos (células de la reproducción).
- Trompas de Falopio: conductos con cilios (pelos) que llevan los óvulos desde el ovario hasta el útero.
- Útero: órgano hueco hecho de músculos fuertes, durante el embarazo el feto se desarrolla dentro.
- Cuello de la matriz o cérvix: parte más baja del útero que comunica con la vagina.
- Vagina: conducto elástico a través del cual nacen los bebés, por donde entra el pene durante las relaciones sexuales y por donde se libera el flujo menstrual.
- Endometrio: mucosa que cubre el interior del útero, es una red de vasos sanguíneos, se va engrosando durante el período menstrual y se libera formando la menstruación.

En los hombres la mayoría de los órganos sexuales se encuentran en la parte baja fuera de la cavidad abdominal y están compuestos por (Secretaria de Salud del Distrito Federal, 2014; Gobierno Del Distrito Federal, 2008):

Órganos externos masculinos:

- Pene: expulsa la orina y el semen, cuando hay excitación se llena de sangre produciéndose una erección, aunque no tiene hueso si es susceptible de fracturas. Una de las hormonas relacionadas con la erección es la testosterona, durante la madrugada se genera un aumento de esta, sumado a cualquier roce o pensamiento erótico, son las causas por las que se generan las erecciones matutinas.
- Prepucio: piel delgada que se retrae para la penetración, se puede extirpar como medida higiénica o con fines religiosos.
- Escroto: bolsa de piel con múltiples capas que protege y contiene los testículos, regulando la temperatura para la producción de espermatozoides.

Órganos internos masculinos:

- Testículos: ubicados dentro del escroto, encargados de la producción de las células masculinas de la reproducción, los espermatozoides y la testosterona.
- Epidídimos: tubos plegados sobre los testículos, encargados de almacenar los espermatozoides.
- Conductos deferentes: transportan los espermatozoides desde los epidídimos hacia el exterior.
- Próstata: Glándula ubicada debajo de la vejiga, contiene células que producen parte del líquido seminal que protege y nutre a los espermatozoides, puede interferir con la micción (orina) por lo cual en ocasiones debe extirparse.
- Vesículas seminales: dos pequeñas glándulas donde se produce parte del líquido seminal, encargado de producir la movilidad de los espermatozoides.
- Glándulas bulbouretrales o de Cowper: se encuentran debajo de la próstata y secretan el líquido pre seminal que lubrica y neutraliza la acidez de la uretra

antes del paso del semen al momento de la eyaculación, puede contener espermatozoides.

- Uretra: localizada dentro del pene, transporta el semen (líquido blanquecino que contiene los espermatozoides) y la orina hacia el exterior, aunque nunca se mezclan.
- Meato Urinario: orificio a través del cual fluye la orina y el semen.

Brown y Lynn (1966, cit. en Grinder, 2008) mencionan que la diferenciación en el rol sexual queda plasmada hacia los cinco años y que es raro que no exista un reajuste durante la adolescencia o posteriormente, de hecho, las estructuras anatómicas dictan lo biológico, pero no la forma de actuar de cada individuo, eso se dará respecto a lo que cada quién entienda por actuar de acuerdo a su género.

Los niveles de excitación sexual o estimulación sexual parecen estar determinados por el sistema endócrino y nervioso, probablemente por la proporción distinta de persona a persona. Udry (1968, cit. en Grinder, 2008) señala que las respuestas sexuales de un varón son condicionadas más fácilmente por estímulos del ambiente social a comparación de las mujeres, ya que se espera que ellas actúen de forma más cohibida y reservada que los hombres; si bien cada individuo es diferente, el aprendizaje social también juega un papel muy importante.

#### 1.1.4 Desarrollo psicológico

La perspectiva o teoría de Piaget sobre el Desarrollo (1945, como se citó en Lehalle, 2006) explica que la etapa de la adolescencia corresponde al periodo de las Operaciones Concretas que se caracteriza por la construcción de un pensamiento más abstracto. En esta etapa los adolescentes son capaces de enfrentar y solucionar situaciones observando y organizando las posibilidades de forma sistemática a comparación de los niños, quienes actúan según lo que va sucediendo en el momento. Los jóvenes pueden generar hipótesis, identificando y controlando las diversas variables tal como lo hacen los investigadores, es

decir, que durante esta etapa, los adolescentes tienen un razonamiento de tipo experimental (Piaget, 1955; Demetriou & Efklides, 1988, como se citaron en Lehalle, 2006).

El razonamiento experimental se caracteriza por la capacidad de diferenciar, combinar y controlar diversos factores, es decir, combinar diversas capacidades, generalizando los resultados a otros factores potenciales, así mismo, los adolescentes pueden considerar los posibles resultados o el punto de vista de alguien más aunque no estén de acuerdo con ellos, generado una habilidad de tipo más social, pueden evitar cualquier juicio adelantado sobre la veracidad de la explicación, además de ayudar a deducir lógicamente las consecuencias de las explicaciones hipotéticas incluyendo predicciones falsas que conducen a experimentos, lo que se puede observar en sus debates y discusiones (Piaget, 1924, como se citó en Lehalle, 2006).

En esta etapa la perspectiva presente y el cómo se piensa hacia futuro cambia de acuerdo a los eventos, decisiones y experiencias pasadas y presentes, pasan de un punto de vista estático a uno dinámico respecto a la organización social y las leyes sociales, se hace un análisis a conciencia más detallado de estas mismas y no se busca probar quién está bien o quién mal, más bien se busca llegar a un mutuo acuerdo en las decisiones, se empieza a tener una mejor comprensión en conceptos abstractos como por ejemplo el concepto de democracia, honestidad y amabilidad, su uso y las variantes que pueden tener en situaciones concretas lo que se puede lograr a partir de los 13 años y hasta los 17 (Fisher, 1980, como se citó en Lehalle, 2006).

Respecto a la maduración, existe la probabilidad de que los muchachos que llegan a la pubertad después que el promedio presente desventajas ya que se les suele tratar más como a un niño, lo que provoca que la familia no le otorgue ciertas responsabilidades que a un chico de su misma edad, pero con características más propias de un adolescente. Si bien los muchachos que enfrentan la pubertad antes o a tiempo suelen tener más ventajas al momento, eso no quiere decir que sus contemporáneos estarán en desventaja hasta la adultez (Grinder, 2008).

Por otra parte las adolescentes que maduran prontamente suelen estar más en descontento con su propio cuerpo y tener más conflictos e insatisfacción con la relación entre sus padres, esto ocurre con menor frecuencia cuando hay un desarrollo tardío, al contrario de los chicos que maduran más tempranamente y quienes se suelen sentir más satisfechos con ellos mismos (Alsaker & Flammer, 2006), también suelen enfrentarse con situaciones sociales en las que su inexperiencia puede intensificar sus ansiedades sexuales debido a que al principio del desarrollo sus caracteres físicos suelen llamar más la atención del sexo opuesto, no obstante, alrededor de los 17 años puede que las diferencias sexuales, lo mismo que las presiones ambientales, logren roles más maduros en pro de su adaptación (Grinder, 2008).

Krauskopof (1999) señala que entre los 10 y los 14 años la preocupación psicológica gira básicamente alrededor de lo físico y lo emocional, el ánimo es fluctuante y hay una mayor autoconciencia de las necesidades y deseos de comprensión y apoyo por parte de los mayores. Los amigos del mismo sexo ayudan a fortalecer la identidad antes de tener interacción con el otro sexo. Durante este periodo se deja atrás los comportamientos de la infancia y se empieza a buscar nuevas formas de comportamiento, la moral se enfatiza, pero la autonomía en la toma de decisiones aún no es fomentada por los mayores, en cuanto a lo sexual se atiende de forma diferente, a las adolescentes se les controla y vigila, pero a los adolescentes se les da más libertad.

En la adolescencia media (14 y 16 años), las preocupaciones psicológicas giran en torno a la afirmación personal y social y empiezan el despertar amoroso, así como los impulsos sexuales en los que los grupos de pares son los que guían, La simbolización, la generalización y la abstracción introducen visiones más amplias y diversas de los acontecimientos desencadenándose diversas confrontaciones con sus padres o mayores en esta búsqueda de la autonomía.

Ya en la fase final se comienza a evolucionar y buscar un proyecto de vida más allá del familiar, aunque se espera que el locus de control haya evolucionado de lo externo (cosas que pasan por circunstancias ajenas) a un locus de control interno (manejo de las

situaciones) fomentando capacidades de autocuidado y cuidado mutuo, estableciéndose vínculos más profundos con la pareja.

Desafortunadamente la sociedad contemporánea hace mucho énfasis en la imagen corporal lo que representa un reto muy grande para los y las adolescentes. Se ha comprobado que existe un alto porcentaje de descontento en ambos sexos respecto a su cuerpo y desgraciadamente el adolescente que no cumple con las expectativas respecto a peso, talla y belleza facial es víctima de discriminación, rechazo, desprecio y hostilidad. Para la muchacha es más crítico ya que la sociedad da más importancia a la forma femenina que a la masculina (Grinder, 2008).

La insatisfacción por el propio cuerpo puede acarrear problemas más graves como la depresión y consumo de alcohol u otras sustancias, lo que se podría explicar debido a que la maduración temprana produce una larga brecha entre la maduración y las expectativas de los otros, así como las relaciones sociales que suelen establecer con personas mayores de edad (Alsaker & Flammer, 2006). Tanto los cambios corporales, los cambios de humor, las problemáticas sociales y conductas de riesgo que se pueden presentar en esta etapa dependen en gran medida de la auto reflexión, habilidades cognitivas, personalidad, mecanismos de defensa, información, así como realimentación social con los que cuente la persona (Alsaker & Flammer, 2006).



## **CAPÍTULO 2. ADOLESCENCIA Y SEXUALIDAD**

---

En este segundo capítulo se aborda el desarrollo de la sexualidad durante la adolescencia, las diferentes conductas de riesgo que existen, entre ellas el poco o nulo uso de métodos anticonceptivos que pueden terminar en la adquisición de alguna Infección de Transmisión Sexual o un embarazo no deseado y se expone por qué los altos índices de embarazos adolescentes en México.

### **2.1 Conductas sexuales de riesgo en la adolescencia**

Para muchos adolescentes, la masturbación constituye el primer encuentro con su sexualidad, de hecho, se encontró que cerca del 75% de los adolescentes y un tercio de las adolescentes lo practicaba, aunque debido a diversos factores, suelen presentarse sentimientos de culpa o vergüenza (Zani & Cicognani, 2006). Si bien la masturbación no representa ningún riesgo para la salud, aunque si existan diversos mitos alrededor de ella, es cuando los adolescentes empiezan a compartir esta sexualidad con alguna pareja que el riesgo está presente. Algunas conductas que incrementan el riesgo a la salud sexual son un inicio temprano, presión de los amigos incluso las mismas creencias y concepciones (a veces erróneas) sobre la maternidad, poco o nulo uso de métodos anti conceptivos entre otras, a continuación se detallan algunos puntos importantes que se relacionan con estas conductas sexuales de riesgo.

#### **2.2.1 El debut sexual**

El despertar sexual se ha incrementado en las últimas décadas en todo el mundo, actualmente las relaciones sexuales se han vuelto más comunes a temprana edad, de hecho para el final de la adolescencia cerca del 80 % de los adolescentes y más del 70 % de las adolescentes han iniciado su vida sexual. En diversos países las adolescentes suelen ser

quienes tienen su primera relación sexual antes que los chicos de su edad, probablemente debido al previo término de su maduración física (Zani & Cicognani, 2006).

Gayet, Juárez, Pedrosa y Magis (2003) señalan que la media de edad de inicio de la vida sexual en jóvenes mexicanos de entre 12 a 19 años de edad es a los 15.7 años, es decir, que en esta etapa, según los datos del Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) (Instituto Nacional de Salud Pública, 2012) un 23 % ya ha iniciado su vida sexual, de los cuales 25.5 % son hombres y 20.5 % mujeres.

De hecho, se ha visto un adelanto en la edad de iniciación, por ejemplo, para el año 2000 el total de jóvenes de 15 a 19 años que reportó haber tenido relaciones sexuales era de 22.3 %, para el 2010 la cifra había aumentado a un 33.6 %, es decir, uno de cada tres adolescentes en este rango de edad ya ha iniciado su vida sexual (Instituto Mexicano de la Juventud, 2010).

Esto se podría explicar debido a los cambios en la conducta sexual que se han presentado en los últimos años (Zani & Cicognani, 2006):

- Cambio en los modelos que regulan la conducta sexual: la premisa de que las relaciones sexuales antes del matrimonio han cambiado, anteriormente los hombres eran más libres de experimentar la sexualidad, aunque en la actualidad la mujer también ha sido libre de ejercerla; primero se consideró correcto hacerlo si ambos se encontraban en una relación, aunque actualmente esto también ha cambiado.
- Cambios en las actitudes frente a la sexualidad: actualmente los adolescentes son más abiertos que las generaciones pasadas y eso se puede notar en cómo se expresan acerca de ella, creen que la sexualidad es más una forma de privacidad que de moralidad, por lo cual son más libres de crear sus propios juicios sobre lo que está bien y lo que no. Sus puntos de vista son más relativos y menos evaluativos. Así mismo le dan un mayor peso a la sexualidad si se cuenta con una relación abierta y honesta (Steinberg, 2002, como se citó en Zani & Cicognani, 2006).
- Relaciones sexuales a temprana edad: se ha demostrado un incremento en las relaciones sexuales adolescentes, mayor libertad en la expresión de su sexualidad

(con diferentes personas y con mayor frecuencia) y una mayor precocidad en el caso de las adolescentes.

Naubauer (1990, como se citó en Zani & Cicognani, 2006) menciona que algunas de las razones que llevan a la primera experiencia sexual son: curiosidad acerca de cómo es el sexo, afecto mutuo con la pareja, el estatus que conlleva el tener relaciones sexuales frente a sus amigos, así como el querer ser adulto. Estos motivos explican por qué para una minoría de los adolescentes el inicio de la vida sexual no es voluntaria.

Mitchell y Wellings (1998, como se citó en Zani & Cicognani, 2006) distinguen 4 tipos de iniciación sexual. En algunos casos la primera relación sexual pasa sin esperarla y sin experiencia por lo cual los adolescentes lo perciben como confusa y vergonzosa. Algunos otros no planean la primera relación sexual, pero la ven como una posibilidad, sin embargo, el no anticipar la relación y la poca comunicación deja esto como una experiencia poco satisfactoria. El tercer tipo de iniciación sexual es anticipado, pero no deseado, esto ocurre cuando se tienen sentimientos encontrados respecto a la iniciación sexual en los cuales hay una tendencia en el hombre de satisfacer a la mujer aunado a la inhabilidad de la mujer para expresar lo que piensa o siente, lo que conlleva a sentimientos de arrepentimiento. Por último, se encuentran los y las adolescentes que discuten y planean con anticipación el primer encuentro sexual además de estar en una relación estable, normalmente se encuentran los jóvenes en edades de 17 años o más, los adolescentes de este último grupo perciben su primer encuentro sexual como una experiencia positiva.

Por otra parte McCabe y Collins (1990, como se citó en Zani & Cicognani, 2006) también encontraron que ambos sexos perciben de manera opuesta las relaciones sexuales, sólo la mitad de las mujeres disfrutaban su primer encuentro mientras que el otro 40% experimentan más sentimientos de culpa, ansiedad respecto a quedar embarazadas y miedo, en comparación con los hombres quienes suelen disfrutar más del encuentro, aunque también puede resultar incómodo si se presentan factores como no tener una erección o eyacular antes de lo deseado (Secretaría de Salud del Distrito Federal, 2014). Otra diferencia es que en general las adolescentes son más motivadas por cuestiones amorosas

en comparación de los hombres quienes se dejan llevar por el deseo físico (Carroll, Volk & Hyde, 1985, como se citó en Zani & Cicognani, 2006).

Respecto a la primera pareja sexual, un estudio con adolescentes italianas demostró que la mayoría de las adolescentes tuvieron su primera relación sexual con algún chico con el que llevaban algunos meses saliendo, pocas chicas, en su mayoría no estudiantes, lo tuvieron con alguien a quien no conocían, la mitad de las chicas lo tuvieron con alguien más grande y algunas de ellas, decepcionadas por su primera relación sexual no tuvieron relaciones por un tiempo. Otras continuaron su relación con la misma persona, pero pocas formaron una nueva pareja. En muchos casos si tenían un compañero más grande sintieron presión por parte de él (Zani & Cicognani, 2006).

Para los chicos fue diferente, la primera relación sexual tuvo lugar sin una relación previa; esta experiencia surgió a partir de la iniciación de algunos otros compañeros más grandes que ellos, por lo que los chicos describieron esta experiencia como una prueba para mostrar su virilidad, sin embargo, al no existir una relación afectiva previa, los adolescentes percibieron la experiencia como decepcionante (Zani & Cicognani, 2006).

Otro factor importante en el inicio de las relaciones sexuales es el nivel socioeconómico, a menor nivel socioeconómico mayor la velocidad con la que se inicia, así mismo, vivir en comunidades en desventaja trae consigo que las relaciones sexuales se perciban como un símbolo de pertenecer a otro estatus, el de la adultez, la educación y las aspiraciones a futuro, entre las que se encuentran tener un buen trabajo y con esto un estatus social (Herold & Marshall, 1996, como se citó en Zani & Cicognani, 2006).

También los padres pueden influir en el inicio de la vida sexual, Zani y Cicognani (2006) señalan que los padres con alto nivel cultural enfatizan en sus hijos la posibilidad de realizarse personalmente, en tener éxito escolar y laboralmente y aquellos que supervisan más a sus hijos, hacen que retrasen la primera relación sexual, de hecho, los adolescentes que encuentran mayor motivación en la escuela y en sus calificaciones son menos prematuros en su actividad sexual. Aunque también señalan que los jóvenes que perciben mayor control y satisfacción sobre ellos mismos y sus conductas sexuales son aquellos que perciben menor control de sus padres, es decir, hay una diferencia significativa entre la

supervisión y el control que se tiene hacia los adolescentes, por lo que se requiere de mayor supervisión sin llegar a coartar los intereses propios de los jóvenes.

### **2.2.2 Obstáculos en el uso de métodos anticonceptivos**

Se ha encontrado que los conocimientos sobre prevención de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) aumentaron de 79.9 % a 90.9 %, siendo el condón el método más oportuno para prevenir ITS según el 97.5 % de los jóvenes, seguido del “*No tener relaciones sexuales*” 82.5 % y “*Tener relaciones sólo con tu pareja*” con un 60.1 % (Instituto Mexicano de la Juventud, 2010) y según los datos del ENSANUT (Instituto Nacional de Salud Pública, 2012) el 78.5 % de los adolescentes sabe que el condón además de prevenir ITS sirve para evitar un embarazo.

A pesar de que los adolescentes activos cuentan con información, 14.7 % de los hombres y 33.4 % de las mujeres no utilizaron ningún método anticonceptivo en la primera relación sexual, en la última relación sexual las cifras aumentan al 16.5 % de los hombres y el 36.8 % de las mujeres (Instituto Nacional de Salud Pública, 2012). En el 2014 la cifra había aumentado hasta 44.9 % de las adolescentes de 15 a 19 años que declararon no haber usado un método anticonceptivo durante su primera relación sexual, es decir, 2 de cada 10 hombres y 1 de cada 3 mujeres, está teniendo relaciones sexuales no protegidas (Consejo Nacional de la Población, 2014), de hecho sólo el 59.0 % de los jóvenes entre 15 y 19 años platican sobre temas de sexualidad con su pareja (Instituto Mexicano de la Juventud, 2010).

Esto concuerda con Gayet (2015) quién encontró que si bien los métodos anticonceptivos son bien conocidos entre los jóvenes, especialmente a mayor edad y entre las adolescentes, el conocimiento que se tiene de ellos es superficial, es decir, que no contiene un entendimiento real del funcionamiento de cada método, por ejemplo, se cree que la pastilla anti conceptiva (método por excelencia en la prevención de embarazo) es más dañina para la salud que beneficiosa, por el contrario se cree que el coito interrumpido es más eficaz (Zani & Cicognani, 2006).

De hecho Zani y Cicognani (2006) señalan que a pesar de existir diversas formas de evitar conductas sexuales de riesgo, la toma de decisiones se ve influenciada de diversas maneras, desde el nivel individual, por ejemplo, las creencias que se tiene respecto a los métodos anti conceptivos, miedo respecto a las consecuencias en el cuerpo y los procesos cognitivos asociados en la percepción del riesgo, a nivel intra personal, respecto al tipo de relación que se tiene y dificultades a nivel inter personal, algunos otras creencias que existen sobre los métodos anticonceptivos son las siguientes (Benavides, Castillo, López & Onofre, 2013):

- Miedo debido a que pueden interferir con el funcionamiento normal del cuerpo.
- La creencia de que las relaciones sexuales deberían ser espontaneas y naturales, por lo que los anti conceptivos pueden interferir en este proceso, así como en el placer (incluso el control de la menstruación hace parecer pre planeado el encuentro).
- La negación por aceptar un taller que hable sobre relaciones sexuales.
- La experiencia individual de cada adolescente en su primera relación sexual (muchas veces no planeada o en contraste con sus propias creencias y valores).
- La convicción de que nada puede pasar y al ser joven no puede haber un embarazo tan fácilmente debido a la edad o la frecuencia de los encuentros.
- Respecto a la transmisión de VIH, la creencia de que con conocer bien a su compañero o compañera sexual basta.
- Dificultades a nivel inter personal como mostrar al otro que es de confiar, en el caso de las adolescentes el querer usar algún método anticonceptivo puede hacer creer que es promiscua, en el caso del adolescente, que no es experto en las relaciones sexuales.
- La dificultad de hablar con el compañero sobre métodos anti conceptivos y el no tener apropiados modelos a seguir, por ejemplo, que es la responsabilidad de la pareja el pensar sobre métodos anti conceptivos.
- Dificultades para tomar precauciones y en superar o vencer los sentimientos de vergüenza que generan comprar o adquirir los métodos anticonceptivos.

Además Del Río y Uribe (1995, como se citó en Robles, Moreno, Rodríguez & Díaz González, 2007) y Gayet (2015) mencionan que los y las adolescentes no usan protección debido a que:

- Piensan que la pareja puede no estar infectada de alguna ITS ya que a estos padecimientos se les atribuyen más a ciertos grupos poblacionales como las prostitutas
- Los anticonceptivos no funcionan, no lo saben utilizar u olvidan llevarlos
- Por consumo de alcohol y drogas que afectan el recordar, querer o poder ponerse el condón, por deseos de amor y de cercanía.

Por su parte Banarjee y Duflo (2011, como se citó en Vivo, López-Peña & Saric, 2012) señalan que los y las adolescentes suelen tomar decisiones bien calculadas aunque no siempre bien informadas sobre sus parejas sexuales, además de esto los adolescentes suelen concentrarse más en la gratificación inmediata que los lleva a tomar decisiones arriesgadas debido a que no experimentan a corto plazo los efectos negativos de sus conductas por lo que no parecen asociar la gratificación inmediata con los efectos negativos de esta, por lo que O'Donoghue y Rabin (2000, como se citó en Vivo, López-Peña & Saric, 2012) señalan que se debe estudiar las conductas de riesgo sistemáticamente, descifrando el proceso que lleva a un adolescente a tomar una decisión.

Otro riesgo que caracteriza la conducta sexual de los adolescentes es el uso del condón, pero sólo al principio de una relación o únicamente con relaciones casuales (Breakwell, 1997, como se citó en Zani & Cicognani, 2006; Leurie & Green, 2000, como se citó en Robles, et al, 2007) pues se busca evitar principalmente el embarazo, aunque esta práctica pronto es reemplazada por otro tipo de métodos anticonceptivos como la pastilla.

En diversas ocasiones no sólo se trata de poner el condón, los jóvenes muchas veces incurren en conductas de riesgo como colocarlo mal, colocarlo después de una penetración inicial o no tener precaución al momento de tener diversas prácticas sexuales, por ejemplo, usarlo durante el sexo vaginal pero no durante el sexo anal, aun cuando la evidencia señala

que el riesgo de contraer VIH/SIDA aumenta cuando se practica este último y por otra parte cuando no se tiene la habilidad conductual aunque se crea que sí y también cuando no se cuenta con la habilidad para solicitar su uso a la pareja sexual o la habilidad para negociarlo (Robles, Rodríguez Frías & Barroso, 2007).

El uso de condón también está altamente relacionado con las creencias que se tienen respecto a los beneficios que existen al usarlo, con niveles altos de conocimiento, cuando los amigos de la persona se involucran en conductas preventivas, cuando se es más joven, cuando se consume menos alcohol (Thato , Charron-Prochownik, Dorn, Albrecht & Stone, 2003, como se citó en Robles, et al, 2007), cuando se tiene la habilidad para expresar el deseo de usar condón y cuando se poseen estrategias directas e indirectas de negociación (Robles, Moreno, Rodríguez & DíazGonzález, 2007).

El poco o nulo uso del condón incrementa el riesgo no sólo de embarazo, sino de contraer VIH si la pareja no es fiel, desafortunadamente se cree con frecuencia que la infidelidad no puede ocurrir, sin embargo, las relaciones amorosas actuales en la adolescencia están caracterizadas por ser de corta duración y de parejas múltiples (Breakwell, 1997, como se citó en Zani & Cicognani, 2006; Gayet, 2015).

Los roles de género y las diferencias de poder también afectan directamente sobre el uso de anticonceptivos, muchas mujeres no pueden pedir el uso de protección al tener relaciones sexuales porque muchas veces no tienen la oportunidad de decidir si quieren o no tener relaciones sexuales (Pulerwitz, Amaro, De Jong, Gotmaker & Rudd, 2002, como se citó en Robles, Moreno, Rodríguez & DíazGonzález, 2007; Grace, Grabe & Kohfeldt, 2014) incluso llegan a ser golpeadas por sus parejas al momento de demostrar saber usar un condón, también se ven desprivilegiadas al momento de conocer la conducta sexual de sus compañeros o cuentan con pocos recursos para modificar su salud y situación debido a la falta de poder social, dependencia y sometimiento de sus parejas (Nyanzi, Pool & Kinsman, 2000, como se citó en Robles, Moreno, Rodríguez & DíazGonzález, 2007, Grace, Grabe & Kohfeldt, 2014).



Por lo que Byrne (1983, como se citó en Zani & Cicognani, 2006) menciona que el uso efectivo de métodos anticonceptivos es un proceso complejo a nivel cognitivo, afectivo y conductual que incluye varias fases:

- Adquirir, elaborar y tener en la memoria información exacta respecto a cómo ocurre la concepción y cómo se puede prevenir.
- Estar consciente e informado de la posibilidad de tener relaciones sexuales.
- Obtener adecuados significados de la contra concepción.
- Saber hablar con la pareja acerca de la contra concepción
- Saber usar correctamente los diferentes tipos de anticonceptivos.

Además de estos puntos Robles, Moreno, Rodríguez & DíazGonzález (2007) mencionan que los factores que se deben tomar en cuenta para entender y desarrollar estrategias de cambio conductual son altos niveles de percepción de riesgo que están asociados con una mayor comunicación en la pareja, ya que a menos comunicación existe menos uso de métodos anticonceptivos, el uso consistente del condón que está relacionado con la percepción de libertad para comunicarse con la pareja, especialmente en las mujeres y por último, las tasas bajas de comunicación asertiva en jóvenes que han tenido experiencias negativas previas necesitan de un entrenamiento asertivo que fortalezcan sus relaciones actuales, además se necesita mayor acceso a los servicios de planificación familiar y programas conscientes de educación sexual para las y los jóvenes que proporcionen información científica y veraz que ayude a formar un criterio de aceptación de la sexualidad libre de tabúes negativos, violencia, coerción y que pueda prevenir embarazos no deseados así como ITS y VIH/Sida (Gobierno Del Distrito Federal, 2008).

### **2.2.3 Embarazo Adolescente**

De acuerdo con la UNESCO (2014) tan sólo 11 % de los embarazos a nivel mundial corresponden a madres adolescentes, estos datos se traducen a 16 millones de embarazos de niñas adolescentes de entre 15 y 19 años de edad y cerca de 2.5 millones de

niñas menores de 16 años a nivel mundial cada año; dentro del marco de países que integran la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE, 2009) México ocupa el primer lugar en embarazos adolescentes, con un embarazo por cada 15 niñas de 15 a 19 años de edad y según datos del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA, 2013), la tasa de natalidad del periodo de 2005 al 2010, fue de 87 por cada mil mujeres, aunque esta cifra disminuyó según los datos arrojados por la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica o ENADID (Consejo Nacional de la Población, 2014) que menciona que la tasa de fecundidad alcanzada en el 2013 fue de 77 nacimientos por cada mil adolescentes de 15 a 19 años.

Según datos del INEGI (2017) las adolescentes de 15 a 16 años sexualmente activas son las que en su mayoría no utilizan algún método anticonceptivo y las principales razones por las que quedaron embarazadas son debido a que no planeaban tener relaciones sexuales (32.9 %), querían embarazarse (17.9 %), no creyeron que podrían quedar embarazadas (17.4 %), no conocían los métodos o no sabían dónde obtenerlos o cómo usarlos (17.1 %) y por otras razones (12.7 %).

Del total de mujeres adolescentes de 12 a 19 años de edad que ya habían iniciado una vida sexual en el 2006, el 61 % reportó ya haber estado embarazada alguna vez, para el año 2012 esta cifra disminuyó al 51.9 % (Instituto Nacional de Salud Pública, 2012). El Consejo Nacional de la Población (CONAPO) (2014) señala que uno de cada cuatro embarazos entre las adolescentes no fue planeado, mientras que uno de cada diez tampoco fue deseado.

En el mundo, las complicaciones durante el embarazo y el nacimiento de un hijo son la segunda causa de muerte en adolescentes de 15 a 19 años, los hijos de madres adolescentes tienen 60 % de mayor riesgo de morir, en comparación de los hijos de mujeres entre 20 a 24 años (OMS, 2014). Cuando ocurre un hecho así, se puede llevar a término y los adolescentes deben convertirse en madre o padre, lo que significa hacerse cargo de la crianza y ser apoyo en la formación del hijo hasta que logre su autonomía, darlo en adopción, o bien, recurrir al aborto (Gobierno Del Distrito Federal, 2008).

A esta edad existen más probabilidades, a comparación de las mujeres adultas, de recurrir a prácticas de aborto poco seguras, las cifras indican que cada año se producen alrededor de tres millones entre niñas de 15 a 19 años (OMS, 2014). Se estima que 54 % del total de embarazos no planeados terminan en abortos inducidos, 34 % de los embarazos culminan en nacimientos no planeados y 12 % en abortos espontáneos. Cada día alrededor del mundo 200 mil mujeres fallecen debido a abortos clandestinos, se estima que tan solo en el año 2009 en México, se practicaron más de un millón de abortos clandestinos, es decir, 44 abortos por cada 1,000 mujeres en edades de 15 a 19 años y se estima que más de un tercio de las mujeres tienen complicaciones y necesitan de tratamiento médico (Juárez, Singh, Maddow-Zimet & Wulf, 2013).

El embarazo en esta etapa no sólo conlleva riesgos médicos, también representa un evento de estrés psicológico para el adolescente, las personas cercanas y para toda la sociedad en general (Zani & Cicognani, 2006) debido a que los adolescentes, antes de los 20 años no cuentan con las mejores condiciones para enfrentar un embarazo; especialmente si no se han insertado positivamente en el mercado laboral.

En México, resulta alarmante que la mitad de las adolescentes embarazadas reportan no haber deseado el embarazo, aunque menos de la quinta parte recurre al aborto, las demás lo llevan a término, aunque la mayoría de las veces no se cuenta con el apoyo del padre. La principal razón por la cual siguen ocurriendo embarazos adolescentes no planificados además del poco o nulo uso de condón y las diversas causas explicadas en el apartado anterior, es debido a la creencia de que no les va a ocurrir a ellos (Gobierno Del Distrito Federal, 2008).

Sumado a estas causas, Stern (2007) señala que en México hay una alta tasa de embarazos adolescentes debido a los estereotipos sociales que se refieren a las creencias fuertemente arraigadas acerca de las características que se atribuyen a ciertas categorías de personas y que son aprendidos inconscientemente a través de la sociedad que se encarga de mantenerlas y reforzarlas. El factor inconsciente y la normalización de los comportamientos permiten entender porque son difíciles de cambiar, aunque las condiciones sociales cambien a través del tiempo. Los roles de género son importantes para los adolescentes

puesto que forman la base para la construcción de su identidad a través de los patrones de comportamiento esperados y las expectativas para cada uno, por ejemplo el estereotipo masculino se relaciona con una intensa actividad sexual, poseer a varias mujeres para poder ser mejor aceptado, mayores libertades de salir y relacionarse con el sexo opuesto, iniciar el cortejo, libertad y actividad sexual, mayores experiencias y poca consciencia sobre las consecuencias de sus actos (Soto, Gracia & Contreras, 2000; Bustos, 1994, como se citó en Correa, García & Saldívar, 2013) ser persistente con la mujer además de ser el proveedor en caso de un embarazo, mientras que a la mujer se le da el papel de “darse a respetar”, ser sumisa, emocional, dedicada al hogar y muchas veces el ser madre es visto como una vía para lograr mejores condiciones de vida, especialmente cuando se carece de ellas (Eagly & Steffen, 1984; Echebarría & Valencia, 1993, como se citó en Correa, García & Saldívar, 2013; Henriques-Mueller & Yunes, 1993, como se citó en Stern, 2007).

De hecho Stern (2007) señala que las consecuencias del embarazo adolescente en el sector marginal-urbano a esta edad, parecen ser más favorables que negativas en algunos casos, como por ejemplo, en las adolescentes ser madre significa la posibilidad de escapar de una situación familiar desventajosa, o en caso de permanecer en casa, recibir más apoyo familiar, especialmente de la madre, además de que suelen percibirse con más energía, paciencia, tiempo para sus hijos y más capacidad para relacionarse con ellos (1996, como se citó Zani & Cicognani, 2006), aunque muchas veces se termina estableciendo una unión de corto plazo y terminan como cabeza de familia para asegurar la supervivencia de los hijos. Un embarazo en la adolescencia puede traer consigo sentimientos ambivalentes, por una parte, la maternidad es altamente valorada en la sociedad mexicana por lo que puede sentirse como una carga, pero también como una valoración de la autoestima al pasar a ser madre y cobrar mayor importancia entre la familia o las amistades (Gobierno Del Distrito Federal, 2008).

En el caso de los varones, constituye una forma de probar su virilidad y reconocimiento social como padre y proveedor (Correa, García & Saldívar, 2013; Stern, 2007) además que, en diversos contextos mexicanos, los jóvenes sólo aspiran a terminar el nivel básico de preparación escolar (Correa, García & Saldívar, 2013) aunado a que asumen

su responsabilidad ante un embarazo porque asumen que al final es un rol que tarde o temprano tendrán que asumir y que les puedes ayudar a dejar las drogas y/o el alcohol, aunque de acuerdo con Zani y Cicognani (2006) a menudo su educación se ve truncada, se perciben poco capaces de proveer apoyo emocional a su pareja y educar a su hijo, en general, tienen menor nivel educativo y encuentran con más facilidad trabajos de mano de obra, lo que habla de falta de experiencia personal pero también de los efectos del aprendizaje vicario y/o metas de corto y largo plazo (Correa, García & Saldívar, 2013), por lo que Stern (2007) señala que se deben crear políticas sociales que logren cambiar las condiciones sociales y económicas para que este tipo de prácticas puedan ser pospuestas.

Las consecuencias de un embarazo en esta etapa son diversas, se ha encontrado que las mujeres que se convierten en madres a temprana edad, presentan un IQ más bajo, menores habilidades en la crianza de sus hijos, menor sensibilidad hacia las necesidades de sus hijos, menores habilidades para estimular el entorno en el que crecen, menos herramientas financieras, de estabilidad y posibilidades de seguir estudiando, están más orientadas a la búsqueda de placer inmediato en vez de la gratificación a largo tiempo, con frecuencia ya cuentan con una historia familiar de embarazos adolescentes, durante el embarazo y después de él presentan un nivel bajo de autoestima y tendencia a devaluarse, más vergüenza y desconfianza frente a los demás, se perciben más incompetentes, presentan un locus de control externo y perciben un nivel más bajo de control en sus vidas y de los eventos externos (Miller & Morre, 1990, como se citó en Zani & Cicognani, 2006; Dennison, Brownrigg & Coleman, como se citó en Zani & Cicognani) además de experimentar mayor presión debido a que, habitualmente, son ellas las que asumen la responsabilidad de prevenir el embarazo y porque es en su cuerpo donde se desarrolla el embarazo o se lleva a cabo el aborto (Gobierno Del Distrito Federal, 2008).

Otro factor que influye en el embarazo adolescente es el nivel educativo, ya que, a menor edad, menor nivel de estudios, se ha observado que para las mujeres sin instrucción la tasa es de 3.3 hijos por mujer, con una escolaridad media superior disminuye a 1.79 hijos por mujer (Consejo Nacional de la Población, 2014). Un menor nivel educativo trae consigo menores oportunidades de conseguir un trabajo satisfactorio, personal y

económicamente, el hecho de que un embarazo represente una importante carga económica, puede convertirse en un mecanismo de reproducción de la pobreza cuando no se cuentan con los recursos económicos necesarios (Gobierno Del Distrito Federal, 2008; Zani & Cicognani, 2006; Vivo, López-Peña & Saric, 2012). Las probabilidades de tener un hijo ilegítimo aumentan y traen consigo la discriminación tanto de la madre como para el hijo. Una alternativa frecuente es el matrimonio, sin embargo, los porcentajes de divorcio entre personas jóvenes son altos (Zani & Cicognani, 2006) y la mujer queda entonces en sus años veintes o más joven, con un hijo sin un padre activo, sin apoyo económico y con una educación trunca, de hecho el 40 % de los hogares en muchos países de América Latina están a cargo de la mujer y muchos de estos casos comenzaron con el embarazo no planeado de una adolescente joven y asustada (Asociación Mexicana de Educación Sexual [AMES] & Asociación Mexicana para la Salud Sexual [AMSSAC], 2003).

Por último, no hay que olvidar que la adolescencia se caracteriza por una etapa de egocentrismo, es decir, a esta edad aún le cuesta los adolescentes ponerse en el lugar del otro lo que los hace vulnerables a conductas sexuales de riesgo, aunque ellos perciban todo lo contrario, por lo cual mientras más perciba el adolescente que tiene control de la situación y que es vulnerable a los riesgos, la probabilidad de protegerse será más alta que en los casos en que los jóvenes sienten poco control y la probabilidad de usar protección disminuye (Zani & Cicognani, 2006), por lo que período de la adolescencia representa un momento oportuno para tocar temas sexuales y reproductivos (OPS & OMS, 2000).

## **CAPÍTULO 3. EDUCACIÓN SEXUAL INTEGRAL COMO HERRAMIENTA DE PREVENCIÓN**

---

La OPS y la OMS (2000) señalan que la salud sexual y reproductiva constituye un aspecto fundamental de todos los seres humanos y abarca el derecho a la integridad sexual, seguridad, privacidad, igualdad, expresión, educación y acceso a cuidados que permitan la consecución de bienestar físico, psicológico y sociocultural relacionado con la sexualidad, que incluye una vida libre de enfermedades, lesiones, violencia, entre otras, así como una vida libre de temor, vergüenza, culpabilidad o ideas falsas sobre la sexualidad para poder disfrutar y controlar la propia sexualidad.

Todas las y los jóvenes se enfrentarán algún día a la ardua tarea de tomar decisiones sobre su salud sexual y reproductiva por lo que necesitarán información veraz, oportuna y basada en derechos humanos. En América Latina las decisiones sobre salud sexual se suelen tomar sin información adecuada; de hecho en esta región, además de África, las cifras de embarazo adolescente se han incrementado en los últimos 30 años (Rodríguez, 2014, como se citó en Hunt, Monterrosas & Mimbela, 2015) y es en donde se encuentran las proporciones más altas de niñas que iniciaron su vida sexual antes de los 15 años (American University Washington College of Law Academy On Humans Rights and Humanitarian Law, 2014, como se citó en Hunt, Monterrosas & Mimbela, 2015).

Por su parte, la International Planned Parenthood Federation (IPPF, 2010) define la Educación Sexual Integral (ESI) como:

Aquella que busca equipar a los jóvenes con conocimientos, habilidades, actitudes y valores para poder disfrutar de su sexualidad, física y emocionalmente, de forma individual como con sus relaciones personales. Por lo que es una sexualidad enseñada de forma holística y dentro del contexto emocional y social. Reconoce que la información por sí sola no es

suficiente. Los jóvenes necesitan tener la oportunidad de adquirir habilidades esenciales para la vida y desarrollar actitudes y valores positivos [...] en siete ámbitos: el género, la salud sexual y reproductiva, la ciudadanía sexual, el placer, la violencia, la diversidad y las relaciones (pp. 6).

Además de esto Vigil, Riquelme, Rivadeneira y Aranda (2005) mencionan que la ESI ayuda a los jóvenes a hacer frente a las presiones que sufren por parte de la sociedad en el ámbito de la sexualidad.

Por lo cual Hunt, Monterrosas y Mimbela (2015) mencionan que en el año 2008 en la XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA, celebrado en la Ciudad de México, se creó la declaratoria para una agenda que reconociera los derechos de los jóvenes y adolescentes a recibir Educación Sexual Integral (ESI). A partir de aquí se crean diversas metas con el fin de reducir hasta en un 75 % el número de escuelas que no han institucionalizado la educación integral en sexualidad y reducir en un 50 % la brecha de adolescentes y jóvenes que carecen de cobertura de servicios de salud para atender apropiadamente sus necesidades de salud sexual y reproductiva antes del año 2015.

Hunt, Monterrosas y Mimbela (2015) recabaron información de diversas instancias sobre los resultados de la declaratoria encontrando los siguientes resultados:

- En temas legislativos no se encontraron impedimentos para la ejecución de programas de Educación Sexual Integral (ESI) pero si se encontraron particularidades en las prestaciones de salud, por ejemplo, la criminalización del aborto, la prohibición de la anticoncepción oral de emergencia, además de la prohibición de pruebas de VIH a menores de edad en algunos países.
- Respecto a la inversión financiera, en América Latina, el gasto público en salud es aún insuficiente y muy por debajo de la media mundial (7.5 % del PIB, en comparación con otros países donde se alcanza el 10 %). En una América Latina donde el 39 % de los jóvenes entre 15 y 24 años son pobres y 22 millones están desempleados, el costo de los servicios de salud representa una barrera insuperable para la juventud.



- En materia de educación solo 9 de 17 países reportaron tener un monto asignado para la Educación Sexual Integral (ESI) debido a que se requiere de cambios en el currículo, capacitaciones a docentes y reformas en el contenido curricular lo que se traduce en un gasto económico.

En porcentajes generales, se encontró que en el área de educación el avance de implementación de la declaratoria de 2008 al 2015, fue de 45 %, mientras que el área de salud fue cubierta en un 90 %, siendo Uruguay el país que obtuvo una mejor puntuación con un total de avance del 92 %. Entre los puntos importantes de su trabajo destacan que 81 % de hombres y 87 % de mujeres utilizaron un anticonceptivo en la última relación sexual y 9 de cada 10 varones conocen dos métodos anticonceptivos modernos. Respecto a educación, el enseñar el tema de *Placer* fue una de las áreas en la que la mayoría de los países puntúo bajo, lo que hace ver que aún hay muchas brechas para poder enseñar sobre Sexualidad de manera libre, responsable, objetiva y bien informada (Hunt, Monterrosas & Mimbela, 2015).

En el área de Salud, Hunt, Monterrosas y Mimbela (2015) menciona que se requiere garantizar la funcionalidad y calidad de la atención en los servicios amigables existentes ya que se siguen encontrando barreras significativas como proveedores poco capacitados, agotamiento de insumos, ambientes estigmatizantes y poco amigables. En el área de educación, Hunt, Monterrosas y Mimbela (2015) y la Comisión de Mujeres Refugiadas (Women's Refugee Commission [WRC], 2012) recomiendan impartir en todas las escuelas secundarias del país la asignatura *Sexualidad y Género* y disminuir la brecha en el número de escuelas que actualmente no han institucionalizado la ESI de forma óptima, de igual forma falta destinar recursos económicos para las líneas estratégicas de la Declaratoria, particularmente en evaluación y capacitación docente ya que Robles, Solano, Díaz-Loving, Moreno, Frías, Rodríguez y Barroso (2012) encontraron que los adolescentes de secundaria y preparatoria de la región no están recibiendo información adecuada sobre sexualidad.

Como ya se señaló aún hay una brecha muy grande en cuanto la implementación de ESI en las escuelas, la cual es de suma importancia ya que la evidencia muestra que la

información ha resultado ser un importante predictor de la conducta sexual protegida aunque no es suficiente para crear un cambio en su totalidad (Pérez & Pick, 2006, como se citó en Robles, Solano, Díaz-Loving, Moreno, Frías, Rodríguez & Barroso, 2012) y la educación basada en la abstinencia que no es eficaz al no crear un cambio de comportamiento (Douglas, 2007, como se citó en Hunt, Monterrosas & Mimbela, 2015; Bayés, 1992, como se citó en Robles et al., 2007) por lo que la ESI y el acceso a anticonceptivos tiene impactos positivos no sólo en el nivel de conocimientos acerca del VIH/SIDA y otras ITS, sino también en la autoeficacia percibida para posponer un encuentro sexual no protegido, en las actitudes, uso correcto y subsecuente del condón, en la comunicación sexual con la pareja y los padres, que vuelve más probable el uso de métodos anticonceptivos, en el retraso del inicio de la vida sexual, en demorar el primer embarazo, en reducir el número de parejas sexuales, la mortalidad materna, mejorar los resultados de salud, contribuir a objetivos generales de desarrollo, reducir la pobreza y aumentar y hacer más probable la ocurrencia de conductas sexuales protegidas (WRC, 2012), disminuyendo de esta manera las tasas de embarazo no deseado e ITS entre los adolescentes (Douglas, 2007, como se citó en Hunt, Monterrosas & Mimbela, 2015).

Además de generar un bienestar en poco más del 20 % de la población a mediano y largo plazo, la inversión en servicios de salud ayuda a reducir futuros gastos en salud pública por tratamientos de VIH y otras ITS además de complicaciones por embarazos tempranos no planeados, lo que a su vez ayudaría a superar un freno económico que impacta en las oportunidades de los más pobres y vulnerables, como de la economía general (Hunt, Monterrosas & Mimbela, 2015).

### **3.1 Programas de intervención en salud y educación sexual**

Existen diversos programas alrededor del mundo que han tratado el tema de la sexualidad desde una forma integral, sin embargo, como ya se ha señalado, no existe una educación sólida sobre el tema en México, al respecto Vivo, López-Peña y Saric (2012) mencionan que se requiere de manera urgente un acervo de conocimientos sobre los

diferentes programas que existen, para orientar la toma de decisiones de manera eficaz y efectiva así como de su rigor metodológico. A continuación, destacan las diversas problemáticas a las que estos programas se enfrentan para poder incurrir en una oportuna sistematización e identificación de los mecanismos de impacto y articulación:

**Replicabilidad:** Aunque existen programas que se han replicado, los resultados varían de región en región, por lo que los métodos de implementación, la contratación de personal y adaptación de los programas a las necesidades de la población meta son importantes

**Sostenibilidad:** Se debe analizar el costo por componente para su eficaz sostenibilidad a largo plazo y comúnmente no se cuenta con este dato.

**Sostenibilidad de los efectos:** Se debe evaluar los efectos más allá de los 3 y 6 meses después de la primera intervención para verificar la uniformidad en los resultados o analizar las causas de un impacto no sostenido.

**Mecanismos de impacto del programa:** Se ha encontrado que varios de los programas se implementan de manera holística, sin embargo, en ninguno existe una clara identificación del marco lógico y la forma en la que cada componente interactúa con el fin de alcanzar el mismo objetivo por lo que es necesario investigar y clarificar las ventajas de enseñar un poco de todo o hacer más intensivos algunos de sus componentes específicos.

**Confiabilidad de los datos:** Debido a que se trabaja comúnmente con menores de edad, es necesario que el diseño, planificación y gestión de la información asegure la privacidad de los jóvenes. También es necesario informar sobre la fiabilidad y confiabilidad de la información que se obtiene en todos los niveles, entre ellos el área médica con el fin de realizar retroalimentación y corrección en los diseños e implementación de programas.

Además de estos datos, la Comisión Nacional de Mujeres Refugiadas (WRC, 2012) mencionan algunas pautas necesarias para que la implementación de programas sexualidad tengan éxito:

- La participación de la comunidad como son padres, líderes religiosos, etc. para crear confianza y apoyo de la comunidad.
- La participación y compromiso de los jóvenes para crear y aumentar la demanda de servicios.
- Responder a las distintas necesidades de las subpoblaciones de adolescentes (solteros, casados, etc.), cultura y nivel de experiencia sexual y contar con personal calificado y dedicado, invertir en la concienciación del personal, la capacitación y el apoyo continuo.
- Brindar servicios integrales en un único lugar.
- Contener un enfoque holístico y multisectorial dónde no sólo se atiende a nivel clínico, también se enseñen aptitudes personales, alfabetización, nociones elementales de cálculos aritméticos, capacitación vocacional y habilidades de subsistencia, entre otros.
- Capacitar, actualizar, supervisar, reconocer y proporcionar tutoría continua a los educadores de pares, evitando actitudes y prejuicios que afectan negativamente el desarrollo y la confianza de los adolescentes.
- Desarrollar estrategias de alcance flexibles que permiten llegar a entornos poco seguros y áreas de difícil acceso.
- Controlar el uso de los servicios por grupos de edad: 10 a 14, 15 a 19 y 20 a 24 años

Por su parte Kirby (2001, como se citó en Vivo, López-Peña & Saric, 2012) añade los siguientes puntos:

- Se centran en metas de conducta específicas
- Se basan en enfoques teóricos
- Suministran información básica sobre los riesgos asociados con la actividad sexual adolescente y sobre los métodos para evitar el embarazo y las ITS
- Comunican mensajes claros acerca de la actividad sexual y/o el uso de anticonceptivos
- Tienen la duración suficiente como para cubrir toda la información y actividades

Algunos ejemplos de programas exitosos son los siguientes (WRC, 2012):

#### Red de Salud Reproductiva de los Adolescentes (ARHN), Clínica Mae Sot Tailandia

- Red de personas: todos se conocen entre todos y esto contribuye a las derivaciones para garantizar que los pacientes regresen
- Espacios recreativos para todas las edades: ha aumentado el anonimato y reducido los estigmas ya que algunos van por las actividades recreativas
- Discreción: lejos de donde los conflictos armados del país pueden afectar que los niños y adolescentes acudan
- Pares mayores: personal más capacitados que los habituales

#### Proyecto RAISE Colombia

- Flexibilidad para los educadores de pares: se redujeron las horas de capacitaciones para que pudieran equilibrarlo con sus actividades diarias, no se les exigió un tiempo específico, dirigieron actividades educativas ellos mismos o con otras personas según las necesidades de la comunidad
- Lazos con los líderes de la comunidad y las escuelas: se educó a los adultos sobre la importancia de la planificación familiar
- Seguridad: se eligieron zonas neutrales (escuelas, centros comunitarios), se desarrollaron estrategias de comunicación para concientizar sobre sus derechos
- Trabajo multidisciplinario: se trajo personal de la salud de otros lugares, se derivaba a otros centros cuando era requerido y se facilitó el transporte
- Sensibilidad y capacitación del personal: Pro familia realizó una gran inversión que contribuyó a la calidad, la adaptabilidad del personal y las sensibilidades de la comunidad
- Confidencialidad: no se requería de consentimiento de los padres

- Enfoque centrado en los adolescentes: no solo son beneficiarios, también contribuyen al diseño y la implementación del mismo, se reconocieron las necesidades por grupo de edad y subpoblaciones

#### Centro Juvenil de Gulu, Uganda (GYC)

- Actividades de infoentretenimiento/entretenimiento educativo: ofrece charlas sobre salud, visitas domiciliarias y grupos de apoyo, programas de radio, un propio periódico *Young Talk* para niños de 10 a 14 años y *Straight Talk* para adolescentes de entre 15 a 19 años
- Herramientas de apoyo: intervención psicológica en caso de violaciones, línea directa las 24 horas, personal altamente capacitado, participación de los adolescentes en actividades recreativas y foros y se garantizaba la privacidad de los participantes
- Apoyo de la comunidad: debido a la resistencia de la comunidad se crearon programas de radio y se crearon lazos con líderes culturales y religiosos, así como pláticas con los adolescentes
- Enfoque de prevención combinado gratuito e integral y proveedores amistosos y pacientes
- Pares motivados: se les ofrecía tiempo de llamada por teléfono celular etc., su trabajo era elogiado en público y se ofrecían cursos de actualización y promociones en su centro
- Apoyo a subpoblaciones: se cubrían las diversas necesidades de la población con pequeñas actividades para las diferentes áreas de la región, visitas domiciliarias a subgrupos como discapacitados, adolescentes no escolarizados, etc.

Además, considerando que para el adolescente la pertenencia a un grupo (amigos y familia), las relaciones románticas y sexuales, las charlas, los juegos y las actividades de recreación con pares se vuelven más significantes, sus actitudes y comportamientos sexuales se verán influenciados por sus amigos, por lo que se debe incluir a los pares en las

intervenciones ya que esto permite fortalecer y estimular los mecanismos de autorregulación del joven y propiciar un cambio conductual y mejorar la comunicación, habilidades de negociación y sirve como un incentivo para cambiar la función de utilidad del joven (Vivo, López-Peña & Saric, 2012).

Para que esto funcione los programas deben estar basados en habilidades socio-emocionales que permitan a los jóvenes nuevas formas de ganarse el respeto mediante conductas pro-sociales, un objetivo ampliamente deseado por el joven así como estar vinculados al acceso oportuno de servicios ya que han resultado más eficaces en el cambio de conducta que aquellos basados únicamente en el conocimiento e información (Kirby 2007; Vivo, López-Peña & Saric, 2012; Speizer, Magnani Colvin, 2003, como se citó en WRC, 2012). Es importante recalcar que el acceso a anticonceptivos no impacta significativamente en la reducción de la fertilidad, aunque si retrasa la edad del primer embarazo, por lo los programas deben potenciar el cambio de conducta e incentivar a su uso (demanda), sin embargo, en muchos países el acceso a métodos de planificación familiar es limitado para los jóvenes a menos que cuenten con el consentimiento de los padres (Vivo, López-Peña & Saric, 2012).

Los programas exitosos también incluyen debates grupales, materiales audiovisuales, demostraciones y juegos de roles, tienen contenido en común sobre ITS y VIH, uso correcto de preservativos y anticonceptivos, prevención del embarazo, habilidades de negociación y comunicación asertiva, contenido específico según el contexto y la población, cuentan con el desarrollo de habilidades mediante ensayos conductuales y retroalimentación así como con conductas saludables en entornos escolares (Robles, Moreno, Rodríguez & Díaz González, 2007; Vivo, López-Peña & Saric, 2012).

Vivo, López-Peña y Saric (2012) categorizaron como eficaces aquellos programas que registraron un cambio significativamente en los indicadores de resultado seleccionados: retraso en la iniciación sexual, reducción de frecuencia sexual, reducción de parejas sexuales, mayor probabilidad de tener una única pareja sexual, incidencia de relaciones sexuales desprotegidas, incremento en el uso de preservativos, incremento en el uso de

anticonceptivos, mayor cumplimiento de tratamientos médicos, reducción de incidencia en ITS, reducción del número o tasa de embarazo adolescente.

Se recomienda realizar programas extracurriculares, ya que a mayor tiempo sin supervisión la probabilidad de llevar a cabo conductas sexuales de riesgo aumenta, a pesar de esto, el tiempo puede ser de poca duración, se ha encontrado que varios programas de educación sexual con menos de 15 horas han tenido resultados positivos como los programas *BART*, *¡Be Proud! Be Responsible!* y *Making Proud Choices* (Vivo, López-Peña & Saric, 2012).

Dentro de los componentes específicos que deben manejar los programas, Vivo, López-Peña y Saric (2012) señalan que aquellos basados en el desarrollo cognitivo (promover la confianza, la autoestima, las habilidades de negociación, etc.) reforzados por factores socio-emocionales y habilidades “técnicas” (educación y desarrollo profesional) tienen un impacto positivo en la reducción de embarazo, aunque aún no se conoce el peso específico en el cambio conductual.

Específicamente para el uso correcto o no uso del condón se debe tomar en cuenta los factores históricos (información y experiencias que el individuo posee), los factores del presente y personales (como puede ser la autoeficacia, el tipo de relación) y los factores de tipo ecológico-coyunturales, o estados biológicos momentáneos (alcohol, drogas, etc.) (Bayés, 1992, como se citó en Robles, *et al*, 2007).

Para los programas orientados a reducir conductas sexuales de alto riesgo para tener efectos positivos en el uso de anticonceptivos o una reducción en la cantidad de parejas en un corto plazo, se deben tomar en cuenta la cantidad de parejas sexuales y uso de preservativo, se debe diseñar actividades en grupos pequeños guiadas por profesionales o facilitadores capacitados, contenido general sobre ITS y VIH, uso correcto de preservativos y anticonceptivos, habilidades de negociación y comunicación asertiva y contenido específico del contexto (elementos culturales, roles de género, estructura familiar, abuso de alcohol y relaciones sexuales, terapia motivacional y orientación hacia una meta (Vivo, López-Peña & Saric, 2012).



De acuerdo con lo señalado por Robles, Solano, Díaz-Loving, Moreno, Frías, Rodríguez y Barroso (2012) además de estos puntos, se debe poner especial cuidado a los adolescentes que aún no han iniciado su vida sexual, promoviendo conocimientos y habilidades que los lleven a comportarse preventivamente en el momento de dar inicio a su vida sexual, así mismo se debe trabajar con la motivación (actitudes, normas e intenciones) de usar anticonceptivos, la autoeficacia y las habilidades conductuales ya que son los mejores indicadores para predecir conductas sexuales de riesgo (Robles, *et al*, 2007). Diversos estudios suponen que la percepción que se tiene de una amenaza frente a la transmisión de alguna ITS y/o VIH/SIDA y una fuerte creencia sobre la posibilidad de reducir la amenaza aumenta considerablemente las conductas preventivas o saludables a comparación de la percepción de gravedad y de vulnerabilidad que no tienen relación significativa con dichas conductas (Moreno, García, Rodríguez & DíazGonzález, 2007).

Por último, para que un programa de sexualidad tenga éxito se requiere más financiamiento del gobierno y otras instancias de manera urgente, tanto para el sector salud como para ayuda humanitaria de forma coordinada ya que en términos económicos se ha demostrado que por cada dólar invertido en el programa, se generan ahorros de \$2.65 en costos médicos y pérdida de productividad (Wang, Davis, Robin, Collins & Coyle, 2000, como se citó en Vivo, López-Peña & Saric, 2012; WRC, 2012).

A partir de estos datos, se creó un taller que abordara la sexualidad de forma clara y holística, por lo que se eligió la Teoría Holónica de Eusebio Rubio (Rubio, 2002), aunque como ya se ha ido revisando, la teoría no ayuda a los jóvenes a evitar conductas sexuales de riesgo, por lo que se necesitó incluir un modelo que permitiera desarrollar habilidades socio-emocionales, fundamentales para los jóvenes y que permitieran poner en práctica los conocimientos adquiridos, por lo que se eligió el modelo de Habilidades para la Vida (Mangrulkar, Vince & Posner, 2001), a partir de estos dos vértices se creó un taller de Educación Sexual Integral, ambas teorías son explicadas a continuación.

### 3.1.1 Teoría Holónica

Como se mencionó anteriormente el Modelo de los Holones Sexuales desarrollada por Eusebio Rubio (Rubio, 2002) señala que un holón, del griego *holos* (todos, totalidad) y *on* (parte), es el segmento de un sistema complejo que merece ser considerado como una totalidad en sí mismo; este término fue trasladado al área de la sexualidad para crear un modelo conceptual que facilitara la integración del conocimiento entre los diferentes trabajos multidisciplinarios que estudian la sexualidad para poder entender y tener repercusiones positivas en el bienestar de las personas.

Los holones sexuales, partes, elementos o subsistemas de la sexualidad, son el resultado de la integración de cuatro potencialidades humanas que dan origen a los cuatro holones de la sexualidad: la reproductividad, el género, el erotismo y la vinculación afectiva interpersonal, cada uno de ellos se manifiesta en todos los niveles de estudio del ser humano. El modelo es integral, es decir, cada elemento depende de los otros elementos del sistema, y cada uno se hace presente gracias a los significados de las experiencias de cada persona, es decir, mediante la adscripción de sentido, significado y afecto que cada individuo vive a nivel personal y social (Rubio, 2002).

La sexualidad engloba diversos aspectos, incluyendo al sexo, al género, las identidades de sexo y de género, la orientación sexual, el erotismo, la vinculación afectiva, el placer, el amor y la reproducción que se experimentan o expresan mediante sentimientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, actividades, prácticas, roles, relaciones y es el resultado de la interacción de factores biológicos, psicológicos, socioeconómicos, culturales, étnicos, religiosos y espirituales, es decir, es una práctica que se refleja en todo lo que somos, sentimos, pensamos y hacemos (Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud & Asociación Mundial de Sexología, 2000; Secretaría de Salud del Distrito Federal, 2014) y depende de la satisfacción de diferentes necesidades básicas del ser humano como son el deseo de contacto, la intimidad, la expresión emocional, el placer, la ternura y el amor; su expresión depende de las reglas y normas

tradicionalistas o modernas que existan en la sociedad (Gobierno Del Distrito Federal, 2008), por lo que la sexualidad no es únicamente biológica, psicológica, ni social, sino que abarca todos esos niveles y por tanto debe ser estudiada desde diferentes puntos de vista (Rubio, 2002). Por lo tanto, para hablar de Sexualidad es necesario hacerlo desde todas las áreas del ser humano que están vinculadas a ella y retomar diversos temas que son importantes en un programa de Educación Sexual Integral.

En cada holón se pueden presentar los denominados problemas sexuales y por lo tanto también se debe trabajar con ellos, en el área de la Reproductividad se encuentran los problemas de embarazo no deseado, aborto y adopción; dentro del holón Género se presentan disforias de género y falta de equidad, dentro del Erotismo se encuentran las ITS y por último, dentro de la Vinculación afectiva se pueden presentar problemas de violencia intrafamiliar (Rubio, 2002). A continuación, se explican con más detalle cada holón y los problemas sexuales que se pueden presentar en cada una de ellas. También forman parte del contenido teórico del taller de Educación Sexual Integral propuesto en este proyecto.

### **Reproductividad**

Se refiere a la capacidad humana de producir individuos que en gran medida sean similares (no idénticos) a los que los produjeron (Rubio, 2002) y va desde el nivel biológico principalmente, pero sin dejar de lado lo psicológico y social, eventos como la maternidad, paternidad, adopción y contracepción pasando por los derechos y políticas reproductivas forman parte de la reproductividad (Secretaria de Salud del Distrito Federal, 2014).

La reproductividad empieza con un hito en la historia de la sexualidad: la virginidad. Perder la virginidad significa que el himen (mucosa que recubre la entrada de la vagina) se rompe, y aunque se cree que está directamente relacionada con las relaciones sexuales; esto puede pasar por realizar diferentes actividades cotidianas como andar en bicicleta o practicar deporte (Secretaria de Salud del Distrito Federal, 2014), de igual forma se relaciona con el sangrado que presenta la mujer en la primer relación sexual, pero en algunas ocasiones el himen de la mujer es muy elástico y no genera sangrado o también depende de la lubricación vaginal, los juegos previos a la penetración y de la delicadeza del

encuentro. Después de la primer relación sexual penetrativa, se puede ser más consciente de la estimulación o percepción de los órganos sexuales, pero eso no genera cambios físicos concretos (Municipalidad de Santiago, 2016), sin embargo, es un buen momento para hablar con los jóvenes sobre los mitos que existen sobre la virginidad e incluso sobre el conocimiento del cuerpo, en el taller además de debatir sobre estos temas, se trabajó con el reconocimiento de los órganos sexuales masculino y femenino, y sobre el inicio responsable de la sexualidad ya que a menudo reciben de manera constante mensajes contradictorios sobre la edad de inicio de las relaciones sexuales, sin embargo, no existe un momento exacto ya que dependerá de cada persona y de factores religiosos, sociales, culturales, educativos, morales que influirán en la decisión de cada uno (Secretaria de Salud del Distrito Federal, 2014).

Se recomienda dar inicio a la vida sexual cuando se tenga suficiente información respecto al funcionamiento de los propios órganos sexuales y se conozca bien el cuerpo así como lo que produce sensaciones placenteras y las que no, cuando se tenga información clara, objetiva y precisa sobre prevención de embarazo, ITS o infección por VIH, así como las consecuencias de iniciar la vida sexual, cuando sea una decisión personal, reflexionada, dialogada, libre, informada, responsable y segura para que exista un equilibrio entre el nivel físico, emocional y mental y cuando se cuente con total seguridad para hablar con la pareja y tener una relación sexual protegida ya que después del inicio de la vida sexual pueden surgir sentimientos de bienestar y seguridad pero también de celos o inseguridad, sobre todo si no hubo una relación protegida o consensuada (Secretaria de Salud del Distrito Federal, 2014).

Como ya se mencionó al inicio de este capítulo, la reproductividad también puede acarrear consecuencias negativas para el individuo, sobre esto, la Organización Panamericana de la Salud (2009) menciona que algunas situaciones preocupantes que pueden dañar la salud sexual y la integridad corporal son:

- Dificultad en lograr comportamientos que promuevan la salud a fin de identificar prontamente los problemas sexuales (por ejemplo, exámenes de salud integral, autoexámenes de las mamas y los testículos).
- Formas de coerción sexual como, por ejemplo, la violencia sexual.
- Mutilaciones corporales como la ablación genital.
- Infecciones de Transmisión Sexual o VIH/SIDA.
- Discapacidades físicas o mentales.

Por otro lado, las situaciones relacionadas con la reproducción que pueden afectar la salud sexual son:

- Necesidad de tomar decisiones y adoptar prácticas responsables respecto a la reproducción.
- Insuficiente acceso a la atención de la salud reproductiva.
- Falta de servicios de prevención y cuidado de la infertilidad.

Una de las consecuencias de no tener una vida sexual responsable es el embarazo que puede culminar con la interrupción de este, anteriormente en el Capítulo 2 se habló sobre las consecuencias de un embarazo no planeado a temprana edad, sin embargo, la interrupción del embarazo también trae complicaciones para el individuo, cuando se recurre a esta práctica, se debe tomar en cuenta que el riesgo de mortalidad es 1.2 veces mayor especialmente y entre mujeres menores de 19 años. Los sentimientos pueden ser ambivalentes por lo que muchas veces se requiere de ayuda profesional o psicológica. Las consecuencias dependerán de la libertad y la responsabilidad con que las mujeres toman la decisión, así como la calidad del servicio al que acuden, por otra parte, se puede dar el adopción pero suele ser más doloroso para la persona (Gobierno Del Distrito Federal, 2008).

## Derechos Sexuales y Reproductivos

Los Derechos Humanos son las facultades, prerrogativas y libertades fundamentales que tiene una persona por el simple hecho de serlo; es necesario conocerlos y que los jóvenes los conozcan para que logren su desarrollo integral y puedan defenderlos. Por su parte, el Estado tiene la obligación de reconocerlos y también de respetarlos (Gobierno Del Distrito Federal, 2008).

La Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH) menciona que los derechos sexuales de las y los jóvenes son las siguientes (Gobierno Del Distrito Federal, 2008):

- Derecho a decidir de forma libre sobre mi cuerpo y mi sexualidad sin agraviar la propia salud ni a terceros
- Derecho a ejercer y disfrutar plenamente mi vida sexual
- Derecho a manifestar públicamente mis afectos
- Derecho a decidir con quién compartir mi vida y mi sexualidad
- Derecho al respeto de mi intimidad y vida privada
- Derecho a vivir libre de violencia sexual
- Derecho a la libertad reproductiva
- Derecho a la igualdad de oportunidades y a la equidad
- Derecho a vivir libre de toda discriminación
- Derecho a información completa, científica y laica sobre sexualidad
- Derecho a educación sexual
- Derecho a servicios de salud sexual y salud reproductiva, de forma respetuosa
- Derecho a la participación en las políticas públicas sobre sexualidad

Los derechos reproductivos garantizan que toda persona pueda:

- Decidir tener o no tener hijos
- Decidir libre y responsablemente el número de nacimientos y el intervalo o espaciamiento entre los mismos

- Acceder a servicios de salud sexual y reproductiva de calidad en todas las etapas de la vida
- Obtener información sobre métodos anticonceptivos, incluyendo las más modernas tecnologías, como el condón femenino y la anticoncepción de emergencia.
- Obtener una interrupción del embarazo, en condiciones de seguridad, en los casos permitidos por la ley.
- Obtener atención sanitaria de calidad durante el embarazo, el parto, después del alumbramiento y en la interrupción legal del embarazo (ILE) por distintas razones.
- Acceder a tratamientos y métodos para atender problemas de infertilidad y esterilidad.

## **Género**

El segundo holón de la sexualidad es la de género, Rubio (2002) indica que se entiende al género como *la serie de construcciones mentales respecto a la pertenencia o no del individuo a las categorías dimórficas de los seres humanos: masculina y femenina, así como las características del individuo que lo ubican en algún punto del rango de diferencias*. Es por medio de este holón que los seres humanos realizan multivariadas interacciones y se identifican a sí mismos, es tan importante en el desarrollo que cuando no puede conformarse, el desarrollo completo se detiene.

A nivel biológico, se entiende por *sexo* a las diferencias anatómicas y fisiológicas que caracterizan a varones y hembras (Bendezú, 1998, como se citó en Correa, García & Saldívar, 2013), mientras que *género* engloba a las creencias, representaciones, personalidad, actitudes, sentimientos, valores, prácticas y conductas socialmente esperadas en hombres y mujeres (Bustos, 1994, como se citó en Correa, García & Saldívar, 2013). Al ser una construcción social, condiciona los roles de comportamiento, las posibilidades, las acciones, el aspecto físico y la expresión de la sexualidad de las personas, aunque puede ser modificado dependiendo de la cultura y el tiempo (Secretaría de Salud del Distrito Federal, 2014), la *identidad de género* se refiere al grado en que un individuo se percibe como masculino, femenino o ambos (Vergara & Paéz, 1993, como se citó en Correa, García & Saldívar, 2013) y constituye un marco de referencia interno que ayuda a organizar el auto

concepto y a comportarse socialmente en relación a la percepción de su propio sexo y género contribuyendo al sentido de identidad, singularidad y pertenencia (Secretaría de Salud del Distrito Federal, 2014), por último la expresión pública de esa identidad se denomina *papel sexual o papel genérico* también llamados *roles sexuales o genéricos* y tiene que ver con el conjunto de normas y reglas que dictan la sociedad y regulan el poder entre los seres humanos (Rubio, 2002).

A partir de la primera gran revolución industrial fue que el hombre se convirtió en el proveedor económico principal y la mujer se desempeñó en el área emocional de la familia (Echebarría & González-Castro, 1999, como se citó en Correa, García & Saldívar, 2013) de ahí que las creencias o expectativas que se siguen manteniendo respecto al varón hacen referencia a la capacidad que tienen para desenvolverse en sociedad y la racionalidad que contrasta con el lado emocional y afectivo que se relaciona más con la mujer. De esta forma los *estereotipos* hacen referencia a la forma de pensar y actuar que influyen en la conducta de varios individuos y están socialmente aceptadas; aunado al sexo es que se generan los *estereotipos de género* (Correa, García & Saldívar, 2013).

### La diversidad sexual

El deseo sexual está vinculado con lo que somos; es algo dinámico y cambiante y que se vuelve importante en la etapa de la adolescencia (Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, 2016), y se refiere a identificarse no sólo como hombre y mujer, sino que incluye más variantes y se denomina *orientación o preferencia sexual* y se refiere a identificarse como:

- Heterosexual: relacionarse afectiva y erótica hacia personas de sexo opuesto
- Homosexual: relacionarse afectiva y erótica con otros hombres
- Lesbiana: relacionarse afectiva y erótica con otras mujeres
- Bisexual: relacionarse afectiva y erótica con hombres y mujeres
- Trans: amplio rango de personas que expresan su género de diversas formas
  - Transexual: persona cuyo sexo (condición biológica) no corresponde a su identidad de género, actualmente se puede hacer una



reasignación de género con ayuda de terapias psicológicas y hormonales

- Transgénero: personas trans cuya identidad de género es diferente del sexo biológico, pero que no desean cambiar su anatomía genital
- Transexual: personas que además de cambiar y modificar su apariencia física, desean o han cambiado sus genitales de nacimiento mediante procedimientos quirúrgicos
- Travesti: personas que expresan su identidad de género mediante prendas de vestir y actitudes de género opuesto al que social y culturalmente fueron asignados en base a su sexo biológico, por ser por diversión, atracción sexual o confort emocional, pero que su identidad de género concuerda con su sexo de nacimiento

Aunque no se ha encontrado diferencias hormonales, genéticas y hereditarias que expliquen la diversidad sexual, es una condición humana que ocurre en todas las sociedades y no se debe juzgar o estigmatizar a nadie ya que todos son seres humanos y de igual manera tienen derecho de asumir su sexualidad (Gobierno del Distrito Federal, 2008).

De acuerdo a la Organización Panamericana de la Salud (2009) menciona que algunas situaciones preocupantes relacionadas con el género que pueden dañar la salud sexual son:

- Falla en el reconocimiento y observación de la equidad de género
- Necesidad de frenar todo tipo de discriminación relacionado con el género
- Necesidad de respeto y aceptación de las diferencias de género

Por otra parte, las circunstancias que pueden afectar la salud sexual en términos de orientación sexual son:

- Existencia de discriminación basada en la orientación y preferencia sexual
- Falta de libertad para expresar la orientación personal de forma segura y responsable y respetando el derecho de los demás

## Discriminación

La discriminación se refiere al conjunto de expresiones y actos que provocan exclusión, rechazo, desprecio o negación de servicios, bienes e información hacia otra persona debido a un rasgo, característica o por pertenecer a un grupo, anulando sus derechos e igualdad de oportunidades que el Estado otorga para su desarrollo, por ejemplo algunas preferencias u orientaciones sexuales han sido proclives a discriminación ya que han sido consideradas en contra de la procreación (Secretaria de Salud del Distrito Federal, 2014; Gobierno Del Distrito Federal, 2008).

Una expresión de discriminación es la homofobia que se refiere al odio, desprecio, e intolerancia debido a un prejuicio social hacia conductas atribuidas a la homosexualidad y se manifiesta de maneras directas o indirectas que van desde insultos hasta crímenes de odio como el asesinato (Lozano & Salinas-Quiroz, 2016) principalmente hacia las personas gays y mujeres trans. De acuerdo con la Comisión Ciudadana Contra Crímenes de Odio por Homofobia (CCCCOH) entre 1995 y 2013, en México fueron asesinadas 887 personas de la población LGBTTTI (Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, 2016). Este tipo de violencia surge porque se considera que se transgreden los estereotipos de género y se traduce en un mecanismo individual, institucional y sociocultural que castiga las conductas diferentes a la heteronormatividad, es decir, el pensamiento de que la sexualidad en su expresión heterosexual es la única coherente y por tanto privilegiada (Lozano & Salinas-Quiroz, 2016; Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, 2016).

Cabe destacar que la violencia, ocurre constantemente en espacios primarios como la familia y las escuelas donde su principal expresión es mediante la violencia verbal debido a la interiorización del binario de género (masculino-femenino), de la sexualidad y del modelo hegemónico de la sexualidad. En México hay un alto índice de conductas homofóbicas, por lo cual se busca darle un peso importante al respeto como valor central de la vida social y a la igualdad de oportunidades que todos tienen, de hecho, en el Código Penal del Distrito Federal se castiga la discriminación (Gobierno Del Distrito Federal, 2008).

No solo las personas homosexuales se ven en desventaja, según la Encuesta sobre Discriminación en la Ciudad de México (Lozano & Salinas-Quiroz, 2016) existe un gran

desconocimiento en la población sobre las necesidades y problemáticas que enfrentan las personas de la diversidad sexual, lo que genera problemas de estigmatización y discriminación hacia ellos.

Los adolescentes e incluso los jóvenes son otra población que se ve afectada por la discriminación, debido a su edad se les llega a excluir de servicios que los adultos tienen como el derecho a recibir educación sobre su sexualidad, lo que se traduce en embarazos no deseados e ITS, además de esto se les discrimina por su condición social, color de piel, físico, apariencia, condición de salud, creencias, preferencias, orientación y prácticas sexuales (Secretaría de Salud del Distrito Federal, 2014).

De acuerdo a la Cartilla de derechos de las víctimas de discriminación por orientación sexual, identidad o expresión de género (2016), de la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, se redactan los siguientes derechos:

- Derecho a la igualdad y no discriminación: la Declaración Universal de los Derechos Humanos establece que todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos la cual está protegida por la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos en su artículo 1
- Derechos económicos, sociales, culturales y ambientales: todas las personas tienen derecho a gozar y ejercer de manera igualitaria y libre de discriminación de educación, trabajo y seguro social, protección de la salud, vivienda adecuada, derechos a servicios, y participación en la vida cultural, deporte y actividad física, medio ambiente, entre otros
- Derechos a no ser privado/a arbitrariamente de tu libertad: la policía debe ser respetuosa, independientemente de tu identidad, orientación o preferencia sexual respetando el derecho a manifestarte, expresarte y a demostrar públicamente tus afectos en un ambiente de seguridad y sin discriminación
- Derechos sexuales y reproductivos: se refieren a que las personas pueden tener una vida sexual libre y satisfactoria, garantizando la salud sexual y el bienestar físico, mental y social
  - Son derechos humanos universales

- Protegen la facultad de toda persona para ejercer libremente su sexualidad y que nadie sufra discriminación por su orientación sexual, identidad o expresión de género
  - No deben limitarse o negarse, por ninguna ideología religiosa o reglamento; si así sucediera se estaría cometiendo un delito y una violación a los derechos humanos
  - Garantizan vivir sin ningún tipo de violencia, incluida la sexual, mutilación o acto forzado
  - Es un derecho obtener la información necesaria para el cuidado de la salud
- Derechos en caso de privación de la vida en razón de la orientación sexual, identidad o expresión de género: la vida es el derecho humano más importante y está protegido por la Constitución y múltiples tratados internacionales

Por lo tanto, si se quiere crear una cultura de respeto y proteger los derechos de cualquier persona, incluyendo a las personas con orientaciones y preferencias sexuales diferentes para así erradicar las altas tasas de violencia, racismo y odio, es necesario empezar a trabajar con este holón en los talleres de Educación Sexual Integral, un pilar fundamental en la sexualidad para los jóvenes y que de hecho pone en tela de juicio la importancia de la educación sexual holística ya que anteriormente no se hablaba de estos temas.

### **Erotismo**

El tercer holón es el del erotismo que se vincula directamente con las experiencias denominadas sexuales e incluye los cambios corporales que traen consigo el deseo, la excitación, el orgasmo e inclusive el amor, pero que están directamente relacionadas con los procesos de activación de respuesta genital, corporal y las construcciones mentales que se generan de estas experiencias especialmente en las representaciones y simbolizaciones, significación social y su regulación (histórica, geográfica y social) lo que hacen al erotismo una característica específicamente humana (Rubio, 2002).

Está incluido en la respuesta sexual que incluye varias fases: se empieza por el deseo, es decir, el conjunto de sensaciones y sentimientos, seguido de la excitación, que es cuando el pene se erecta y en la mujer se produce lubricación vaginal, después del autoerotismo o de la actividad sexual que puede ser oral, anal o vaginal, se produce la tercera fase conocida como orgasmo, cuando los órganos internos y externos de los genitales de hombres y mujeres se contraen, por último el período refractario es el momento de relajación debido a la acción de las endorfinas, que cierran el ciclo (Secretaría de Salud del Distrito Federal, 2014; Gobierno Del Distrito Federal, 2008).

Existen diferencias entre el orgasmo femenino y masculino, en los hombres el orgasmo puede coincidir con la eyacuación o no, en el caso de las mujeres puede haber más orgasmos debido a que el tiempo que le toma al cuerpo para volver a su estado natural (período refractario) es menor. Sin embargo, a nivel psicológico, el orgasmo en ambos casos sirve para recompensar el gasto energético que se invirtió durante las relaciones sexuales (Municipalidad de Santiago, 2016).

Una práctica muy común es la masturbación, es decir, la manipulación de los genitales con el fin de sentir placer, aunque es una actividad normal en todas las etapas y en todos los individuos, en la adolescencia aumenta su frecuencia. De hecho, los estudios de Kinsey (como se citó en Grinder, 2008) uno de los pioneros en sexualidad, muestra que del inicio de la pubertad hasta los 15 años, el 85 % de todos los adolescentes y el 50 % de las adolescentes se masturbaban. Los estímulos sensoriales, como la vista, tacto o el olfato, o los estímulos internos, como las fantasías sexuales, son algunos factores encargados de potencializar el deseo y las ganas de iniciar una actividad sexual como la masturbación (Municipalidad de Santiago, 2016).

Existen diversos mitos respecto a esta práctica, sin embargo, se ha comprobado que ayuda a conocer mejor el cuerpo, reconocer el placer y como ejercicio previo y sin riesgos de la actividad sexual, debido a que se liberan una serie de sustancias cerebrales, ayuda a aliviar el estrés, la tensión sexual, brinda a las personas la oportunidad de aprender como desean ser tocadas y estimuladas, alivia la tensión premenstrual en las mujeres y sirve como tratamiento para la disfunción sexual, entre otras (Gobierno Del Distrito Federal, 2008). Si bien resulta algo positivo, lo que puede conducir a algún problema psicológico es la

necesidad de recurrir más a ellas que a tener relaciones sexuales con otra persona y debido a los sentimientos de culpa y ansiedad generadas por los mitos y tabúes en torno a ella (Municipalidad de Santiago, 2016).

El placer sexual también es generado al tocar las zonas erógenas del cuerpo, es decir, aquellas que tienen más sensibilidad y que, al ser estimuladas, pueden generar una respuesta de placer o excitación sexual. La piel, el órgano más grande del cuerpo, está constituido por terminaciones nerviosas que son susceptibles de ser estimuladas, por lo que cualquier parte del cuerpo puede funcionar como zona erógena dependiendo de la persona, aunque algunas de las más comunes son los órganos sexuales (Municipalidad de Santiago, 2016).

Otra actividad relacionada con el erotismo son las relaciones sexuales, el placer sexual se refiere a la sensación placentera de forma corporal y emocional de los deseos y sentimientos íntimos y personales, al ser una dimensión de la identidad fortalecen la seguridad y autoestima si se hacen respetando los derechos humanos y sin imponiendo a nadie acciones que vayan en contra de sus decisiones y traigan consecuencias no deseadas (Gobierno Del Distrito Federal, 2008).

La Organización Panamericana de la Salud (2009) menciona que además del uso de drogas, algunas situaciones preocupantes relacionadas con el erotismo que pueden dañar la salud sexual son:

- Falta o insuficiencia de conocimientos acerca del cuerpo, especialmente en la respuesta y placeres sexuales.
- Necesidad de reconocimiento y valoración del placer sexual a lo largo de la vida, de manera segura y responsable, sin dañar los derechos de los demás.
- Necesidad de promover la práctica de las relaciones sexuales seguras y responsables.
- Necesidad de fomentar la práctica y el disfrute de las relaciones sexuales libres de coerción, explotación y respetando los derechos de los demás.

## Infecciones de Transmisión Sexual (ITS)

De acuerdo con Rubio (2012) las ITS son un problema relacionado con el erotismo, especialmente en la población joven debido a que los adolescentes de entre 10 y 19 años y los adultos jóvenes de entre 20 y 24 años son más propensos a contraer alguna ITS ya que además de los factores sociales y económicos, en el caso de las adolescentes, se posee una delgada y vulnerable capa de células en el cuello de la matriz lo que las convierte en una población vulnerable (Vivo, López-Peña & Saric, 2012).

Las ITS son padecimientos infecciosos bastante frecuentes pero pocas veces diagnosticados oportunamente debido a su carácter asintomático y la falta de revisión médica periódicamente lo que provoca su rápida propagación; su principal forma de transmisión es mediante contacto sexual sin protección (coito vaginal, anal o sexo oral) con alguien que esté infectado, intercambio de líquidos corporales como sangre, semen y fluidos vaginales (exceptuando la saliva), jeringas infectadas o transfusiones y pueden ser causadas por bacterias, hongos parásitos y virus, en el último caso no son curables sólo tratables medicamente (Benavides, Castillo, López & Onofre, 2013).

Aunque algunas ITS no presentan síntomas, algunos indicadores pueden ser verrugas en genitales (VPH), úlceras con o sin dolor (herpes, sífilis o chancro blanco), secreción uretral (líquido del pene) y secreción vaginal (gonorrea o clamidia) acompañados de mal olor, picazón, dolor al orinar, lesiones en la piel y mucosas, granos, ampollas, manchas en la zona genital y dolor uretral (Municipalidad de Santiago, 2016), dolor en la parte inferior del abdomen (enfermedad pélvica inflamatoria) o pueden ser asintomáticas (VIH, gonorrea en mujer o tricomoniasis en el varón) (Secretaria de Salud del Distrito Federal, 2014). A continuación, se presentan las ITS más comunes (Secretaria de Salud del Distrito Federal, 2014; Lozano & Salinas-Quiroz, 2016):

### Por bacterias

Clamidia: causada por la bacteria *Chlamydia trachomatis*, regularmente resulta asintomática, se caracteriza por secreciones vaginales anormales, dolor en la parte baja del

abdomen en mujeres, y secreciones en el pene o dolor en los testículos en los hombres, y dolor al orinar.

Trasmisión: puede contagiarse vía sexo vaginal, oral o anal

Tratamiento: mediante antibióticos, aunque la afección puede presentarse en más de una ocasión. Pueden causar afectaciones mayores en las mujeres como infertilidad y daños al sistema reproductivo.

Gonorrea: causada por la bacteria *Neisseria gonorrhoeae* o gonococo, la mayoría de las veces es asintomática, en las mujeres puede causar secreciones vaginales, de color amarillento o verdoso, con olor desagradable o con ligero sangrado, en los hombres se puede presentar mediante secreciones blancas, amarillentas o verdosas del pene que suelen presentarse unos días después de haber sido contagiada, puede presentar dolor o ardor al orinal. Cuando es contagiada vida anal puede presentarse secreción, picazón anal, sangrado o dolor al defecar, también puede presentar molestias en la garganta si se adquiere vía sexo oral.

Transmisión: puede contagiarse vía sexo vaginal, oral o anal y mediante madre a hijo durante el parto.

Tratamiento: Se puede tratar o curar mediante medicamentos adecuados pero puede presentarse en varias ocasiones. Si no se detecta a tiempo puede tener graves afectaciones al sistema reproductivo e infertilidad en las mujeres y en hombres.

Sífilis: es causada por la bacteria espiroqueta *Treponema Pallidum*. Si no se detecta y trata a tiempo puede tener complicaciones graves en el sistema nervioso e incluso la muerte. Durante la primera fase se presentan una o varias llagas redondas de color rojo entre los primeros 10 y 90 días después de haber sido expuesto el cuerpo a la bacteria (chancro o úlcera sífilítica) que pueden no presentar dolor y desaparecer de manera espontánea, a partir de este momento si no se recibe tratamiento la bacteria puede pasar a la segunda fase, se caracteriza por la aparición de salpullidos en la boca, ano o vagina así como en las plantas de las manos y pies, puede estar acompañada de fiebre, dolor de garganta o muscular, pérdida de cabello o cansancio. Los síntomas pueden desaparecer y



volver a la primer o segunda fase al cabo de años. En la fase más avanzada puede causar daños irreversibles a nivel muscular, parálisis, ceguera y demencia y dañar diversos órganos, huesos y articulaciones.

**Transmisión:** se contagia por contacto directo con alguna úlcera sifilítica durante contacto vaginal, anal u oral y de madre a hijo al momento del parto.

**Tratamiento:** si es detectada a tiempo puede ser curada con antibióticos, de lo contrario puede llegar a causar la muerte.

#### Por parásitos

**Tricomonirosis:** es causada por el parásito *Trichomonas vaginalis*. Suele ser asintomática, pero puede causar picazón e irritación dentro del pene, cierto ardor después de eyacular u orinar, así como secreciones en el pene, en las mujeres suele presentarse picazón, enrojecimiento o dolor en sus genitales, molestias al orinar, secreción con olor inusual de color blanco, verdoso o amarillento.

**Transmisión:** comúnmente se transmite del pene a la vagina o de la vagina al pene o por contacto vagina a vagina, infectando manos, boca o ano.

**Tratamiento:** se puede curar con una sola dosis del tratamiento adecuado, aunque puede reaparecer varias veces durante la vida, de lo contrario puede durar meses o años y causar problemas durante el embarazo, así como aumentar los riesgos de contraer o propagar otras ITS.

**Vaginosis bacteriana:** se puede presentar aunque la mujer haya tenido relaciones sexuales protegidas o aún no haya iniciado su vida sexual debido a una condición donde el balance normal de las bacterias que viven en la vagina se ve alterado provocando un desequilibrio normal de las bacterias en la vagina.

**Síntomas:** puede ser asintomática o acompañarse de secreciones vaginales alteradas, con olor desagradable, dolor, ardor o comezón al orinar o en la vagina.

**Tratamiento:** su tratamiento y cura es mediante antibióticos y se puede presentar más de una vez.

Por virus

Herpes genital: es causada por el virus del herpes tipo 1 (VHS-1) y tipo 2 (VHS-2). Puede no presentar síntomas, pero cuando se presenta lo hace en forma de vesículas, ampollas o llagas alrededor de la boca, genitales o el ano, acompañadas de hormigueo, ardor, picazón o tener dolor en el sitio donde las ampollas van a aparecer periódicamente. Pueden aparecer varios brotes al año y demorar alrededor de 10 a 14 días en desaparecer, durante lo largo de la vida o cuando el sistema inmunológico está débil.

Transmisión: es transmitida mediante contacto sexual vaginal, anal u oral o por tocamientos simples como frotar, tocar y besar la región infectada y puede ser infectada de una zona del cuerpo a otra.

Tratamiento: no tiene cura, pero se trata con antivirales.

Virus del Papiloma Humano (VPH): Existen más de 40 tipos que afectan principalmente los genitales, boca y garganta de hombres y mujeres. Se caracteriza por verrugas en el área genital o en la garganta o incluso cáncer cervico-uterino en mujeres por lo que se recomienda realizarse una colposcopia al año, inclusive si se mantienen relaciones únicamente entre mujeres.

Transmisión: se adquiere mediante contacto sexual vaginal, anal y oral y mediante el contacto entre los genitales.

Tratamiento: existe una vacuna que puede ser aplicada antes de dar inicio a la vida sexual, una vez infectado se debe recibir tratamiento médico en pareja. Es la segunda causa de muerte en mujeres debido al cáncer cérvico-uterino.

VIH/SIDA: el VIH es el Virus de Inmunodeficiencia Humana que causa el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), una vez que la persona se contagia, el virus se aloja y se replica en el sistema inmunológico (grupo de células que protegen al cuerpo) destruyendo su capacidad para resistir y combatir infecciones; durante los primeros años, el VIH puede pasar desapercibido. El VIH es transmitido vía sexual, cuando se tienen relaciones sexuales orales, vaginales o anales (esta última es de mayor riesgo) sin protección, a través de la sangre, líquido pre-eyaculatorio, semen, secreciones vaginales,

sangrado menstrual, con las mucosas del cuerpo de la pareja, en la vagina y/o ano, así como en la piel del pene, también puede ser transmitido mediante transfusiones sanguíneas o trasplantes de órganos infectados con VIH, al compartir agujas o jeringas entre usuarios de drogas inyectables, hojas de afeitar o cuando ocurre un accidente hospitalario. La última forma de contagio es mediante el parto o la leche materna, aunque si se diagnostica a tiempo el bebé puede nacer sin infección por VIH, por lo cual el virus puede infectar a cualquier persona sin importar su sexo, edad o grupo social (Secretaría de Salud del Distrito Federal, 2014; Benavides, Castillo, López & Onofre, 2013). La inestabilidad económica, las normas sociales, la discriminación de género, el sexo transaccional o comercio sexual, los roles de género que muchas veces limitan la capacidad de la mujer para negociar el uso de preservativos y genera la presión hacia los hombres por probar su masculinidad, así como el hecho de que el comportamiento sexual arriesgado no tiene consecuencias inmediatas también son las causas por las que las personas adquieren este virus (Vivo, López-Peña & Saric, 2012).

**Síntomas:** El SIDA en la etapa más avanzada y sintomática del VIH. Cuando una persona lleva varios años infectada con VIH, el virus ya ha causado tal afectación que la persona empieza a contraer diversas enfermedades de tipo “oportunistas” que, en condiciones ordinarias, no harían daño, cuando se presentan el virus ya ha pasado a ser SIDA, y las afectaciones pueden ocasionar la muerte

**Tratamiento:** Se puede diagnosticar mediante diversas pruebas incluyendo las pruebas rápidas que se encuentran en diversos puntos de atención a la salud. El VIH no se cura, pero puede ser tratado, cuando se detecta a tiempo, con medicamento antirretrovirales que evitan el deterioro del sistema inmunológico evitando que este evolucione, cuando es así, la persona puede llevar una vida completamente normal. El VIH/SIDA se puede evitar recurriendo a la abstinencia sexual, a la fidelidad, no compartiendo jeringas y utilizando condones de látex en cada práctica sexual, por su parte, las personas con VIH pueden seguir teniendo una vida sexual activa y placentera, así como una buena calidad de vida siempre y cuando exista protección, se debe usar condón y tomar el tratamiento antirretroviral de forma adecuada. Es importante conocer que el VIH no se transmite por besos, abrazos, caricias o frotamientos, lágrimas, saliva, sudor, orina, ni por tocar, saludar, hablar o estar

cerca de una persona con VIH, compartir platos, vasos, cubiertos o ropa, nadar en la misma alberca, utilizar el mismo sanitario o por picadura de mosquitos (Secretaría de Salud del Distrito Federal, 2014; Benavides, Castillo, López & Onofre, 2013).

#### Factores que incrementan el riesgo de contagio de las ITS

Existen tres diferentes factores de riesgo que incrementan el contagio de las ITS, los cuales son (Secretaría de Salud del Distrito Federal, 2014):

#### Factores biológicos:

- Existen un mayor riesgo de contagio cuando la iniciación sexual se da en la adolescencia temprana o antes, en las mujeres jóvenes debido a la inmadurez de la mucosa vaginal.
- El estado inmunológico de la persona
- Debido a las mucosas de la vagina, recto o boca que hacen más fácil la infección a comparación de la piel. En este caso las mujeres son más vulnerables.
- La falta de lubricación hace más fácil la aparición de lesiones y a su vez la transmisión de infecciones
- El tener prepucio aumenta las probabilidades de infección ya que quedan surcos o espacios ocultos, aunque los hombres circuncidados también deben usar protección ya que las probabilidades no son nulas.

#### Factores conductuales:

- Tener relaciones sexuales bajo el efecto del alcohol u otras drogas
- Tener varias parejas sexuales al mismo tiempo
- Cambiar frecuentemente de parejas sexuales
- Mantener relaciones sexuales con parejas “casuales”, trabajadoras y/o trabajadores sexuales o sus clientes sin protección
- Compartir juguetes sexuales sin la higiene adecuada

- Tener relaciones sexuales con penetración sin protección
- Haber presentado ya una ITS durante el último año
- Tener relaciones sexuales bajo coerción y violencia

Factores sociales:

- Diferencias de poder: cuando existen jerarquías por factores económicos, de edad y/o culturales, en este caso las mujeres, los menores de edad o prestadores de servicio sexual o personas marginadas tienen menores posibilidades de negociación y mayores posibilidades de ser infectado
- Contextos de mayor riesgo: existen personas que debido a diversas situaciones se encuentran más vulnerables ya que se les dificulta la prevención y a que tienen menor probabilidad de acceder a la información y servicios de salud sexual como son los hombres que tienen sexo con hombres, las mujeres transgénero, las trabajadoras y trabajadores sexuales y sus clientes, hombres y mujeres que tienen múltiples parejas sexuales al mismo tiempo, personas privadas de la libertad, mujeres y hombres que viven violencia sexual, jóvenes sin información y servicios adecuados, poblaciones indígenas o marginadas, población migrante y mujeres embarazadas

En caso de contraer alguna ITS se debe acudir al médico para recibir el tratamiento adecuado, instrucciones sobre la medicación, orientación e información sobre métodos de prevención (Gobierno Del Distrito Federal, 2008). Para disminuir el riesgo de contagio de alguna ITS y/o VIH/SIDA se puede recurrir a la abstinencia si así se desea, respetar la monogamia con la pareja, usar condón correctamente en cada contacto sexual, usar lubricante, evitar la penetración en caso de lesiones o arrugas en los genitales y/o boca, recurrir a prácticas de sexo seguro que no incluyen la penetración, como caricias y la masturbación, disminuir el número de parejas sexuales, realizarse pruebas de detección de ITS, pedirle a la pareja que se los realice y conocer su estado de salud antes de tener prácticas sexuales, no tomar alcohol u otras drogas antes y durante una relación sexual, acudir al médico de forma periódica y en caso de presentar síntomas o manifestaciones de

infección en los genitales, ano o boca y evitar compartir jeringas y aparatos de higiene personal (Secretaria de Salud del Distrito Federal, 2014).

### Métodos Anticonceptivos

Son objetos, sustancias y procedimientos que tienen como función principal evitar un embarazo o una ITS; permiten tomar decisiones oportunas y adecuadas sobre la reproducción de manera libre, responsable e informada además de ser un ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos y una forma de mantener una buena salud (Gobierno Del Distrito Federal, 2008).

Algunos efectos secundarios negativos que pueden generar los anticonceptivos son baja del deseo sexual, náuseas matutinas, dolor en los senos en días cercanos a la menstruación, retención de líquido y ansiedad, sin embargo, también existen efectos beneficiosos como regularizar la menstruación, disminuir el dolor y la abundancia, mejorar el acné y disminuir el vello corporal. En caso de no utilizar ningún método durante una relación sexual las probabilidades de un embarazo aumentan hasta un 85 % (Municipalidad de Santiago, 2016).

Existen tres tipos de métodos (Secretaria de Salud del Distrito Federal, 2014; Gobierno Del Distrito Federal, 2008):

Tabla 1. Lista de métodos anticonceptivos

Métodos Anticonceptivos						
	Método y efectividad	Formas de duración	uso y	Contra Indicaciones	Ventajas	Inconvenientes
H o r m o n a	Pastillas *sin datos- 75%	Comprende los ciclos en los que se toman las tabletas		Durante los 6 meses después de parto y lactancia Embarazo Enfermedades del corazón o sistema circulatorio	Alta efectividad La mujer se puede volver a embarazar Normaliza la menstruación y disminuye	No protege contra ITS/VIH/Sida Debe usarse diariamente Nauseas, dolor de cabeza y variaciones de

l e s			Cáncer de mama, útero o tumores Enfermedades de riñón	molestias	peso No se aconseja tomarlas por más de 6 a 8 años antes del primer embarazo
Inyectables (99.95%- 97%)	Inyección Su protección se extiende hasta por 30 días	Durante los 6 meses después de parto y lactancia Embarazo Mismas que el método anterior	Uso confiable Sólo se aplica una vez al mes Mismas que la anterior	No protege de ITS ni de VIH/Sida Puede producir náuseas, dolor de cabeza y trastornos en la menstruación	
Implante Subdérmico (99.95- 99.95)	Pequeño tubo del volumen de un cerillo que se coloca en la cara interior del brazo Tan efectivo como la esterilización al menos por 5 años	Se puede presentar náuseas, cambios en el ciclo, acné, aumento de peso y depresión Puede tardar hasta un año retomar el ciclo normal y la fertilidad	Alta efectividad comprobada Leve incremento en el porcentaje de fallas si la mujer pesa 90kg o más	Procedimiento quirúrgico Elevado costo inicial No protege contra ITS	
Parche anticoncepti vo (97.7-92)	Se adhiere a la piel y su duración es de una semana por cada parche	Posible irritación cutánea Cambios en el peso y sangrado menstrual, sensibilidad mamaria	Una vez prescrito el uso es controlado por la mujer	Requiere prescripción No protege contra ITS El parche se puede desprender	
Pastillas anticoncepti vas de emergencia (sin datos- 75)	Brindan protección hasta 72 horas después de la última relación sin protección	No existen	No afecta el organismo siempre y cuando sea utilizado con frecuencia	No se puede utilizar como método de rutina Deben ser tomados todos los días a la misma	

					No es abortiva hora ya que evita la ovulación	No protege contra ITS ni VIH/Sida Náuseas, dolor de cabeza, vómito
B a r e r a	Dispositivo intrauterino (DIU) (99.4-99.2)	Se inserta en el útero de la mujer Duración aproximada de 10 años	Embarazo sospecha embarazo Útero histerotomía menos de 6 cm Patología deforme cavidad uterina	o de años con el acto sexual que la afecta fertilidad	Puede utilizarse hasta por 10 años No interviene con el acto sexual Es fácil de quitar y no afecta la fertilidad	No protege contra VIH/Sida Puede causar menstruación con más sangrado Examen ginecológico previo Puede causar dolor al insertarlo
	Condón masculino (98-85)	Se coloca en el pene erecto antes del contacto genital Su duración está limitada al acto sexual	Alergia hipersensibilidad al látex o al espermicida que lo acompaña	o al que	Previene ITS/VIH Sida y embarazos no deseados No ocasiona problemas de salud Es fácil de conseguir, usar y llevar Existen diversas presentaciones	Uso incorrecto Irritación en personas alérgicas al látex Se debe usar un condón nuevo con cada contacto sexual
	Condón femenino (95-79)	Se introduce en la vagina hasta 8 horas antes de la relación sexual			Previene ITS/VIH Sida y embarazos no deseados No ocasiona problemas de salud Permite a la	Son más difíciles de conseguir Son un poco más caros que los condones masculinos



---

				<p>mujer estar ya preparada para el acto sexual sin interrumpirlo</p> <p>Permite a la mujer responsabilizarse por su salud y sexualidad</p> <p>El anillo exterior puede estimular al clítoris</p>	
N	Ritmo	Basados en el ciclo	Dependen de la	No tiene costo	No previene
a	(abstinencia	ovárico y en la vida del	regularidad del		ITS/VIH/Sida
t	periódica):	óvulo y el ciclo			Su efectividad es
u	Calendario	espermatozoide.			baja pues requiere
r	solo (91-75)	Su objetivo es			un buen
a	Moco	restringir la actividad			conocimiento del
l	cervical	sexual durante el			manejo del ciclo
e	(Billings)	periodo fértil de la			menstrual
s	solo (97-75)	mujer.			Pocos médicos
	Temperatura				pueden enseñar
	basal solo				las técnicas
	(99-75)				necesarias para
	Combinado				seguirlos.
	(moco,				
	calendario y				
	temperatura)				
	(98-75)				
	Coito				
	interrumpido				
	(retiro)				
	(96-73)				

---

---

O t r o s	Espermicidas (82-71)	Se aplican en la vagina mediante cremas, óvulos y espumas en aerosol. Su efecto dura hasta una hora.	Hipersensibilidad a algunos de los componentes de la fórmula.	No provocan problemas secundarios. Son fáciles de llevar.	No previene ITS/VIH/Sida. Puede causar alergias. Debe utilizarse una nueva aplicación en cada relación sexual.
D e f i n i t i v o	Vasectomía	Operación que consiste en el corte de los conductos que transportan los espermatozoides.	Criptorquidia. Antecedentes de cirugía escrotal y testicular. Disfunción eréctil.	Sencilla de realizar. No afecta la potencia sexual. Segura. No hay efectos negativos.	No previene ITS/VIH/Sida. Permanente. Algunas molestias durante la operación. Se debe esperar tres meses para la esterilidad total.
s	Salpingo-clasia	Operación que consiste en amarrar y cortar las trompas de Falopio.	Enfermedad inflamatoria pélvica activa.	Efectiva. No afecta las relaciones sexuales. No causa efectos negativos a la salud.	No previene ITS/VIH/SIDA. Molestias después de la operación. Requiere reposo de mínimo un día.

---

\*porcentaje de efectividad según su uso perfecto y uso típico

Algunos anticonceptivos pueden traer desventajas y efectos secundarios, todo dependerá de las características de la persona como por ejemplo su estado de salud, la edad, la frecuencia de relaciones sexuales y su correcta utilización por lo cual se requiere ir al médico y conocer cuál es el más indicado (Gobierno Del Distrito Federal, 2008).

La mayoría de los métodos temporales pueden ser utilizados para los jóvenes, los más efectivos resultan ser los hormonales (pastillas, inyecciones, implantes) y el dispositivo intrauterino (DIU), es recomendable además de estos, utilizar el condón para evitar una ITS o VIH (Gobierno Del Distrito Federal, 2008).

Pastillas anticonceptivas de emergencia: se usan cuando una pareja no uso algún método anticonceptivo, se haya roto el condón, en caso de violación, o en caso de olvido de las pastillas anticonceptivas regulares. Se llaman anticonceptivos de emergencia porque no se deben usar de forma regular, además de que sólo previenen embarazos no deseados, actúan de diferentes formas, dependiendo del momento del ciclo menstrual de la mujer; puede detener la liberación del óvulo o impedir la fecundación, entre más rápido se tome, mayor será la efectividad (Gobierno Del Distrito Federal, 2008).

#### Condón masculino

Es importante conocer qué tipo de condón se puede usar en cada encuentro sexual, por ejemplo, cuando se tiene sexo anal el condón es sometido a mayor esfuerzo por lo que se recomienda usar un condón más grueso (reforzado) y con suficiente lubricante, cuando se tiene sexo oral es recomendable usar un condón con saborizante artificial y menor grosor para garantizar una mayor sensibilidad (PROFECO, 2004, como se citó en Robles, Enríquez, Sánchez, Olvera & Cabrera, 2007).

De acuerdo a los diversos autores revisados por Robles, Enríquez, Sánchez, Olvera y Cabrera (2007) y Benavides, Castillo, López y Onofre (2013) se presenta a continuación un listado de los pasos para el uso correcto del condón masculino:

- Revisar que el condón sea de látex
- Revisar la fecha de caducidad antes de usar cualquier condón para evitar que se rasguen o rompan
- Revisar que el paquete tuviera una burbuja de aire
- Bajar el condón antes de abrir el paquete
- Abrir sin dañar con uñas, anillos, dientes u objetos punzocortantes

- Sacar y observar la dirección en que se desenrolla
- Colocarse en el pene erecto antes de cualquier penetración vaginal, anal u oral
- Colocar en el glande el condón del lado correcto, apretando la punta. Es importante colocarlo del lado correcto ya que si el hombre está infectado con alguna ITS, es probable, que si el condón se pone por el lado equivocado, la bacteria patógena se quede en esa parte del condón y al voltearlo para colocarlo correctamente, el hombre ponga directamente en contacto la bacteria patógena con la piel de la otra persona
- Presionar la punta del condón para expulsar el aire y dejar espacio para que el semen quede depositado
- Si un joven no está circuncidado puede jalar para atrás su prepucio. Si un joven que no esté circuncidado y no puede jalar el prepucio hacia atrás, puede colocar el condón sobre el prepucio
- Desenrollarse hasta la base del pene
- Es aconsejable lubricar el condón una vez puesto para facilitar la penetración, cuidando que sean lubricantes a base de agua
- Durante la penetración, revisar que el condón siga en el borde del pene
- Después de eyacular, antes de que la erección disminuya, hay que retirar el condón con ayuda de papel higiénico jalándolo sin desenrollar desde la base del pene
- Comprobar que no se ha roto, anudar y tirarlo a la basura, nunca al WC
- Usar uno nuevo cada vez que se tenga una relación sexual
- Practicar antes de usarlo por primera vez

### Condón femenino

Es como una bolsa plástica, de material suave, y se introduce en la vagina a manera de una manga tapando el cuello del útero y quedando una parte por fuera cubriendo los genitales y ayuda a prevenir embarazos no deseados e ITS. Los pasos correctos para el uso del condón femenino son (Secretaría de Salud del Distrito Federal, 2014):

- Revisar la fecha de caducidad antes de usar cualquier condón para evitar que se rasguen o rompan

- Revisar que el paquete tuviera una burbuja de aire
- Empujar el condón hacia un lado del sobre para que no se rasgue. Abrir el paquete con cuidado, usando únicamente las yemas de los dedos. El condón para mujer es un tubo con dos arillos flexibles, uno en cada extremo. Localizar el arillo que está en el extremo cerrado del condón
- Al momento de colocar se debe encontrar una posición confortable, puede ser parada con un pie sobre una silla. Se debe doblar el arillo que está en el extremo cerrado del condón, en forma de ocho; introducirlo suavemente en la vagina, empujándolo con el dedo hasta pasar el hueso púbico. El condón se adaptará y acomodará a los pliegues de la vagina. Asegurarse de que el arillo exterior quede en la entrada de la vagina cubriendo la vulva (normalmente unos dos centímetros del condón quedarán por fuera de la vagina), el pene se introducirá por el arillo
- Al terminar la relación sexual, se debe girar el arillo externo para evitar que se escurran los fluidos que quedaron dentro y se jala suavemente para sacarlo de la vagina. Se envuelve en papel de baño y se tira a la basura. Sólo se puede usar una vez
- Es importante que la mujer practique como colocarlo antes de la relación sexual o se puede pedir ayuda a la pareja

Por último, es importante mantener una buena higiene, algunas recomendaciones importantes de autocuidado en la sexualidad son (Gobierno del Distrito Federal, 2008; Municipalidad de Santiago, 2016):

- Mantener una higiene constante en los órganos sexuales utilizando jabón neutro y agua tibia, no se recomiendan las duchas vaginales debido a que destruyen las bacterias que normalmente se encuentran en la vagina, los hombres por su parte deben limpiar todo el pene, retirando hacia atrás el prepucio para poder llegar al glande.
- Utilizar ropa interior limpia diariamente, no muy apretada y de algodón por ser más absorbente y suave.
- Hacer un autoexamen periódico de pechos y genitales.

- Evitar las prácticas sexuales de riesgo.
- Llevar a cabo prácticas sexuales seguras.
- Aprender a reconocer el cuerpo, la textura, color y olor de las secreciones vaginales, semen o líquido pre eyaculatorio.
- Conocer e identificar los principales síntomas de las infecciones sexuales.
- Acudir al médico constantemente.
- Reconocer que se es el único responsable de las decisiones y prácticas sexuales.

### **Vinculación Afectiva**

El último holón es el de la vinculación afectiva, Rubio (2002) la define como *la capacidad humana de desarrollar afectos intensos (resonancia afectiva) ante la presencia o ausencia, disponibilidad o indisponibilidad de otro ser humano en específico, así como las construcciones mentales, individuales y sociales que de ellos se derivan.*

La vinculación afectiva está relacionada directamente con la capacidad de sentir afecto por alguien más y las construcciones mentales y sociales alrededor de los mismos, entre los que se encuentran el amor romántico, el enamoramiento y los patrones de vinculación (apego), la creación e institucionalización de las relaciones de pareja (Gobierno Del Distrito Federal, 2008), pero también incluirá el desapego y el dolor que se experimenta ante el abandono, estas experiencias pueden ser explicadas mediante la resonancia afectiva que se hace presente por la interacción entre los otros holones ya que los seres humanos nos vinculamos gracias a los afectos provocados por los demás, por lo tanto, el amor es una forma ideal de vinculación (Rubio, 2002).

### **La Familia**

El primer vínculo de una persona al nacer es el de la madre y posteriormente los demás miembros de la familia, es dentro de ella que se conoce el mundo y se aprende a relacionarse con otras personas, cuando un hijo o hija entra a la etapa de la adolescencia los intereses pueden cambiar y hay un desequilibrio en la dinámica familiar, cuando no se

reestablece la armonía muchas veces los jóvenes tratan de salir de casa llevando a cabo un matrimonio precoz, teniendo un embarazo que pueda sustituir la necesidad de compañía, o escapar de la situación consumiendo sustancias tóxicas como alcohol o drogas por lo que es importante trabajar con este rubro (Gobierno Del Distrito Federal, 2008).

### Amistad

Las relaciones de amistad en esta etapa se caracterizan por la confianza y el respeto, así como una forma de compartir experiencias, conocimiento y sentimientos de querer, quererse y ser querido contribuyendo positivamente en la autoestima personal y la identidad del individuo mediante un amor fraternal, desinteresado, sin apego y que genera bienestar (Secretaria de Salud del Distrito Federal, 2014; Gobierno Del Distrito Federal, 2008).

Saber elegir a los amigos requiere tiempo y experiencia, lealtad, compañía, respeto y tolerancia por la diversidad de gustos o pensamientos que la otra persona pueda tener; de acuerdo a las necesidades e intereses de cada persona es que se sentirá mejor o no en un grupo de amigos (Gobierno Del Distrito Federal, 2008).

### Noviazgo

Collins (2003, como se citó en Zani & Cicognani, 2006) menciona que las relaciones románticas pueden ser definidas como interacciones voluntarias, de mutuo acuerdo, que tienen una intensidad particular y que pueden tener expresiones de afecto, físicas y relaciones sexuales en algún momento.

Este tipo de sentimientos de fijación hacia otra persona pueden aparecer desde la infancia, aunque suelen ser más identificados a partir de la adolescencia temprana (9 a 11 años) dando lugar a lo que posteriormente se convertirán en relaciones amorosas más estructuradas. En muchos casos aparecen como sentimientos que no se expresan tan fácilmente, estar enamorado durante los primeros años de adolescencia se suele relacionar con lo incierto o quedarse en el terreno de lo fantasioso, con el tiempo, los sentimientos relacionados con estar enamorados comienzan a ser más específicos, en la adolescencia

tardía el 86 % de los adolescentes mencionan ya haber estado enamorados (Hedrick & Hendrick, 1986, como se citó en Zani & Cicognani, 2006).

Brown (1999, como se citó en Zani & Cicognani, 2006) desarrolla cuatro fases respecto al inicio de la atracción y las relaciones amorosas en el individuo, sin olvidar que pueden existir variaciones culturales como la familia, los compañeros, los medios de comunicación y las tradiciones:

- Inicio: durante la pubertad se desarrolla un mayor interés por el otro, las relaciones de tipo amoroso y sexual se basan no tanto en la otra persona, sino en ampliar el concepto que se tiene de uno mismo con el objetivo de incluir a otro compañero amoroso y ganar confianza en la capacidad de atraer a alguien más. Las relaciones pueden ser superficiales y de corta duración, pero no por eso no son muy satisfactorias.
- Estatus: a medida que se gana confianza en uno mismo para relacionarse con el otro, la atención pasa de sí mismo a la conexión que se puede establecer con el otro, así mismo, el tener una pareja hace que el adolescente o la adolescente forme parte de otro estatus como el de la popularidad o el de ser mejor aceptado.
- Afecto: con el tiempo, los adolescentes van ganando más confianza y desarrollando más y mejores habilidades al momento de adentrarse a un nivel más profundo en las relaciones, al mismo tiempo que la presión social disminuye, las relaciones románticas se vuelven más gratificantes emocional y sexualmente.
- Emparejamiento: durante los últimos años de adolescencia y los primeros de adultez se busca constituir una relación más estable y con objetivos a largo plazo, la decisión más importante es decidir cuándo y con quién hacerlo, la meta durante estos años es juntarse o llegar al matrimonio.

Las citas, muy importantes durante la adolescencia, pueden ser descritas como un proceso que involucra diferentes fases que van cambiando la calidad en la relación (McCabe, 1984, como se citó en Zani & Cicognani, 2006), en este punto puede ocurrir la atracción sexual, que se presenta a más temprana edad en los chicos que en la chicas, pero que puede culminar en los primeros encuentros sexuales para ambos, algunas de las motivaciones que tienen los adolescentes para buscar pareja es la de tener un apoyo



afectivo en la adolescencia tardía. Por su parte el desarrollo en parejas del mismo sexo se ha visto afectado debido a los prejuicios que aún se tiene en la mayoría de las sociedades, aunque esto va disminuyendo a medida que los jóvenes se van comprometiendo más.

Durante este proceso los padres se vuelven pieza fundamental, la mayoría de los padres tiene a subestimar las primeras relaciones de los jóvenes, dejando a un lado la importancia o impacto afectivo que los rompimientos puedan generar en ellos. Las madres de los adolescentes suelen reaccionar de forma más positiva o negativa a diferencia de los padres que suelen reaccionar de forma más superficial o dependiendo del estatus económico del que se provenga, por ejemplo, los padres de estrato socioeconómico bajo suelen estar más consternados respecto a las relaciones con sus hijas debido a que piensan que las decisiones que ellas puedan tomar pueden estar más afectadas por la pareja de sexo masculino. En general, los padres suelen pensar que sus hijos a esta edad no están preparados para tener una relación (Zani & Cicognani, 2006).

Las salidas pueden tener efectos positivos en los adolescentes debido a que pueden volverse más autónomos y ayudar a comprender mejor su identidad personal, brindarles la oportunidad de auto regularse, encontrar otras motivaciones y tener mejor autoestima (Samet & Kelly, 1987; Zani, 1993, como se citó en Zani & Cicognani, 2006). Las citas a temprana edad pueden ser perjudiciales para la salud mental de los jóvenes, sin embargo, en grado moderado pueden ser más beneficiosas que perjudiciales (Steinberg, 2002, como se citó en Zani & Cicognani, 2006).

Las preocupaciones cambian según el género, los chicos suelen estar más preocupados sobre los mecanismos de la sexualidad mientras que la preocupación de las chicas son las relaciones asimismo se aferran más a ideas de tipo romántico, fidelidad, etc. En la etapa media de la adolescencia suelen buscar relaciones más románticas y estables, mientras que los hombres se ocupan más por el lado sexual, las chicas aspiran encontrar al chico y el tiempo adecuado (Breakwell, 1997, como se citó en Zani & Cicognani, 2006).

### Enamoramiento y amor

El amor es un proceso individual y personal, que implica sentimientos y muchas veces confusión especialmente durante la adolescencia y juventud. Inicia con la atracción física que no necesariamente es voluntaria pero que puede crecer hasta convertirse en un sentimiento más profundo, se diferencia de la atracción porque la primera a veces es pasajera, mientras que el enamoramiento se da cuando ya hay un vínculo establecido entre las dos personas que va creciendo mediante las experiencias adquiridas y con una comunicación eficaz (Secretaría de Salud del Distrito Federal, 2014).

Existen diferentes tipos de amor, mitos y relaciones, Benavides, Castillo, López y Onofre (2013) mencionan que un noviazgo positivo se caracteriza por respeto mutuo en la pareja, confianza, diálogo, autocontrol de las emociones, acercamiento, fidelidad, autonomía, autoestima, libertad de decisión, colaboración, felicidad y comprensión, mientras que un noviazgo negativo se caracteriza por falta de apoyo, sumisión, debilidad, docilidad, subordinación, falta de respeto y diálogo, infidelidad, sensación de superioridad, presión, falta de empatía, machismo, falta de dignidad, indecisión y baja autoestima.

### Violencia

La Organización Mundial de la Salud (2000) define la violencia como “uso intencional de la fuerza o del poder físico, hecho o como amenaza, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas posibilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones”.

Los grupos sociales que se ven más afectados por la violencia son las mujeres, las niñas y los niños, personas con discapacidad, de la tercera edad y diversas etnias. Existen diversos tipos de violencia (Secretaría de Salud del Distrito Federal, 2014; Gobierno Del Distrito Federal, 2008):

- **Violencia Física:** se ejerce mediante el cuerpo dejando cicatrices, enfermedades, lesiones leves o severas e inclusive la muerte.
- **Violencia Psicológica:** prohibiciones, coacciones, condicionamientos, amenazas, intimidaciones, actitudes devaluatorias y abandono.

- **Violencia Verbal:** insultos, gritos, palabras hirientes, ofensas, descalificaciones, humillaciones, amenazas y “piropos” ofensivos entre otras.
- **Violencia Sexual:** actos sexuales impuestos hacia cualquier persona, sin su consentimiento como son prácticas sexuales no deseadas o que generen dolor, exhibición de los órganos sexuales externos, tocamientos íntimos o roces, penetración por la boca, vagina o ano sin consentimiento de la otra persona. Este tipo de abuso es más común de lo que se cree, pero permanece en silencio muchas veces.
- **Violencia Económica:** castigar a través del control del dinero y bienes materiales.
- **Violencia Femicida:** violencia de género hacia las mujeres que puede llevar a su muerte por el simple hecho de ser mujeres.

#### Violencia en el noviazgo

Muchas veces la violencia en el noviazgo puede ser invisible (psicológica, económica o moral), al principio de la relación es difícil reconocerla debido a la etapa de enamoramiento (Gobierno Del Distrito Federal, 2008).

Los celos pueden ser una emoción intensa, natural y controlada si hay una puerta de comunicación en la relación que permita aclarar las dudas y confusiones que toda persona experimenta cuando ama y está enamorada, de lo contrario se puede dañar la libertad del otro y convertirse en un signo violento de dominio hacia la otra persona. Frases como “¿Con quién estabas?, Te celo porque te quiero, ¿No crees que estás muy maquillada?, ¿Vas a salir vestida así?, ¿Serías capaz de demostrarme tu amor? o Deberías dedicarme más tiempo a mí que a tus amigas” pueden ser formas de violencia y hay que trabajarlas con los adolescentes (Gobierno Del Distrito Federal, 2008).

La violencia sexual se puede evitar o detener de la siguiente manera (Secretaria de Salud del Distrito Federal, 2014; Gobierno Del Distrito Federal, 2008):

- No obligando a nadie ni dejarse obligar a tener relaciones sexuales ni cualquier contacto físico que atente contra su dignidad o la propia.
- No mentir para obtener relaciones sexuales.

- Evitar tomar decisiones cuando se está bajo el influjo de alcohol o drogas o cuando la otra persona se encuentra en esta condición, puede llevar a una ITS, embarazo no deseado o quedar involucrado en un delito sexual.
- Evitar solapar una violación e informarla a las autoridades.
- No asumir que se sabe lo que la otra persona quiere, porque probablemente no sea así, además es importante respetar la voluntad de la otra persona.
- “No” significa No, es falsa la creencia de que cuando una mujer dice “No” realmente dice “Sí”. No hay que subestimar a la otra persona.
- Expresar los sentimientos y deseos, la comunicación afectiva se ha negado en la cultura, sin embargo, es una forma de mejorar las relaciones.
- Hablar con respeto de las propias experiencias sexuales.
- Si se busca trabajo verificar la autenticidad de las ofertas y cuidar con quién se relaciona en las redes sociales
- Las relaciones sexuales no son batallas que se ganan, sino que se construyen.

Lo que caracteriza a una relación saludable es el respeto, la negociación, la igualdad, la equidad y la justicia, la aceptación de las diferencias, las responsabilidades compartidas y el comportamiento libre de amenazas (Secretaría de Salud del Distrito Federal, 2014).

Así mismo es importante saber lo que se espera de la otra persona y decirlo de forma asertiva. La comunicación verbal y no verbal siempre es valiosa para poder expresar lo que se siente, lo que se desea, las metas y los miedos de cada quién, cada persona, sin importar su orientación o preferencia sexual, todos y todas tienen la libertad de actuar y decidir respecto a sus parejas. Es importante considerar lo que se comunica a la pareja, las palabras que se eligen, el tono de voz, la comunicación no verbal, procurar un tono sereno y elaborar acuerdos que dejen claras las necesidades y obligaciones de cada quién. El noviazgo es para disfrutarlo, puede durar días o años, así que la incomodidad o inclusive cualquier tipo de violencia es un indicador importante para decidir terminar la relación (Gobierno Del Distrito Federal, 2008).

La Organización Panamericana de la Salud (2009) y la Organización Mundial de la Salud mencionan que algunas situaciones preocupantes relacionadas con la vinculación afectiva que pueden dañar la salud sexual son:

- Necesidad de estar libre de relaciones libres de explotación, manipulación, relaciones coercitivas o de manipulación
- Necesidad de obtener información acerca de la elección de opciones y estilos de vida familiares
- Necesidad de contar con destrezas en relación con toma de decisiones, comunicación, seguridad en sí mismo y negociación, que permitan mejorar las relaciones personales
- Necesidad de lograr una expresión respetuosa y responsable del amor y la intimidad y prevención de cuidado adecuado del desajuste y la aflicción de la pareja.

### **3.1.2 Habilidades para la vida**

El enfoque de habilidades para la vida es igualmente importante en la ESI, como ya se observó, puede ser mucha información teórica para los jóvenes y ha quedado demostrado que toda esta información no es suficiente, por lo que las habilidades para la vida forman un pilar fundamental en este proceso de aprendizaje, no sólo durante los talleres sino para la vida diaria y en el caso de la educación sexual, son fundamentales para evitar caer en conductas sexuales de riesgo.

Mangrulkar, Vince y Posner (2001) señalan que el enfoque de habilidades para la vida es fundamental debido a que satisfacen en forma específica las necesidades de los niños y jóvenes que están creciendo en condiciones desventajosas y que carecen de oportunidades para desarrollar dichas destrezas debido a que permiten adquirir las aptitudes necesarias para el desarrollo humano y para enfrentar en forma efectiva los retos de la vida diaria actuando como mediadores de la conducta, especialmente en la adolescencia, es decir, las habilidades para la vida se refieren a las destrezas psicosociales que permiten

enfrentar con éxito las exigencias y desafíos de la vida diaria (Gobierno Autónomo Municipal de la Paz, 2017).

Pueden retrasar el inicio del uso de drogas, prevenir conductas sexuales de alto riesgo, enseñar a controlar la ira, mejorar el desempeño académico y promover el ajuste social positivo desde la infancia ya que las habilidades de aptitud social y solución de problemas son importantes debido a que definen a un niño de carácter fuerte (Mangrulkar, Vince & Posner, 2001).

Se ha encontrado que las habilidades sociales, cognitivas y de control de emociones son componentes esenciales para el desarrollo saludable en la niñez y adolescencia y son necesarias para lograr una transición exitosa de la niñez a la edad adulta y han demostrado ser más eficaces en comparación con los programas que se enfocan únicamente en la transferencia de información (Mangrulkar, Vince & Posner, 2001). En el ámbito de la salud, las habilidades para la vida aunado a conocimientos sobre higiene nutrición y alimentación tiene efectos positivos en el cambio hábitos mejorando las condiciones de vida a nivel personal y en las comunidades y constituyen un arma poderosa para disminuir las barreras al acceso de salud (Pick, García & Leenen, 2010).

Para enseñar habilidades para la vida en la comunidad adolescente es necesario conocer el desarrollo en esta etapa ya que ayuda a poder desarrollar un programa de acuerdo a sus necesidades específicas (Gilligan, 1988, cit, en Mangrulkar, Vince & Posner, 2001).

Las habilidades sociales deben contener habilidades de comunicación, de negociación y rechazo, de aserción, interpersonales, cooperación, empatía y toma de perspectivas; las habilidades cognitivas desarrollan habilidades de toma de decisiones y solución de problemas, comprensión de las consecuencias de las acciones, habilidades de pensamiento crítico, análisis de la influencia de los pares y de los medios de comunicación, análisis de las propias percepciones y las normas y creencias sociales y autoevaluación y clarificación de valores; por último, las habilidades para el control de las emociones debe incluir habilidades para aumentar el locus de control interno (manejo de sí mismo,

monitoreo de sí mismo) y control de estrés y de sentimientos, incluyendo la ira (Mangrulkar, Vince & Posner, 2001).

Mangrulkar, Vince & Posner (2001) dividen las habilidades para la vida en tres, habilidades sociales, habilidades cognitivas y habilidades para enfrentar emociones:

- **Habilidades sociales:** Los años de la adolescencia representan una época muy desafiante, ya que las relaciones con los padres, los pares y otras personas se hacen muy complejas. Las interacciones sociales efectivas son un factor crítico para funcionar exitosamente en el hogar, en la escuela y en el trabajo.

Benavides, Castillo, López y Onofre (2013) indican que existen dos tipos:

- **Habilidades sociales básicas:** escuchar, iniciar conversación, mantener una conversación, formular una pregunta, dar las gracias, presentarse, presentar a otras personas, hacer un cumplido, pedir un favor.
- **Habilidades sociales avanzadas:** pedir ayuda, participar, dar instrucciones, seguir instrucciones, disculparse, convencer a los demás.

Se ha encontrado que los problemas relacionados con la actividad sexual del adolescente están asociados con la falta de habilidades de comunicación, habilidades de aserción y habilidades para la solución de problemas; por lo que, en el área de prevención de conductas sexuales de alto riesgo, las intervenciones han combinado el conocimiento basado en la educación con la capacitación en habilidades sociales, incluyendo la enseñanza de la negociación y el rechazo para producir cambios, y la conducta anticonceptiva de los adolescentes.

- **Habilidades cognitivas:** La “solución de problemas” se identifica como un curso de acción que cierra la brecha entre la situación actual y una situación futura deseable. Este proceso requiere que quien toma la decisión sea capaz de identificar diferentes cursos de acción o solución a un problema, y determinar cuál es la mejor alternativa de solución (Beyth-Marom, 1989, como se citó en Mangrulkar, Vince & Posner, 2001).

Los jóvenes necesitan “aprender cómo pensar, y no solamente qué pensar” (Shure & Healey, 1993, como se citó en Mangrulkar, Vince & Posner, 2001), por lo que requieren aprender habilidades de planificación (Benavides, Castillo, López & Onofre, 2013) como son la capacidad de reflexionar, autoevaluarse, aprender el valor de las propias acciones, tomar la iniciativa, identificar la causa de un problema, establecer un objetivo, recoger información, resolver los problemas según la importancia, concentrarse en una tarea, identificar cualidades propias y de los demás, así con la expectativa o el grado al que uno espera que sus esfuerzos den resultado debido a que las personas que creen que son causalmente importantes en sus propias vidas tienen una tendencia a “participar en conductas más proactivas, más constructivas y saludables, las cuales se relacionan con resultados positivos” (Shure & Healey, 1993, como se citó en Mangrulkar, Vince & Posner, 2001).

La investigación llevada a cabo por Tyler (1991, como se citó en Mangrulkar, Vince & Posner, 2001) correlaciona este tipo de pensamiento con conductas tales como dejar de fumar, el uso de anticonceptivos entre las mujeres y los logros académicos. Controlar opciones difíciles, especialmente bajo condiciones de estrés, involucra las habilidades de pensamiento cognitivo (identificación de asuntos o problemas, determinación de metas, generación de soluciones alternativas, imaginación de posibles consecuencias) y habilidades para enfrentar emociones (Elias y Kress, 1994, como se citó en Mangrulkar, Vince & Posner, 2001).

- Habilidades para enfrentar emociones: las habilidades para enfrentar emociones desarrollan el fortalecimiento del locus de control interno o creer en el control personal y la responsabilidad por la vida propia y en una expectativa generalizada de que las acciones propias serán apoyadas.

Estas habilidades enseñan a los adolescentes a retrasar la gratificación de premios a corto plazo, poner los esfuerzos personales al servicio de la actualización de metas y buscar ayuda en momentos de angustia. Aun cuando los patrones de pensamiento constituyen un determinante importante del centro de control, aquí radica la importancia que tiene la



motivación para establecer metas e iniciar labores y perseverar en la tarea (Mangrulkar, Vince & Posner, 2001). Una de las técnicas usadas respecto a las habilidades cognitivas es la relajación, dirigida al despertar fisiológico y se centra en mejorar las habilidades de control emocional enseñando a los jóvenes a calmarse para que sean más capaces de pensar y manejar en forma efectiva la frustración y la provocación (Deffenbacher, 1996, como se citó en Mangrulkar, Vince & Posner, 2001).

La investigación y la teoría defienden la incorporación de ciertos contenidos en un programa de habilidades: percepciones (por ejemplo, niveles reales frente a niveles percibidos del uso de drogas por parte de los pares), estereotipos (por ejemplo, predisposición contra el género en los medios de comunicación), estadísticas comunitarias (por ejemplo, el nivel de voluntariado entre los adolescentes), información de salud (por ejemplo cómo utilizar un condón) e información sobre cómo buscar ayuda o recursos en la comunidad (por ejemplo, dónde conseguir consejería gratuita para la depresión). Los programas basados en la teoría de la influencia social tratan en forma efectiva las actitudes de los jóvenes acerca de conductas específicas, tales como el uso de marihuana y los programas de capacitación de habilidades para la vida (Mangrulkar, Vince & Posner, 2001).

Benavides, Castillo, López y Onofre (2013) mencionan que para hacer frente a estas adversidades se debe conocer e identificar los sentimientos, saber expresarlos, comprender los sentimientos de los demás, enfrentarse con el enfado del otro, expresar afecto, resolver el miedo y saber autorecompensarse, estos mismos autores señalan que además existen otros dos tipos de habilidades referentes a las emociones:

Habilidades alternativas a la agresión: pedir permiso, compartir algo, ayudar a los demás, negociar, emplear el autocontrol, defender los propios derechos, evitar los problemas con los demás, no entrar en pelea.

Habilidades para hacer frente al estrés: formular una queja, responder una queja, responder a la persuasión, responder al fracaso, hacer frente a las presiones del grupo, prepararse para una conversación difícil.

En el terreno de la Salud Sexual y Reproductiva las habilidades para la vida deben contener información acerca de ITS, VIH/SIDA, mitos y concepciones equivocadas acerca de los roles del género, la imagen corporal perpetuada por los medios de comunicación, equidad del género (o falta de ella) en la sociedad, influencias sociales con relación a las conductas sexuales, noviazgos y relaciones, información acerca de la anatomía sexual, pubertad, concepción y embarazo, embarazo de adolescentes y métodos alternativos de control de la natalidad (Mangrulkar, Vince & Posner, 2001).

La investigación y la teoría muestran que no sólo el enfoque de habilidades para la vida es más efectivo por el uso de métodos de enseñanza interactivos, sino que las habilidades aprendidas a través de la interacción, el uso de los juegos de rol, los debates abiertos, las actividades en grupos pequeños y otras técnicas son parte integrante del enfoque, los pasos a seguir son (Mangrulkar, Vince & Posner, 2001):

- Se debe hacer promoción de los conceptos de habilidades: definición de los conceptos de habilidades, generación de ejemplos, tanto positivos como negativos, promoción del ensayo verbal y corrección de conceptos erróneos.
- Se debe trabajar con la adquisición y desempeño de habilidades que contienen: oportunidades de ensayos dirigidos, evaluación del desempeño y retroalimentación y recomendaciones sobre acciones de corrección; para su correcto aprendizaje deben tener una fase de mantenimiento/generalización en las que se deben enseñar a utilizar ensayos autodirigidos y autoevaluación y adaptación de las habilidades

Las técnicas que se deben llevar a cabo para un aprendizaje dinámico son: juegos de rol, análisis de situación, trabajo en grupo pequeño, debates, ensayo de uno a uno, mapeo de decisiones o árbol de problemas, análisis de contenido literario, ejercicios de relajación y formación de confianza y diversas dinámicas (Mangrulkar, Vince & Posner, 2001).

Los métodos interactivos de enseñanza requeridos por un programa de habilidades para la vida apuntan hacia la elección de proveedores con las siguientes características: aptitud en el proceso en grupo; alguien que pueda enriquecer y simultáneamente centrar y dirigir al grupo, habilidad para actuar como guía en contraposición a ser dominante, respeto

por los adolescentes y su libertad de elección y autodeterminación (Tobler, 1992, como se citó en Mangrulkar, Vince & Posner, 2001) y rasgos personales que incluyan ser cordial, prestar apoyo y ser entusiasta (Ladd y Mize, 1983, como se citó en Mangrulkar, Vince & Posner, 2001).

Respecto a la evaluación, debe contemplar las siguientes preguntas ¿Cuál es el propósito general del programa y cuáles son las metas mensurables? ¿Cuáles son los resultados esperados en términos de la mejoría de las habilidades, cambios en la conducta o cambios de actitud o creencias en el adolescente? ¿Qué cambios pueden esperarse en el ambiente del programa o en el proveedor? Otros factores que se deben tener en cuenta son los cambios en las normas sociales entre los pares, cambios en los proveedores de programas y los cambios con relación a la comunidad, familia, padres o escuela son todos efectos potenciales y deben ser medidos (Mangrulkar, Vince & Posner, 2001).

La evaluación puede ser llevada mediante diversos instrumentos como: el Sistema de Valoración de las Habilidades Sociales (SSRS, por sus siglas en inglés) (Gresham y Elliot, 1990, como se citó en Mangrulkar, Vince & Posner, 2001) que es uno de los muchos sistemas de valoración para medir las habilidades sociales, por su parte el ajuste emocional y social puede ser medido por medio de diferentes escalas, incluyendo el Examen de Tareas de Adaptación de la Escuela Media (Elias, 1992, como se citó en Mangrulkar, Vince & Posner, 2001).

A continuación, se desarrollan más a fondo algunos componentes de las Habilidades Sociales necesarios para poder trabajar ESI con los jóvenes:

#### Toma de decisiones

Está ligada con tener una buena autoestima, en la adolescencia se complica tomar alguna decisión ya que existe mucha incertidumbre de lo que se desconoce y no se sabe las consecuencias. Algunos elementos importantes a considerar son (Secretaría de Salud del Distrito Federal, 2014):

- Información: debe ser suficiente acerca del aspecto sobre el cual vas a decidir algo

- Presiones sociales: es importante analizar las influencias familiares y de amistad ya que las consecuencias son individuales, es necesario evaluar los propios valores y deseos.
- Las situaciones que se viven: analizar las situaciones ayuda a no tomar decisiones impulsivas y prever las consecuencias.
- Experiencia personal: los errores y aciertos de las decisiones son determinantes para tomar nuevas decisiones.

### Comunicación asertiva

El desarrollo de habilidades asertivas juega un papel importante en las interacciones sociales que se establecen cotidianamente, la asertividad se refiere a la capacidad de hacer valer los derechos, siente y quiere en forma directa, honesta y apropiada, respetando a los demás y a sus derechos (Jakubowki & Lange, 1978, como se citó en Robles, Moreno, Rodríguez & DíazGonzález, 2007).

Se necesita reconocer las responsabilidades del propio individuo en situaciones específicas y la consecuencia de expresar lo que se desea, en las relaciones, esto forma un hito importante al momento de negociar cuando se necesita identificar un conflicto, analizar y proponer sus diferentes soluciones y llegar a un acuerdo (Robles, Moreno, Rodríguez & DíazGonzález, 2007).

Aprender a establecer límites y decir no es una herramienta importante dentro de las habilidades para la vida, ayuda a hacerle entender a las personas, dar valor a la toma de decisiones y la necesidad del mutuo respeto, ejerciendo libremente los derechos individuales pero sin violar los derechos de los demás, el terreno de la salud sexual, constituye un ejercicio de autonomía y libertad para evitar consecuencias perjudiciales a la salud y la vida y ayuda a disfrutar plenamente, con placer, consciencia, responsabilidad, autocuidado y cuidado de la pareja, evitando embarazos no deseados e ITS (Secretaría de Salud del Distrito Federal, 2014).

La conducta asertiva es apropiada en situaciones de riesgo sexual y para la toma de decisiones adecuadas y se caracteriza por frases como “yo”: “yo creo...”, “yo siento...”, “yo pienso...” “¿Qué piensas?”, “¿Cómo podemos resolver?” y cambiando la palabra

“quiero” por “me gustaría” asumiendo la responsabilidad de lo que se quiere expresar con el objetivo de quitar los bloqueos que dificultan la comprensión y entendimiento de cada persona (Benavides, Castillo, López & Onofre, 2013).

En cuanto a la comunicación no verbal se debe hacer contacto visual directo, un adecuado nivel de voz en la conversación, tono serio y claro, habla fluida, gestos firmes, expresión seria, postura recta, palabras positivas, respuestas directas a la situación, manos sueltas. La comunicación asertiva ayuda a resolver los problemas, a sentirse a gusto con los demás, sentirse satisfecho/am relajado/o, crea oportunidades, aumenta la autoestima, aumenta el autocontrol (Benavides, Castillo, López & Onofre, 2013).

Existen otros dos tipos de comunicación, la pasiva y la agresiva. La comunicación pasiva al mostrar una falta de respeto hacia las propias necesidades da como resultado ser inapropiada en situaciones de riesgo sexual, la conducta pasiva se caracteriza por una comunicación no verbal que contiene ojos que miran hacia abajo, voz baja, vacilaciones, gestos desvalidos, negación de la importancia de la situación, tono vacilante y se emplean más frases como “Quizá, supongo, a lo mejor, no era tan importante, no te molestes, como tú digas, cuándo tú digas”. Esta conducta atrae resultados negativos como conflictos interpersonales, depresión, desamparo, baja autoestima, bajo autocontrol, tensión, soledad, estrés y un alto riesgo de contagiarse de alguna ITS como el VIH/SIDA (Benavides, Castillo, López & Onofre, 2013).

Por otro lado, se encuentra la conducta agresiva en la que la defensa de los derechos personales y expresión de los pensamientos, sentimientos y opiniones se hacen desde una manera impostiva agrediendo los derechos de las otras personas. Se caracteriza por una comunicación no verbal que denota mirada fija, volumen de voz alto, habla rápida, enfrentamiento, gestos de amenaza, postura intimidatoria, mensajes impersonales y frases como “Ten cuidado, si no verás lo que pasa, si no lo haces..., no sabes, deberías, mal, muy mal, no me contradigas”. La comunicación agresiva también acarrea conflictos interpersonales, frustración, autoestima negativa, daño a otras personas, tensión, soledad y falta de oportunidades (Benavides, Castillo, López & Onofre, 2013).

Benavides, Castillo, López y Onofre (2013) señalan que para desarrollar la comunicación asertiva, los jóvenes necesitan identificar su estilo de conducta, identifique

las situaciones en las que se necesita ser asertivo, identificar situaciones problemáticas, desarrollar un lenguaje corporal adecuado (verbal y no verbal) y aprender a decir “No”, expresando sus deseos y sentimientos de forma adecuada.

#### Negociación del condón

Respecto al uso de condón, Robles, Solano, Díaz-Loving, Moreno, Frías, Rodríguez y Barroso (2012) mencionan que un individuo utilizará el preservativo en forma correcta y consistente siempre y cuando tenga información adecuada sobre las maneras específicas en que pueden transmitirse y prevenirse distintas infecciones de transmisión sexual (incluyendo saber que el preservativo es efectivo para prevenir ITS), esté motivado para usar el preservativo, sepa usarlo correctamente y tenga habilidades para convencer a su pareja que lo usen al tener relaciones sexuales.

Es importante estar convencido de que no se tendrá una relación sexual sin condón ya que la salud es primero, tener información clara de las consecuencias de tener relaciones sexuales sin condón para poder explicárselas a la pareja, mantener una actitud abierta y de escucha, no sentir vergüenza de comprar condones, ya que se demuestra ser responsable y madura, hablar del uso antes de tener relaciones sexuales, ayuda a reducir la ansiedad y la vergüenza, practicar antes de usarlo y ver el uso de condón como otra forma de erotización (Secretaría de Salud del Distrito Federal, 2014).

#### Estrategias

Mediante la comunicación directa verbal/no verbal (Secretaría de Salud del Distrito Federal, 2014):

- Se puede sacar directamente el condón de la bolsa o cartera cuando se vaya a tener relaciones sexuales.
- Sacar el condón y colocarlo o pedirle a la pareja que lo coloque.
- Preguntar si la pareja trae condón, de no ser así, estar prevenido o prevenida.
- Si ninguno de los dos trae condón se puede conseguir uno o limitarse a otras prácticas de sexo seguro.

- Si la pareja no accede al uso de condón, se está en todo el derecho de negarse a tener relaciones sexuales.

### Autoestima

Se refiere a la imagen positiva o negativa que se tiene de sí mismo, la estima y autoevaluación, mientras una persona con autoestima baja se percibe incapaz, una alta valoración está relacionada con un alto control interno (Benavides, Castillo, López & Onofre, 2013) y a la capacidad de quererse, tenerse confianza, amor y respeto por una misma o uno mismo, durante la infancia los padres tienen un papel importante en la construcción de la autoestima pero durante la adolescencia se le da prioridad a lo que los grupos de pares y personas de admiración opinan sobre uno mismo (Gobierno Del Distrito Federal, 2008).

La autoestima es una herramienta que ayuda a decidir lo que se quiere y desea así como a expresar la opinión cuando se está en desacuerdo con alguien o algo; también se expresa en la manera en la que se cuida el cuerpo y la salud, se aceptan los errores, se refuerzan los aciertos, se habla de los éxitos y fracasos, se reconoce los sentimientos sin miedo o vergüenza, se enfrentan los problemas y se conocen las cualidades y defectos, se lucha por los ideales y metas, se reconoce las capacidades propias y de los demás y se impide el mal trato hacia uno mismo y hacia las demás personas (Gobierno Del Distrito Federal, 2008).

Para tener una autoestima positiva es necesario tener visión y metas y centrarse en ellas (Benavides, Castillo, López & Onofre, 2013) para lograrlas es necesario saber tomar decisiones, si bien es difícil, se requiere buscar información acerca del aspecto sobre el cual se va a decidir, analizar las influencias familiares y sociales, ordenar los propios valores y deseos para saber distinguir entre lo que realmente se quiere o lo que se hace por presión, analizar la situación antes de actuar, reflexionar sobre los posibles riesgos para prever las consecuencias y tener en cuenta los errores y aciertos que se han tenido a lo largo de la experiencia personal para tomar nuevas decisiones y ser responsable de los resultados (Gobierno Del Distrito Federal, 2008).

## Proyecto de vida

Por último, se tiene que trabajar con los jóvenes un proyecto de vida ya que comúnmente carecen de ella y es de suma importancia dentro de la sexualidad ya que se ha encontrado que los adolescentes que ven positivamente el futuro están mejor motivados para retrasar la iniciación de la actividad sexual, usar anticonceptivos con mayor regularidad y evitar embarazos o nacimientos no deseados, lo que incluye mayores oportunidades educativas (Vivo, López-Peña & Saric, 2012).

El proyecto de vida se refiere a la planeación de la realización personal y profesional; se basa en el derecho universal a la libertad y al desarrollo integral de la personalidad, se crea a partir de las metas, planes, sueños y gustos y la posibilidad de llevar cada cosa a cabo, puede ser individual o compartida con la pareja, la familia y cambiar a partir de las condiciones y etapas por las que se atraviesa (Gobierno Del Distrito Federal, 2008).

Los objetivos de crearlo son diversos, algunos de ellos son: autoconocimiento, lograr independencia, autonomía y sustentabilidad como persona, jerarquizar las necesidades y establecer prioridades, reconocer habilidades innatas y otras oportunidades a desarrollar, lograr la autodisciplina y el aprendizaje, lograr un equilibrio entre la vida personal, familiar, laboral y social, prosperar el bienestar y calidad de vida, aprender a asumir que las metas son acordes con el ciclo de vida, mejorar el autoestima y la capacidad de toma de decisiones, tener un estilo de vida propio e identidad (Secretaria de Salud del Distrito Federal, 2014).

Los diferentes aspectos que constituyen un proyecto de vida son (Secretaria de Salud del Distrito Federal, 2014):

- Profesional: planeación de la actividad laboral, búsqueda y ocupación de una carrera a partir de las habilidades e intereses personales
- Cultural-Recreativa: incluye el deseo de aprender e investigar sobre la cultura y a partir de las aficiones y gustos para divertirse y sentirse a gusto.



- Material: bienes materiales que se requieren para satisfacer al menos las necesidades básicas de vivienda, alimentación, salud, educación, etc.
- Afectiva: forma de dar y recibir amor en la familia, con la pareja, etc.
- Espiritual: forma de entender la vida interior y su manifestación por medio de actitudes y acciones, es una forma de tener bienestar integral interno y externo.
- Física: bienestar físico y cuidado de la salud.
- Política: participar activamente en los cambios que requiere el lugar donde se vive.
- Social: forma de relacionarse las personas conocidas y desconocidas.
- Sexual: permite la planeación de la vida sexual que incluye la pareja, el inicio de la vida sexual, medidas de prevención, cuidado del cuerpo, y decisiones y negociaciones con la pareja así como el deseo de tener o no hijos a futuro.

Los proyecto de vida requieren tener metas específicas, medibles, alcanzables, realistas y que puedan ser alcanzadas en un tiempo límite, para crear un proyecto de vida se debe: desglosar cada meta en tareas y sub tareas para llevarlas a cabo, ordenar las tareas en la secuencia en que lleven una a la otra a realizarse, ya sean secuenciadas o en modo paralelo, escribir los resultado esperados, determinar que recursos se requieren para poder cumplir cada una y si están disponibles, establecer un marco con fechas de culminación para cada tarea, considerar posibles obstáculos que puedan aparecer en el camino así como sus posibles soluciones (Secretaria de Salud del Distrito Federal, 2014).

Hasta aquí se ha trabajado con los componentes teóricos y prácticos que se deben abordar en un taller de Educación Sexual Integral. A continuación, se presenta la segunda parte del trabajo referente al método y posteriormente se presentan los resultados obtenidos de la propuesta de taller que hemos presentado.

# **SEGUNDA PARTE**

# **METODOLOGÍA**

---

## CAPÍTULO 4. MÉTODO

---

### Planteamiento del problema

De acuerdo a la Encuesta Nacional de Juventud (Instituto Mexicano de la Juventud, 2010) en México habitan 36.2 millones de jóvenes entre 12 y 29 años, de los cuales 49.2 % son hombres y 50.8 % mujeres. El Estado de México y el Distrito Federal son de las entidades donde se concentra más de la mitad de esta población.

Existen 6.5 millones de jóvenes que se encuentran en un rango de 12 a 14 años, 11 millones de jóvenes de entre 15 a 19 años, 9.9 millones de 20 a 24 y 8.8 millones de 25 a 29 años, es decir, que la tasa más alta de población se encuentra comprendida entre las edades de 15 a 19 años (Instituto Mexicano de la Juventud, 2010).

Gayet, Juárez, Pedrosa y Magis (2003) señalan que la media de edad de inicio de la vida sexual en jóvenes mexicanos de entre 12 a 19 años de edad es a los 15.7 años, es decir, que en esta etapa, según los datos del Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) (Instituto Nacional de Salud Pública, 2012) un 23% ya ha iniciado su vida sexual, de los cuales 25.5 % son hombres y 20.5 % mujeres.

De hecho, se ha visto un adelanto en la edad de iniciación, por ejemplo, para el año 2000 el total de jóvenes de 15 a 19 años que reportó haber tenido relaciones sexuales era de 22.3 %, para el 2010 la cifra había aumentado a un 33.6%, es decir, uno de cada tres adolescentes en este rango de edad ya ha iniciado su vida sexual (Instituto Mexicano de la Juventud, 2010).

Se ha encontrado que los conocimientos sobre prevención de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) aumentaron de 79.9 % a 90.9 %, siendo el condón el método más oportuno para prevenir ITS según el 97.5 % de los jóvenes, seguido del “*No tener relaciones sexuales*” 82.5 % y “*Tener relaciones sólo con tu pareja*” con un 60.1 % (Instituto Mexicano de la Juventud, 2010) y según los datos del ENSANUT (Instituto

Nacional de Salud Pública, 2012) el 78.5% de los adolescentes sabe que el condón además de prevenir ITS sirve para evitar un embarazo.

A pesar de que los adolescentes activos cuentan con información, 14.7 % de los hombres y 33.4 % de las mujeres no utilizaron ningún método anticonceptivo en la primera relación sexual, en la última relación sexual las cifras aumentan al 16.5 % de los hombres y el 36.8 % de las mujeres (Instituto Nacional de Salud Pública, 2012). En el 2014 la cifra había aumentado hasta 44.9 % de las adolescentes de 15 a 19 años que declararon no haber usado un método anticonceptivo durante su primera relación sexual, es decir, 2 de cada 10 hombres y 1 de cada 3 mujeres, está teniendo relaciones sexuales no protegidas (Consejo Nacional de la Población, 2014), de hecho sólo el 59.0 % de los jóvenes entre 15 y 19 años platican sobre temas de sexualidad con su pareja (Instituto Mexicano de la Juventud, 2010).

Una de las consecuencias del poco o nulo uso de métodos anticonceptivos son los embarazos adolescentes, que de acuerdo con la UNESCO (2014) tan sólo 11 % a nivel mundial corresponden a madres adolescentes, estos datos se traducen a 16 millones de embarazos de niñas adolescentes de entre 15 y 19 años de edad y cerca de 2.5 millones de niñas menores de 16 años a nivel mundial, cada año; dentro del marco de países que integran la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE, 2009), México ocupa el primer lugar en embarazos adolescentes, con un embarazo por cada 15 niñas de 15 a 19 años de edad y según datos del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA, 2013), la tasa de natalidad del periodo de 2005 al 2010, fue de 87 por cada mil mujeres, aunque esta cifra disminuyó según los datos arrojados por la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica o ENADID (Consejo Nacional de la Población, 2014) que menciona que la tasa de fecundidad alcanzada en el 2013 fue de 77 nacimientos por cada mil adolescentes de 15 a 19 años. Según datos del INEGI (2017) las adolescentes de 15 a 16 años sexualmente activas son las que en su mayoría no utilizan algún método anticonceptivo y las principales razones por las que quedaron embarazadas son debido a que no planeaban tener relaciones sexuales (32.9 %), querían embarazarse (17.9 %), no creyeron que podrían quedar embarazadas (17.4 %), no conocían los métodos o no sabían dónde obtenerlos o cómo usarlos (17.1 %) y por otras razones (12.7 %).

Del total de mujeres adolescentes de 12 a 19 años de edad que ya habían iniciado una vida sexual en el 2006, el 61 % reportó ya haber estado embarazada alguna vez, para el año 2012 esta cifra disminuyó al 51.9 % (Instituto Nacional de Salud Pública, 2012). El Consejo Nacional de la Población (2014) señala que uno de cada cuatro embarazos entre las adolescentes no fue planeado, mientras que uno de cada diez tampoco fue deseado. La escolaridad es un factor importante, se ha observado que para las mujeres sin instrucción la tasa es de 3.3 hijos por mujer, con una escolaridad media superior disminuye a 1.79 hijos por mujer (Consejo Nacional de la Población, 2014).

En el mundo las complicaciones durante el embarazo y el nacimiento de un hijo son la segunda causa de muerte en adolescentes de 15 a 19 años, los hijos de madres adolescentes tienen 60 % de mayor riesgo de morir, en comparación de los hijos de mujeres entre 20 a 24 años. También existen más probabilidades, a comparación de las mujeres adultas, de recurrir a prácticas de aborto poco seguras, las cifras indican que cada año se producen alrededor de tres millones entre niñas de 15 a 19 años (OMS, 2014).

Se estima que 54 % del total de embarazos no planeados terminan en abortos inducidos, 34 % de los embarazos culminan en nacimientos no planeados y 12 % en abortos espontáneos. Cada día alrededor del mundo 200 mil mujeres fallecen debido a abortos clandestinos, se estima que tan solo en el año 2009 en México, se practicaron más de un millón de abortos clandestinos, es decir, 44 abortos por cada 1,000 mujeres en edades de 15 a 19 años y se estima que más de un tercio de las mujeres tienen complicaciones y necesitan de tratamiento médico (Juárez, Singh, Maddow-Zimet & Wulf, 2013).

Las Infecciones de Transmisión sexual también representan un problema de salud, Gayet (2015) señala que, aunque la tasa de infecciones no va al alta en el país, actualmente se encuentra con el mayor porcentaje en la historia de personas activas sexualmente. Los adolescentes de entre 10 y 19 años y los adultos jóvenes de entre 20 y 24 años son más propensos a contraer ITS ya que además de los factores sociales y económicos, las adolescentes poseen una delgada y vulnerable capa de células en el cuello de la matriz lo que las convierte en una población vulnerable (Vivo, López-Peña & Saric, 2012), aunado a

esto, la OMS estima que cada año ocurren siete millones de casos nuevos de infección de transmisión sexual (Santos *et al.*, 2003). Datos del ENSANUT (Instituto Nacional de Salud Pública, 2012) mencionan que en México, de los adolescentes que había iniciado su vida sexual, 2.3 % recibió consultas médicas por infecciones de transmisión sexual, 3.5 % se realizó la prueba para detectar VIH, y hasta un 85.1 % conoce los resultados, lo que indica que solo una poca población acude a revisión médica para conocer sobre su salud sexual.

Se calcula que en el 2016 ya existían 36.7 millones de personas con VIH en todo el mundo y 35.0 millones de defunciones desde el inicio de la epidemia y para ese mismo año se sumaron 1.8 millones de nuevos casos. En América Latina las cifras reportadas son de 1.8 millones de personas infectadas con VIH/SIDA y 36,000 defunciones y de lo que va del año 20017 se han sumado 97,000 nuevas infecciones (ONUSIDA, 2017), de los cuales 250,000 son jóvenes entre 15 y 24 años de edad, 52 % varones y 48 % mujeres (UNICEF, 2010).

Vivo, López-Peña y Saric (2012) mencionan que México ocupa uno de los países con mayor número de casos de VIH/SIDA reportados y de acuerdo a datos de CENSIDA (2017) en lo que va del año y desde sus inicios en 1983, se han reportado 189,418 casos de SIDA notificados, con un total de 140,676 de casos de VIH/SIDA que se encuentran vivos, las cifras más altas corresponden al Estado de México (10.4 %) y la Ciudad de México (14.6 %), en el 2016 la cifra total de nuevos casos fue de 13,009, 7,329 casos de VIH y 5,680 casos de SIDA, de los cuales 2,113 fueron casos de VIH y 936 casos de SIDA en jóvenes de 15 a 24 años; en el primer trimestre del año se han detectado 1,039 nuevos casos de VIH y 844 nuevos casos de SIDA, con un total de 1,883 casos, en cuanto a mortalidad, en el año 2015 el SIDA cobro la vida de 4,756 personas, los hombres representan la mayor tasa de casos al igual que la vía sexual como medio de contagio.

Aún con estas cifras, se ha encontrado que son las jóvenes de 15 y 24 años quienes tienen más desventaja al acceder a los servicios anticonceptivos, es decir, que presentan necesidades no satisfechas de anti concepción (Grupo de información en reproducción elegida [GIRE], 2003) debido a las diferentes barreras en el acceso a los servicios (Vivo,

López-Peña & Saric, 2012) como son condiciones socio económicas y culturales poco favorables y el estigma y la desaprobación social especialmente cuando ya se tiene una vida sexualmente activa. Las barreras para acceder a estos recursos de salud provocan que tanto niños como jóvenes puedan volverse sexualmente activos y las niñas puedan volverse vulnerables al abuso y la explotación sexual, lo que conlleva a una mayor vulnerabilidad a las ITS, embarazos no deseados y prácticas de aborto poco seguras como lo encontrado en la Comisión Nacional de Mujeres Refugiadas (Women's Refugee Commission [WRC], 2012).

La adolescencia es una época crítica para el desarrollo de la identidad sexual, el autocuidado y el desarrollo de la sexualidad hasta la madurez. Los cambios biológicos de la pubertad, una mayor independencia de la familia durante los años de la adolescencia en algunas culturas, las expectativas culturales y familiares sobre el género y la sexualidad, el desarrollo cognitivo y el crecimiento emocional darán forma al desarrollo sexual. De esta manera, el período de la adolescencia representa un momento oportuno para tocar temas sexuales y reproductivos (OPS & OMS, 2000).

### **Preguntas de investigación**

- 1) ¿Existirá alguna diferencia entre un taller de educación sexual integral y un taller sobre salud sexual basado en la prevención de ITS y embarazos no planificados en adolescentes de secundaria?

### **Objetivos de investigación**

Objetivo general

- ~ Contrastar la efectividad de un taller de Educación Sexual Integral (ESI) con un taller de Salud Sexual (SS) basado en la prevención de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y embarazos no planificados en adolescentes.

### Objetivos específicos

- ~ Diseñar y adaptar una intervención basada en Educación Sexual Integral (ESI) para adolescentes.
- ~ Diseñar y adaptar una intervención en Salud Sexual fundamentada en la prevención de ITS y embarazos no planificados en adolescentes.
- ~ Adaptar los instrumentos de evaluación pretest – posttest de cada una de las intervenciones.
- ~ Aplicar los instrumentos de la pre-evaluación en cada una de las intervenciones tanto al grupo control como al grupo experimental.
- ~ Aplicar la intervención ESI al grupo experimental, así como la intervención SS al grupo control.
- ~ Aplicar la post-evaluación a los grupos control y experimental
- ~ Registrar y capturar los datos obtenidos
- ~ Analizar los resultados obtenidos de las intervenciones ESI y SS.
- ~ Discutir los resultados y analizar conclusiones del estudio.

### Hipótesis

1. Hipótesis teórica: Los adolescentes que reciban el Taller de Educación Sexual Integral (ESI) evitarán en mayor medida embarazos no planificados e ITS
2. Hipótesis metodológica: El Taller de Educación Sexual Integral (ESI) tendrá resultados estadísticamente diferentes que el Taller de prevención sexual basado en la prevención de ITS y embarazos no planificados.

### Metodología del proyecto

Se desarrollaron dos talleres, el primero con un enfoque basado en educación sexual integral que contiene los temas de sexualidad y órganos sexuales femeninos y masculinos, pubertad y adolescencia, erotismo, infecciones de transmisión sexual, métodos anticonceptivos, vínculos afectivos, reproductividad, derechos sexuales y reproductivos y proyecto de vida; el segundo taller tuvo un enfoque basado en salud sexual conformado por



temas de pubertad y adolescencia, relaciones sexuales, embarazo adolescente, infecciones de transmisión sexual y métodos anticonceptivos. El primer taller se desarrolló en 11 sesiones de una hora, una vez a la semana; el segundo constó de 6 sesiones de una hora, una vez por semana. En ambos grupos se aplicó un pre test para conocer sus conocimientos, actitudes y conductas hacia la sexualidad antes del taller y un post-test para conocer si cambiaron los resultados de las evaluaciones después de cada taller. En el taller de Educación Sexual Integral se trabajaron habilidades de tipo conductual, a diferencia del segundo.

### **Participantes**

Se eligió una muestra no probabilística por conglomerados y por conveniencia, se buscó una secundaria ubicada en la zona centro del municipio de Tlalnepantla, Edo. de México, que cumpliera con los criterios establecidos (que contara con alumnos con un promedio de edad de 14 años, con un nivel socioeconómico considerado como bajo y que fuera una institución pública) y que además autorizara la intervención por parte de la psicóloga. La muestra total fue de 28 alumnos, 21 hombres (75 %) y 7 mujeres (25 %), en edades comprendidas entre los 14 y 16 años, con una moda de 14 años. El 96 % reportó vivir con su familia, tener preferencia heterosexual (82 %) y el 82 % ser soltero. Los participantes se dividieron en dos grupos: experimental y control.

### **Diseño Experimental**

Se eligió un diseño de investigación cuasi experimental con preprueba y grupo control (Hernández, Fernández & Baptista, 2010) donde al Grupo Experimental se le dio un taller basado en Educación Sexual Integral (ESI) y al Grupo Control, un taller de Salud Sexual (SS), se realizó un pre test para evaluar los conocimientos previos de los participantes, un post test para conocer si ocurrieron cambios después de la intervención y una tercera fase de seguimiento realizado únicamente al grupo experimental.

## **Procedimiento**

La presente investigación se llevó a cabo en una escuela secundaria pública, en el período de noviembre de 2017 a mayo de 2018. En un primer momento se contactó con la directora del plantel, se le expuso el proyecto y se pidió permiso para trabajar con un grupo, la directora del plantel eligió a un grupo del tercer año al considerar que existían más inquietudes y preguntas respecto al tema de la sexualidad, posteriormente se contactó con el orientador del grupo quien apoyó en la presentación de la psicóloga ante los alumnos. Los grupos fueron divididos con la intención de formar dos grupos los más homogéneo posible, tanto en el número de participantes como en la cantidad de hombres y mujeres, asignando aleatoriamente un grupo a la condición experimental y otro al grupo control. En el caso del grupo considerado como control se aplicó el taller de salud sexual (SS), mientras que en el grupo considerado como experimental se trabajó con el taller de Educación Sexual Integral (ESI). En primer lugar, se trabajó con el Grupo Experimental y una vez concluidas las 11 sesiones se prosiguió con el Grupo Control durante 6 sesiones, cada una con una duración de 50 minutos, una vez a la semana, en un tiempo comprendido entre los meses de noviembre 2017 a mayo 2018.

**Fase de Pre evaluación:** Se llevó a cabo en una sesión en ambos grupos, se le entregó a cada participante un inventario conformado por diversas escalas, algunas fueron diseñadas específicamente para la investigación y otras retomadas de la Encuesta estudiantil sobre salud sexual (EESS) diseñada por Robles et al. (2011) y del cuestionario para la evaluación del programa *Planeando tu vida* desarrollado por Pick et al. (1988), posteriormente se le indicó a cada grupo que debía ser resuelto de forma individual, la evaluación tuvo un tiempo aproximado de 40 minutos. Todas las sesiones estuvieron a cargo de una facilitadora.

**Fase de Intervención:** Se llevaron a cabo 11 sesiones para el Grupo Experimental, una vez a la semana:

Sesión No. 1 *Presentación*: Los objetivos de esta sesión eran crear un ambiente de confianza entre los adolescentes y la facilitadora, por lo que se inició explicando los objetivos y reglas del taller y se procedió a la presentación de cada participante diciendo su nombre y lo que pensaban sobre la palabra sexualidad, posteriormente mediante la actividad *Di mi nombre* se dividía al grupo en equipos y se les pedía escribir con que otros nombres conocían a los diferentes órganos sexuales y reflexionar sobre la importancia de conocer el cuerpo y nombrarlo correctamente.

Sesión No. 2 *Pubertad y adolescencia*: El objetivo de esta sesión fue reconocer los cambios físicos y psicológicos en la pubertad y adolescencia así como reconocer los diferentes órganos que comprenden los aparatos reproductores masculinos y femeninos por lo que se utilizaron láminas para representar cada una, se visualizó un vídeo sobre los cambios en la adolescencia y se expusieron las diferentes formas de cuidar el cuerpo.

Sesión No. 3 *Reproductividad*: Con el objetivo de reflexionar sobre las consecuencias del embarazo adolescente se explicó el ciclo menstrual femenino, se observó un vídeo sobre la problemática del embarazo adolescente y se llevó a cabo la actividad *Sociodramas*, para representar diferentes casos de embarazo adolescente.

Sesión No. 4 *Sensibilización de los sentidos en la sexualidad*: Se reflexionó sobre los mitos que existen sobre el placer y la masturbación y se llevó a cabo la actividad *Conociendo mediante nuestros sentidos*, para poder trabajar la importancia de todos los sentidos y su relación con el placer sexual, posteriormente se llevó a cabo la actividad *Este es mi cuerpo*, con el objetivo de que cada participante reconociera su cuerpo, lo que les gusta, lo que no y como cuidarlo.

Sesión No. 5 *Infecciones de Transmisión Sexual*: El objetivo de esta sesión fue conocer las diferentes ITS, su forma de contagio y los mitos y realidades sobre cada una y el alto nivel de riesgo que cualquier persona tiene de contraer alguna ITS mediante la actividad *Cacería de firmas*, posteriormente se trabajó la asertividad mediante la actividad *No quiero* cuyo objetivo fue identificar las razones más comunes para no practicar sexo seguro y ensayar posibles respuestas ante una situación de riesgo.

Sesión No. 6 *Métodos anticonceptivos*: Mediante el método de Toma de decisiones se analizaron diferentes casos y todo el grupo se analizaba que método anticonceptivo era el más adecuado, posteriormente con ayuda de un material didáctico en forma de pene se explicó el uso correcto de uso de condón, posteriormente cada participante tenía que colocar un condón, el cual se pidió con anterioridad, que consiguieran ellos mismos.

Sesión No. 8 *Género*: Se llevaron a cabo diferentes actividades como *Quitando los estereotipos*, *La punta del Iceberg* y *Conociendo mis derechos* para trabajar los diversos temas que existen respecto al género como son la diversidad sexual, la discriminación, la tolerancia y el respeto y la autoestima.

Sesión No. 9 *Vínculos Afectivos*: Con el objetivo de poner en prpactica la asertividad mediante los diferentes estilos de comunicación en la pareja y analizar los mitos románticos se llevaron a cabo la actividad *El navio* y se analizó entre todo el grupo los diferentes mitos que existen respecto al amor romántico.

Sesión No.10 *Proyecto de vida*: Se explicó al grupo los diferentes tipos de proyectos de vida que existen y mediante el modelo de toma de decisiones, cada participante llevo a cabo su proyecto de vida, posteriormente se analizó la importancia de tener una vida sexual protegida y el impacto que podría tener no protegerse o cuidarse, sobre el proyecto de vida de cada participante.

Sesión No.11 *Cierre*: Se pidió a cada participante compartiera con el grupo como veía la sexualidad después del taller.

Para el Grupo Control se llevaron a cabo las mismas sesiones anteriormente descritas aunque sólo se trabajó con las mencionadas a continuación: Sesión No. 1 *Presentación*; Sesión No. 2 *Pubertad y adolescencia*; Sesión No. 3 *Reproductividad*; Sesión No. 4 *Infecciones de Transmisión Sexual*; Sesión No. 5 *Métodos anticonceptivos* y Sesión No.6 *Cierre*.

Al finalizar cada sesión se le pidió a cada participante que de forma individual escribiera en un papel que se llevaba de cada sesión.

**Fase de Post evaluación:** Al finalizar la sesión de cierre de cada taller se le dio a cada uno de los participantes el mismo cuestionario aplicado en la pre evaluación, la post evaluación se llevó a cabo en una sesión de 50 minutos, en la que el evaluador estuvo presente. Al Grupo Experimental se le aplicó una evaluación más después de un mes para llevar a cabo un seguimiento con este grupo.

**Materiales:** Se ocupó una computadora HP 14 Notebook PC con Windows 10 para proyectar videos y presentaciones para cada tema, así como láminas y materiales de trabajo impresos

### **Variables e instrumento de evaluación**

#### **Variables**

**V.I.=** taller de educación sexual integral

Definición conceptual: la educación sexual integral es aquella que busca equipar a los jóvenes con conocimientos, habilidades, actitudes y valores para poder disfrutar de su sexualidad, física y emocionalmente, de forma individual como con sus relaciones personales (IPPF, 2010).

Definición operacional: desarrollo de dos talleres, el primero con un enfoque basado en educación sexual integral que contiene los temas de sexualidad y órganos sexuales femeninos y masculinos, pubertad y adolescencia, erotismo, infecciones de transmisión sexual, métodos anticonceptivos, vínculos afectivos, reproductividad, derechos sexuales y reproductivos, habilidades para la vida y proyecto de vida; el segundo taller tendrá un enfoque basado en salud sexual que contendrá los temas de pubertad y adolescencia, relaciones sexual, embarazo adolescente, infecciones de transmisión sexual y métodos anticonceptivos.

**V.D.=** conocimientos sobre el cuerpo, VIH/SIDA y otras ITS y embarazo, creencias sobre el género, orientación sexual y vínculos afectivos, creencias sobre el uso de condón, habilidades para la vida y estilos de negociación en la pareja.

Definiciones conceptuales:

Se define *conocimientos sobre el cuerpo, VIH/SIDA y otras ITS y embarazo* al nivel de información que se posee en relación a las partes del cuerpo relacionadas con la sexualidad, la sintomatología y los mecanismos de transmisión y prevención del Virus de la Inmunodeficiencia Humana y otras Infecciones de Transmisión Sexual, así como los factores relacionados con el embarazo y su prevención (Robles et al. 2011).

Se define a *las creencias* como la certeza o convicción que tienen las personas en relación con la veracidad de alguna información (Robles et al. 2011).

Las *habilidades para la vida* son definidas como aquellas destrezas psicosociales que permiten enfrentar con éxito las exigencias y desafíos de la vida diaria (Pick, et al. 1988).

*Estilos de negociación del uso del condón* es definido como la forma particular en la que una persona negocia el uso del preservativo con su pareja (Robles et al. 2011).

Definición operacional: son referidas mediante el puntaje obtenido mediante la evaluación de la Encuesta Estudiantil Sobre Salud Sexual (EESS) de Robles et al. (2011) así como la adaptación e inclusión de algunos reactivos del programa *Planeando tu vida* de Pick et al. (1988) que reflejan las respuestas que dan los participantes de acuerdo a cada escala. A continuación se describe cada una de acuerdo a como fueron organizados en el cuestionario utilizado para esta investigación:

- *Conocimientos Básicos sobre el cuerpo*: se retomaron cinco preguntas con opción de respuesta múltiple del cuestionario de Pick et al. (1988) y se añadieron las siguientes *La duración del sangrado en el ciclo menstrual femenino es* y *El sentido que más ayuda para lograr un orgasmo es*.
- *Conocimientos sobre VIH/SIDA y otras ITS*: se retomaron 11 preguntas con opción de respuesta *Cierto, Falso y No sé*, de la EESS (Robles et al., 2011), el nivel de

consistencia interna de esta escala mediante el coeficiente Alfa de Cronbach, es de 0.78.

- *Conocimientos sobre el embarazo*: la variable se midió con siete reactivos utilizados en el cuestionario de Pick (et all, 1988) con opción de respuesta *Cierto. Falso y No sé*
- *Creencias sobre temas de género, orientación sexual, vínculos afectivos*: Se añadieron 3 enunciados de elaboración propia que responden a creencias acerca de género, tres sobre vínculos afectivos y tres sobre orientación sexual, todas evaluadas con escala *Cierto, Falso y No sé* y cuatro preguntas abiertas que corresponden al tema de orientación sexual
- *Creencias hacia el uso del condón con pareja regular*: fue retomada de la escala de Robles (et al., 2011), conformada por 19 reactivos con cinco opciones de respuesta que iban de Totalmente en Desacuerdo a Totalmente de Acuerdo ( $\alpha=0.84$ )
- *Intención de tener sexo e intención de usar el condón en próxima relación sexual*: Se evaluó con tres reactivos (“¿Qué tan probable es que, al menos en los próximos 6 meses, tengas relaciones sexuales (sexo vaginal o anal) con tu pareja regular?”, “¿Qué tan probable es que al menos en los próximos 6 meses uses condón cada vez que tengas relaciones sexuales (sexo vaginal o anal) con tu pareja?” y “¿Qué tan probable es que en la próxima vez que tengas relaciones sexuales (sexo vaginal o anal) con alguna pareja ocasional, uses condón?”) con un formato de respuesta en escala tipo Likert con valores de 1 (nada probable) a 7 (totalmente probable) retomados de la EESS (Robles et al., 2011).
- *Habilidades para la vida*: se utilizó una escala, con opciones de respuesta *Sí, No y No sé* en las que se evaluaron la asertividad, control interno afectivo, toma de decisiones, orientación y planeación al futuro, orientación y organización al futuro, toma de riesgos y control (Pick et. al., 1988).
- *Patrón de comportamiento sexual*: se evaluó mediante 14 preguntas que sirvieron como indicadores para conocer los patrones de conducta sexual de riesgo en aquellas personas que ya habían iniciado su vida sexual (Robles et al., 2011).

- *Estilos de Negociación del uso de condón*: se evaluó únicamente a personas que ya habían iniciado su vida sexual mediante 10 reactivos con opciones de respuesta tipo Likert que iban de *Totalmente en desacuerdo* a *Totalmente de Acuerdo* ( $\alpha=0.89$ ) retomados de Robles et al. (2011).

Posterior a la captura de la información, la cual se realizó utilizando el programa SPSS versión 20.0, se llevaron a cabo una serie de análisis estadísticos con la finalidad de encontrar diferencias entre las intervenciones de los dos grupos, mismos que se describen a continuación.



## CAPÍTULO 5. RESULTADOS

---

La muestra poblacional de 28 participantes, se dividió en 2 grupos, tal como se menciona en el método, el Grupo Control estaba conformado por 10 hombre y 3 mujeres, mientras que en el Grupo Experimental participaron 11 hombres y 4 mujeres, la diferencia entre el número de participantes de cada grupo se debió al acceso a los alumnos, dado que sus profesores condicionaron la salida del grupo escolar para que ellos pudieran participar en alguno de los grupos. En ambos grupos se realizaron dos evaluaciones, antes y después de que recibieron el taller, y en el caso del Grupo Experimental se llevó a cabo una evaluación de seguimiento. En el Grupo Control no se pudo realizar la evaluación de seguimiento, debido a que ya no se pudo tener acceso a esta parte de la muestra.

Para identificar si existieron diferencias estadísticamente significativas entre las mediciones pre-test, post-test en ambos grupos y seguimiento solo en el caso del grupo experimental, se hicieron dos tipos de análisis: intragrupal e intergrupala. a nivel intragrupal se aplicó la prueba de rangos con signo de Wilcoxon, mientras que para la comparación intergrupala se utilizó la prueba de ANOVA, en las subescalas: conocimientos sobre el cuerpo, infecciones de transmisión sexual, conocimientos sobre embarazo, creencias sobre género, orientación sexual y vínculos afectivos, creencias hacia el uso del condón con pareja regular, intención de tener sexo e intención de usar el condón en próxima relación sexual, mientras que las subescalas: habilidades para la vida y patrón de comportamiento sexual y estilos de negociación del uso del condón entre personas que ya han iniciado su vida sexual se evaluó mediante frecuencias. A continuación, se presentan los resultados para cada subescala comparando Grupo Experimental, quien se aplicó el taller de Educación Sexual Integral (ESI) y el Grupo Control, en el que se aplicó el taller de Salud Sexual (SS).

### *Conocimientos Sobre Cuerpo*

Esta área se evaluó mediante 6 preguntas con opción múltiple; en el caso del grupo control la media de respuestas correctas en pre evaluación fue de 3.5, mientras que en post evaluación aumentó a 4.5. En el caso de Grupo Experimental, en pre evaluación obtuvieron un promedio de 3.1 respuestas correctas, aumentado a 4.5 en postevaluación y siguiendo con esta tendencia en el seguimiento, llegando a 5.0. Al realizar el análisis estadístico intragrupal, no se observaron diferencias significativas entre pre y post evaluación, en ambos grupos, sin embargo, en el caso del Grupo Experimental se observó una diferencia significativa al comparar la pre evaluación con la evaluación de seguimiento ( $Z = -2.999$ ;  $sig. = 0.022$ ).

Ahora bien, en el caso de la comparación intergrupala en cuanto a los conocimientos sobre el cuerpo, no se encontraron diferencias en los grupos, en ningún momento de evaluación.

### *Conocimientos sobre Infecciones de Transmisión Sexual*

Los conocimientos evaluados en esta área se midieron mediante 11 reactivos con opción de respuesta a *Cierto*, *Falso* y *No sé*, en el caso del grupo control se encontró una media de respuestas correctas de 3.6 en la pre evaluación aumentando a 6.0 en la post evaluación. En el Grupo Experimental, la tasa de respuestas correctas en la pre evaluación fue de 5.0, teniendo un aumento de 6.1 en la post evaluación y de 7.2 en la evaluación de seguimiento. Los resultados del análisis estadístico intragrupal muestran diferencias significativas en el Grupo Experimental en la fase de pre y post evaluación ( $Z = -2.375$ ;  $sig. = 0.018$ ) así como en la comparación de pre evaluación y seguimiento ( $Z = -2.701$ ;  $sig. = 0.007$ ). Respecto al Grupo Control, no se encontraron diferencias significativas.

Respecto al análisis intergrupala, no se encontraron diferencias en ambos grupos en las fases de pre evaluación y post evaluación.

### *Conocimientos sobre Embarazo*

Esta área fue evaluada mediante 6 reactivos con “*Cierto*”, “*Falso*” y “*No sé*” como opciones de respuesta, la media de respuestas correctas para el Grupo Control fue de 2.7 en la pre evaluación, aumentando a 3.9 en la post evaluación, en el caso del Grupo Experimental las medias encontradas fueron de 4.0 en la pre evaluación, aumentando a 4.7 en la post evaluación y 5.2 en la evaluación de seguimiento.

Respecto al análisis intragrupal, se pueden observar diferencias significativas en la pre evaluación, post evaluación y seguimiento para el Grupo Experimental, así como para la pre evaluación y post evaluación en el Grupo Control, como se muestra en la Tabla 2. En el análisis intergrupar, se encontraron diferencias en la pre evaluación.

Tabla 2

#### *Conocimientos Sobre Embarazo*

	Taller ESI		Taller SS
	Pre-Post	Pre-Seg	Pre-Post
Z	-3.114	-3.336	-3.109
Sig. Asintó.(bilateral)	.002	.001	.002

Se muestran los resultados entre la evaluación Pre-Post y Pre-Seguimiento

### *Creencias sobre género, orientación sexual y vínculos afectivos*

Para el tema de género se analizó el siguiente reactivo *Todas las mujeres deben aspirar a ser madres algún día*, en ambos grupos la opción de respuesta *Falso* para el Grupo Experimental obtuvo un porcentaje de 66.7 % y una media de 1.8 en la pre evaluación y de 66.7 % y una media de 1.7 en la post evaluación, en el Grupo Control la opción *Falso* obtuvo 69.2 % en la primera evaluación y 76.9 % en la segunda con medias de 2.0 en la Pre evaluación y 1.9 en la post evaluación.

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en análisis intragrupal en la pre evaluación, post evaluación y seguimiento tanto en el Grupo Experimental como en el Grupo Control.

Otro de los reactivos para evaluar los constructos de género presentes en los adolescentes fue *Tanto hombres como mujeres tienen el derecho de expresar abiertamente lo que piensan y sienten*, en ambos grupos la opción de respuesta *Cierto* fue la que obtuvo un mayor porcentaje de elección con una media de 1.1 en la pre evaluación para el Grupo Experimental y 1.0 para el Grupo Control y de 1.2 en la post evaluación para el Grupo Experimental y de 1.0 para el Grupo Control. No se encontraron diferencias significativas en el análisis intragrupal en la pre evaluación, post evaluación y seguimiento en el Grupo Experimental y pre evaluación y post evaluación en el Grupo Control.

Respecto al reactivo *Una mujer no puede ganar más que un hombre*, se encontró que la mayoría de los participantes encuentran falsa esta premisa con una media de 2.2 en la pre evaluación para el Grupo Experimental y 2.1 para el Grupo Control, posteriormente se encontró que para el Grupo Experimental la media fue de 2.0 y para el Grupo Control una media de 2.2. No se encontraron diferencias significativas en el análisis intragrupal en la pre evaluación, post evaluación y seguimiento en el Grupo Experimental y en la pre evaluación y post evaluación en el Grupo Control.

Para medir en constructo de creencias respecto a la orientación sexual, se aplicaron siete reactivos, el primero *La homosexualidad es una enfermedad*, se encontró que desde el pre-test más del 90% de los participantes eligieron la opción de respuesta “Falso”, estos resultados se encontraron en ambos grupos, tanto el Grupo Experimental y el Grupo Control reportaron una media de 2.0 en la pre evaluación, mientras que en la post evaluación las medias fueron de 2.1 para el Grupo Experimental y 2.0 en el Grupo Control.

El análisis intragrupal no reportó diferencias en ambos grupos en las pre evaluación, post evaluación y seguimiento en el caso del Grupo Experimental.

Para el reactivo *“Todas las personas tienen derecho a ejercer libremente su sexualidad sin ser discriminadas por su orientación sexual, identidad o expresión de género”*, más del 80% de los participantes mencionan que es *Cierto*, la media encontrada

en la pre evaluación para el Grupo Experimental fue de 1.2 y de 1.3 para el Grupo Control, en la post evaluación, la media reportada por el Grupo Experimental fue de 1.0, para el Grupo Control fue de 1.1.

El análisis intragrupal señala que no existieron diferencias significativas en la pre evaluación y post evaluación para ambos grupos y en el seguimiento para el Grupo Experimental.

Relacionado con el reactivo anterior evaluó si *Una pareja heterosexual tiene el mismo derecho de expresar su cariño en público que una pareja homosexual*, se encontró que los porcentajes en la opción de respuesta *Cierto* son más bajos que en las otras preguntas, para el taller ESI quedaron de la siguiente forma: Pre-Test con 73.3%, y una media de 1.4, Post-Test con 78.6 % con una media de 1.2 y Seguimiento con 73.3 %, mientras que en el grupo SS los resultados del Pre-Test fue de 84.6 % con una media de 1.3 y Post test fue de 76.9 % con una media de 1.4 respectivamente, en ambos talleres se dio una disminución en el Post-Test aunque el caso del taller ESI, el porcentaje vuelve a aumentar en el Seguimiento.

El análisis intragrupal no reportó resultados significantes para ambos grupos en la pre y post evaluación ni en la evaluación de seguimiento para el caso del Grupo Experimental.

Por último, se analizó qué pensaban los participantes sobre las relaciones personales, primero se preguntó si *El fin último de una pareja es completar a la persona (ser su media naranja)*, los resultados señalan que en el grupo ESI la opción *Falso* aumenta de 40 % a 53.3 %, de acuerdo al análisis estadístico no existe un cambio significativo en este reactivo en el grupo experimental ESI (Pre-Post=.783, Pre-Seg=.465) ni en el grupo control SS (Pre-Post=.480), de acuerdo a los resultados estadísticos es más la población que piensa que el fin último de la pareja no es completar a la persona.

En cuanto al reactivo *Una mujer con pareja heterosexual vale más que una mujer soltera*, los resultados mostraron que en el grupo experimental en la primer evaluación 66.7 % mencionaron que la premisa era falsa, estas cifras aumentan al 80 % y 86.7 % en las fases de Post-Evaluación y Seguimiento respectivamente, en cuanto al grupo control los

resultados se mantienen en 76.9 % en ambas intervenciones, es decir, que en primer instancia la mayoría de los participantes piensa que es falso que una mujer con pareja sea más importante que una mujer soltera, esta creencia se mantiene con los talleres, sin embargo, en el grupo experimental no sólo se mantienen sino que aumentan, sin embargo, estadísticamente no hay una diferencia significativa, es decir que los participantes ya pensaban que esta afirmación era falsa, aunque como se explica anteriormente, si hubo un aumento en la premisa *Falso*, únicamente en el taller ESI, lo que indica que el taller de Educación Sexual Integral podría producir cambios en esta premisa.

Por último se preguntó si *Es correcto tener la contraseña del celular o redes sociales de la pareja*, los datos muestran que hubo un aumento de la respuesta *Falso* en ambos talleres, en el grupo experimental aumentó de 66.7 % en el Pre-Test a 85.7 % en el Post Test y por último a 86.7 % en el Seguimiento, en el caso del grupo control aumento de 46.2 % a 61.5 % respectivamente, estadísticamente no se muestran cambios significativos, es decir, que en ambos grupos no hubo un cambio respecto a este pensamiento aunque si aumenta la frecuencia de la respuesta de interés.

Se evaluó los conocimientos que ambos grupos tenían respecto al uso del condón, se encontró que sí hubo un cambio en el grupo control, sin embargo, no ocurrió lo mismo en el grupo experimental como se puede observar en la Tabla 3, se puede concluir que el taller basado únicamente en salud sexual y de menor tiempo fue más efectivo en el aumento de conocimientos respecto al condón.

Tabla 3

*Conocimientos respecto al uso De Condón*

	Taller ESI		Taller SS
	Pre-Post	Pre-Seg	Pre-Post
Z	-.197	-.350	-2.316
Sig. Asintó.(bilateral)	.844	.727	.021

Para la subescala *Intención de tener sexo e intención de usar el condón en la próxima relación sexual* se preguntó a los participantes si ya habían hablado con su pareja sobre la posibilidad de tener relaciones sexuales, para el grupo experimental los resultados señalan que antes del taller 66.7 % si habían hablado sobre el tema con su pareja, después del taller, en la fase de seguimiento, hubo un aumento de durante la evaluación pre test y post test, en la evaluación de seguimiento esta cifra aumenta a 73.3 %. Para el grupo control, en la primera evaluación el 61.5 % menciona que no había hablado sobre el tema, esta cifra disminuye al 46.2 % es decir que hubo un incremento al hablar sobre el tema con la pareja.

Posteriormente se añadieron cuatro preguntas más con escala Likert, la primera de ellas hacía referencia a la intención de tener relaciones sexuales en los próximos seis meses. Para el grupo experimental la intención de no tener relaciones sexuales en los próximos seis meses decremento en las tres evaluaciones, sin embargo, aumentó el desconocimiento de saber si se tendría o no relaciones sexuales de 0 % a 20 %, la opción de estar completamente seguro de que se tendría relaciones sexuales disminuyó en la post evaluación para volverse a estabilizar en la fase de seguimiento como se muestra en la tabla 4. Para el grupo control la opción *Nada Probable* aumentó un 7.7 % mientras que la opción *Totalmente Probable* aumentó un 15.4 %.

Tabla 4

*Intención De Tener Relaciones Sexuales*

	Taller ESI			Taller SS	
	Pre	Post	Seg	Pre	Post
Nada Probable	73.3	78.6	<b>66.7</b>	23.1	<b>30.8</b>
Muy Poco Probable				15.4	15.4
Poco probable	6.7			7.7	7.7
Lo desconozco		7.1	<b>20</b>	15.4	7.7
Probable					7.7
Muy Probable	6.7	7.1		23.1	
Totalmente Probable	13.3	7.1	<b>13.3</b>	7.7	<b>23.1</b>

También se evaluó la posibilidad de usar condón con la pareja estable durante el mismo intervalo de tiempo, como se nota en la Tabla 5 la intención de usar condón con la pareja se muestra un aumento considerable de 40 % en la evaluación previa a 42.9 % y 60 % en el post test y seguimiento en el grupo experimental, para el grupo control la intención de no usar condón aumentó 7.7 % mientras que la intención de si usarlo aumentó 7.7 %, es decir, en el grupo experimental se vio un mayor incremento en la intención de usar condón con la pareja estable.



Tabla 5  
*Intención De Usar Condón Con Pareja Estable*

	Taller ESI			Taller SS	
	Pre	Post	Seg	Pre	Post
Nada Probable	46.7	50	13.3	38.5	<b>46.2</b>
Muy Poco Probable					
Poco probable		7.1	6.7		
Lo desconozco	6.7		13.3	23.1	7.7
Probable			6.7		
Muy Probable	6.7				
Totalmente Probable	40.0	42.9	<b>60</b>	30.8	<b>38.5</b>

También se averiguó si estas cifras cambiaban dependiendo del tipo de pareja, por lo que se les preguntó *¿Qué tan probable es que en la próxima vez que tengas relaciones sexuales (sexo vaginal o anal) con alguna pareja ocasional uses condón?* Se puede observar en la Tabla 6 que la nula intención de usarlo disminuye de 33.3 % a 14.3 % y 6.7 % en el pre test, post test y seguimiento en el grupo experimental, mientras que la intención completamente segura de usarlo aumenta de 60 % a 57.1 % y 73.3 % respectivamente, para el grupo control la nula intención de usarlo aumenta de 23.1 % en el pre-test a 30.8 % en el post test, mientras que la opción de usarlo de manera completamente seguro aumentó de 38.5 % a 46.2 % en ambas evaluaciones, es decir, en el grupo experimental la intención de usarlo aumentó un 13.3 % y no usarlo disminuyó mientras que en el grupo control fue de 7.7 % y la intención de no usarlo igualmente aumentó.

Tabla 6  
*Intención De Usar Condón Con Pareja Ocasional*

	Taller ESI			Taller SS	
	Pre	Post	Seg	Pre	Post
Nada Probable	33.3	14.3	<b>6.7</b>	23.1	<b>30.8</b>
Muy Poco Probable		7.1	6.7	15.4	7.7
Poco probable	6.7	7.1		7.7	
Lo desconozco		7.1		7.7	
Probable			6.7		
Muy Probable		7.1	6.7		7.7
Totalmente Probable	60.0	57.1	<b>73.3</b>	38.5	<b>46.2</b>

Por último se evaluaron habilidades para la vida como son asertividad, control interno afectivo, toma de decisiones, orientación y planeación al futuro, orientación y organización al futuro, toma de riesgos y control (Pick et. al., 1988) mediante frecuencias.

El área de asertividad se evaluó mediante cuatro preguntas: *¿Te da pena decir “no” cuando te invitan a algún lado? ¿Tratas de no hacer preguntas por miedo a que suenen tontas? ¿Te da pena pedir que te regresen cosas que has prestado? ¿Te sientes seguro de ti mismo?*

Los resultados obtenidos mostraron que los puntajes aumentaron en el área de asertividad en la primera pregunta en ambos grupos, sin embargo, en las siguientes preguntas hay un aumento en el grupo experimental, comparado con el grupo control donde los porcentajes de respuesta no cambiaron, es decir, que los participantes del grupo experimental obtuvieron puntajes más altos durante el taller en comparación con el grupo control en el que no se trabajó esta habilidad como se muestra en la Tabla 7.

Tabla 7  
*Asertividad*

	Taller ESI						Taller SS			
	Pre		Post		Seg		Pre		Post	
	Si	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
Rechazar una invitación	26.7	<b>73.3</b>	13.3	80	20	<b>80</b>	23.1	<b>69.2</b>	7.7	<b>92.3</b>
Hacer preguntas	53.3	<b>33.3</b>	20	60	20	<b>73.3</b>	23.1	69.2	23.1	61.5
Pedir cosas	6.7	86.7	26.7	66.7	6.7	86.7	38.5	61.5	38.5	53.8
Seguridad	<b>26.7</b>	73.3	40	60	<b>60</b>	40	69.2	23.1	69.2	23.1

Se omitió la opción de respuesta *no sé*

El control interno afectivo se evaluó mediante los incisos *¿Crees que si consigues un buen empleo es cuestión de suerte?* y *¿Si tienes éxito dependerá de lo agradable que eres?* Para el primer inciso se puede observar en la Tabla 8 que ambos grupos rechazaron esta premisa en el Pre-Test, los porcentajes aumentan conforme se llevaron a cabo las dos evaluaciones siguientes, para el segundo reactivo, en el primer grupo, aunque más de la mitad rechaza esta conjetura al principio, los porcentajes disminuyen en las dos evaluaciones siguientes, lo mismo ocurre con el grupo control.

Tabla 8  
*Control Interno Afectivo*

	Taller ESI						Taller SS			
	Pre		Post		Seg		Pre		Post	
	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No
Conseguir empleo	13.3	<b>73.3</b>	6.7	73.3	-	<b>86.7</b>	23.1	<b>61.5</b>	7.7	<b>69.2</b>
Tener éxito	20	<b>60</b>	33.3	53.3	33.3	<b>53.3</b>	<b>7.7</b>	53.8	<b>30.8</b>	38.5

Se evaluaron los siguientes reactivos para evaluar el área de toma de decisiones *¿Sientes que es mejor que alguien te diga lo que tienes que hacer? ¿Te impones cuando crees que tienes la razón? ¿Tus papas (o tutores) o tu pareja te dicen siempre lo que tienes que hacer?* Respecto al primer reactivo, en ambos grupos fue rechazada esta afirmación, en cuanto a la pregunta *¿Te impones cuando crees que tienes la razón?* el porcentaje de respuesta *No* fue aumentando en las tres evaluaciones en el grupo experimental, mientras que en el grupo control la opción *No sé* fue la que tuvo un porcentaje más alto, en los resultados de la última pregunta, 60 % de los participantes señalaron que los papás o pareja no les dicen lo que tienen que hacer, estas cifras aumentan a 66.7 % y 86.7 % en las evaluaciones posteriores, aunque en el grupo control más de la mitad señala lo mismo, no se encontró un aumento de la respuesta en la post evaluación como se muestra en la Tabla 9, es decir, los participantes de ambos grupos no creen que es mejor que alguien les diga lo que tienen que hacer sin embargo, los participantes del taller ESI puntuaron más alto en no imponerse cuando se cree que se tiene la razón y en no tener que recibir órdenes de papas o pareja.

Tabla 9

*Toma De Decisiones*

	Taller ESI						Taller SS			
	Pre		Post		Seg		Pre		Post	
	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No
Alguien te diga que hacer	6.7	<b>86.7</b>	20	66.7	6.7	<b>86.7</b>	7.7	<b>76.9</b>	7.7	<b>84.6</b>
Imponerse	53.3	<b>26.7</b>	53.3	33.3	60	<b>40</b>	46.2	<b>23.1**</b>	69.2	<b>7.7***</b>
Ser mandado por papas/pareja	33.3	<b>60</b>	26.7	66.7	6.7	<b>86.7</b>	15.4	<b>69.2</b>	15.4	<b>69.2</b>

\*\*La opción *No sé* tuvo más puntuación con **30.8**

\*\*\*La opción *No sé* tuvo más puntuación con **23.1**

El área de orientación y planeación a futuro se analizó con ayuda de las preguntas *¿Has pensado bien lo que esperas de tu vida familiar cuando seas más grande? ¿Sabes que llegarás a hacer en unos años? ¿Te gusta planear tu tiempo libre? ¿Has pensado que vas a hacer cuando seas grande? ¿Te cuesta trabajo hacer planes de lo que vas a hacer?*

Como se muestra en la Tabla 10 hubo un aumento en ambos grupos respecto a planeación de la vida familiar, sin embargo en las siguientes preguntas sólo se nota un aumento en los porcentajes del segundo, tercer y cuarto reactivo que promovían la orientación y planeación a futuro y un incremento en el último reactivo que trataba de disminuir la dificultad que presenta organizar las actividades a realizar, en comparación con el grupo control donde no se obtuvo los resultados esperados del primer taller.

Tabla 10

*Orientación Y Planeación A Futuro*

	Taller ESI						Taller SS			
	Pre		Post		Seg		Pre		Post	
	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No
Vida Familiar	<b>64.3</b>	28.6	66.7	13.3	<b>80</b>	13.3	<b>53.8</b>	23.1	<b>69.2</b>	30.8
Hacer en unos años	<b>40</b>	46.7	50	35.7	<b>53.3</b>	20	46.2	15.4	46.2	38.5
Tiempo Libre	<b>66.7</b>	33.3	71.4	14.3	<b>80</b>	13.3	46.2	38.5	46.2	38.5
Hacer de grande	<b>80</b>	20	71.4	14.3	<b>86.7</b>	13.3	69.2	15.4	70	15.4
Planear actividades	60	<b>40</b>	50	50	46.7	<b>53.3</b>	30.8	61.5	30.8	46.2

Respecto a la orientación y organización a futuro, se evaluó mediante los siguientes reactivos *¿Te organizas para poder hacer todo lo que necesitas hacer? ¿Eres organizado? ¿Pierdes mucho tiempo por falta de organización?*, como se muestra en la Tabla 11, en la primera pregunta el grupo experimental puntuó alto en las tres evaluaciones (86.7 %) sin embargo esta puntuación se mantuvo en la fase de seguimiento, por otra parte si aumento la percepción que se tiene respecto a ser organizado y se logró disminuir la percepción de tiempo perdido en las actividades cotidianas por falta de organización, para el grupo

control, no se presentaron cambios en el primer y en el último inciso, es decir, no hubo cambios respecto al inciso *¿Te organizas para poder hacer todo lo que necesitas hacer?* y *¿Pierdes mucho tiempo por falta de organización?* aunque los participantes sí se percibieron como más organizados en la post evaluación.

Tabla 11

*Orientación Y Organización A Futuro*

	Taller ESI						Taller SS			
	Pre		Post		Seg		Pre		Post	
	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No
Organizar todo	86.7	6.7	78.6	7.1	86.7	13.3	53.8	23.1	53.8	30.8
Eres organizado	60	26.7	<b>78.6</b>	21.4	<b>73.3</b>	20	38.5	30.8	<b>53.8</b>	38.5
Falta de organización	60	28.2	33.3	42.9	29.1	<b>60</b>	30.8	53.8	30.8	53.8

La toma de riesgos se evaluó mediante los reactivos *¿Te gusta tomar riesgos aunque impliquen peligro?* y *¿Te gusta tomar riesgos sin pensar en lo que pueda pasar?*, como se muestra en la Tabla 12, para el grupo experimental en la primera evaluación el 71.4 % de los participantes mencionaron que *si les gusta tomar riesgos aunque impliquen peligro*, este porcentaje disminuye a 53.3 % en la post evaluación y la evaluación de seguimiento, respecto al segundo reactivo *¿Te gusta tomar riesgos sin pensar en lo que pueda pasar?* el 57.1 % de los participantes rechazaron este supuesto durante la pre evaluación, esta cifra aumenta a 60 % y 71.4 % en la post evaluación y seguimiento, en el grupo control hay un aumento respecto a tomar riesgos aunque impliquen peligro de 53.8 % a 61.5 %, los resultados también aumentan de 38.5 % a 53.8 % en el segundo reactivo.

Tabla 12  
Toma de riesgos

	Taller ESI						Taller SS			
	Pre		Post		Seg		Pre		Post	
	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No
TR con peligro	71.4	<b>28.6</b>	53.3	33.3	53.3	<b>46.7</b>	53.8	38.5	61.5	15.4
No tomar en cuenta las consecuencias	28.6	<b>57.1</b>	26.7	60	21.4	<b>71.4</b>	38.5	46.2	53.8	23.1

Para medir la categoría de control se evaluó con las siguientes preguntas *¿En tu vida puedes escoger lo que quieres hacer? ¿Lo que haces depende de ti? ¿Sabes de qué depende lo que pasa en tu vida? ¿Sabes por qué te pasan las cosas que te pasan? ¿Sientes que tienes control sobre lo que ocurre en la vida?* Los resultados del grupo experimental señalan que no hubo un aumento en las puntuaciones respecto a la percepción que los adolescentes tienen sobre escoger lo que quieren hacer en sus vidas, aunque si creen que lo que hacen depende de ellos (86.7 %) como lo muestran los resultados en la evaluación de seguimiento en la tabla 13, también saben de qué depende lo que pasa en su vida (73.3 %), respecto a tener control en sus vidas se observa un aumento respecto a la primer y última evaluación del 40 %, no se observaron diferencias en la pregunta *¿Sabes por qué te pasan las cosas que te pasan?* Respecto al grupo control hubo un aumento en escoger lo que se quiere hacer en su vida (15.4 %), aunque no se encontraron diferencias respecto a lo que hacen depende de ellos, de que depende lo que pasa en sus vidas, por qué les pasa las cosas que les pasan ni sobre el control que ellos perciben tener en sus vidas.

Tabla 13

*Control*

	Taller ESI						Taller SS			
	Pre		Post		Seg		Pre		Post	
	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No
Lo que se quiere hacer	<b>66.7</b>	13.3*	50	35.7	<b>60</b>	40	<b>61.5</b>	15.4**	<b>76.9</b>	7.7
Dependencia	<b>66.7</b>	20	50	28.6	<b>86.7</b>	13.3	76.9	15.4	76.9	15.4
Lo que pasa en la vida	<b>66.7</b>	26.7	50	28.6	<b>73.3</b>	26.7	69.2	15.4	69.2	15.4
Por qué pasan las cosas	66.7	26.7	35.7	50	66.7	20	61.5	30.8	61.5	30.8
Tener control	<b>33.3</b>	66.7	35.7	42.9	<b>73.3</b>	20	46.2	30.8	46.2	38.5

\*No sé tuvo un índice más alto de respuesta con 20 %

\*\*No sé tuvo un índice más alto de respuesta con 23.1 %

#### Personas que ya han tenido relaciones sexuales

Por último se evaluó a las personas que ya habían tenido alguna vez relaciones sexuales, en el grupo experimental solo el 33.3 % de los participantes ya habían iniciado su vida sexual, sin embargo para las evaluaciones previas este porcentaje se reduce a 20 %, es decir, que algunos participantes negaron este hecho posteriormente, en el grupo control 30.8 % de los participantes ya habían tenido relaciones sexuales, este porcentaje se mantuvo en la Post evaluación. La edad aproximada del inicio de la vida sexual en el grupo experimental fue de los 13 a 14 años, en el grupo control osciló entre los 11 y 15 años.

Como se muestra en la Tabla 14 los participantes en ambos grupos iniciaron su vida sexual con su pareja o un amigo o amiga; el 66.7 % del grupo experimental y 100 % en el grupo control no planearon su primer encuentro sexual; los lugares más frecuentes que los adolescentes utilizaron para llevar esta práctica fue en su casa, casa de un amigo o amiga y casa de la pareja.



Tabla 14

*Datos Personales*

	Taller ESI		Taller SS		
Edad	13	14	11-13	14-15	
	66.7	33.3	50	50	
Persona	Novio/a	Amigo/a	Novio/a	Amigo/a	
	100%		50%	50%	
Planeación	Si	No	Si	No	
	33.3	66.7		100	
Lugar	Casa de novio/a		Casa de novio/a	Casa propia	Casa de amigo/a
	100		25	50	25

Para el grupo experimental el 33.3 % no se protegió en su primer encuentro sexual, esta cifra aumenta a 50 % para el grupo control como se observa en la Tabla 15, para la última relación sexual el 100 % de los participantes en el primer grupo y el 50 % del segundo grupo si utilizaron el condón como medida de protección, es decir, el grupo experimental tuvo un incremento considerable en el uso de anticonceptivos después del taller, en el grupo control no se observaron cambios.

Tabla 15

*Uso Condón*

	Taller ESI		Taller SS	
	Si	No	Si	No
Primera relación sexual	66.7	33.3	50	50
Última relación sexual	100	--	50	50

También se evaluó los estilos de negociación del uso de condón, el primer inciso *Busco la equidad entre mi pareja y yo en el terreno sexual*, muestra que en el grupo experimental la opción de respuesta *Totalmente de acuerdo* aumenta de 40 % en el pre test a 66.7 % en la fase de seguimiento, si bien en el grupo control las cifras son más altas (pre test 75 %) en la evaluación previa los puntajes se mantienen igual.

Respecto al enunciado *Cambio mi posición sobre protegerme sexualmente con tal de prevenir conflictos*, el primer grupo muestra un aumento del 100 % en la opción de respuesta *Totalmente en desacuerdo* en la fase de seguimiento, mientras que en el grupo control aumento en un 25 %.

Los resultados del grupo experimental respecto a la premisa *Hago todo lo posible por evitar hablar del condón*, señalan que hubo un incremento del 20 % en la pre evaluación a 66.7 % y 100 % en las fases previas en la respuesta *Totalmente en desacuerdo*, en el grupo control ocurrió lo contrario, en la última evaluación las cifras disminuyen, es decir, que en el grupo experimental si se logró un aumento en la comunicación con la pareja respecto al método anticonceptivo mencionado.

Se preguntó a los participantes si *Imponían su forma de ser en el terreno sexual*, el primer grupo tuvo un incremento considerable en la postura de desacuerdo, mientras que en el segundo grupo las cifras disminuyen, es decir, en el grupo experimental hubo un incremento en cuanto a imponerse frente a la pareja, mientras que en el grupo control esta actitud disminuyó un 25 % respecto a la primer evaluación.

En cuanto al reactivo *Me esfuerzo por salirme con la mía cuando se trata de protegerse sexualmente*, se observa un incremento en ambos grupos, es decir, que ambos talleres ayudaron a tener actitudes más favorables respecto a protegerse sexualmente.

Respecto al enunciado *Procuro evitar situaciones de encuentro sexual desagradables*, el grupo experimental reportó un incremento de 46.7 %, en el grupo control los índices apuntaron más alto en la primera evaluación sin embargo no hubo aumento en la evaluación final, por lo que el taller no tuvo efectos en este grupo.

En cuanto a *Si mi pareja está convencida de no usar el condón yo acepto su posición* para el grupo experimental la opción de respuesta *Totalmente en desacuerdo* aumento de 20 % en la primera fase de evaluación a 33.3 % y 100 % en las evaluaciones

siguientes, mientras que en el grupo control hubo un decremento, por lo que el taller tuvo un impacto significativo en cuanto al uso de condón en el taller experimental.

También se evaluó si los participantes podían ser *Consistentes al argumentar su punto de vista para protegerse sexualmente*, en el primer grupo se observa un aumento de 20 % a 66.7 % en las post evaluaciones, para el grupo control se observó que si bien durante la primer evaluación puntuaron más alto (50 %), esta cifra se mantiene en la post evaluación, es decir, el grupo experimental menciona ser más consistente cuando se trata de comunicar que se quiere tener una relación sexual protegida, sin embargo, el taller basado en salud sexual no ayudó a fomentar esta práctica.

También se evaluó si los participantes trataban de *Llegar a un acuerdo con la pareja protegerse sexualmente*, en el grupo experimental se observa que durante la primer fase de evaluación habían tanto participantes que no llevaban a cabo esta negociación como participantes que si lo hacían, para la fase de seguimiento en la opción *Totalmente de acuerdo* hubo un incremento significativo de 66.7 %, es importante señalar que aquellos participantes que no llevaban a cabo esta práctica disminuyeron en su totalidad en la fase de seguimiento, en el caso del grupo control, nuevamente puntuaron más alto en la pre evaluación (66.7 %), aunque no se reportaron cambios en la post evaluación.

El último reactivo fue *Trato de salirme con la mía cada vez que puedo cuando se trata de relacionarme sexualmente*, en el primer grupo, los datos arrojan un aumento del 13.3 % en la opción *Totalmente de acuerdo*, sin embargo, en el grupo control en la opción *Acuerdo* aumentó 16.7 %, por lo que en ambos grupos hubo cambios significativos respecto a relacionarse sexualmente.

Cabe destacar que ningún participante reportó haber tenido una ITS, embarazo o aborto por lo cual estos incisos no fueron considerados para su análisis.

## CAPÍTULO 6. DISCUSIÓN

---

El objetivo de realizar esta investigación fue identificar si existen diferencias estadísticamente significativas cuando se aplica un taller de educación sexual integral, en comparación con un taller de salud sexual, aunque en los resultados obtenidos no se observan diferencias estadísticamente significativas, sí se muestran algunos indicios de que la intervención ESI, puede generar cambios en el trabajo con adolescentes, en comparación con el taller de Salud Sexual que contiene temas encaminados únicamente a los conocimientos básicos de salud sexual, mismos que son temas frecuentes en los talleres que se imparten en las escuelas, sin embargo, este estudio da cuenta que una intervención fundamentada en elementos de la educación sexual integral (conocimientos del cuerpo, ITS/VIH, métodos anticonceptivos, vínculos afectivos, género, habilidades para la vida y proyecto de vida) puede impactar en el cambio de actitudes hacia la sexualidad con los adolescentes.

Por ejemplo, lo encontrado en el tema de *Conocimientos sobre el cuerpo* refiere la importancia de reconocer apropiadamente los nombres y el cuidado de los órganos sexuales, a pesar de no encontrarse diferencias estadísticamente significativas, la intervención ESI muestra una tendencia por encima del taller de SS, en tal sentido podemos decir que el poco o nulo conocimiento sobre el cuerpo repercute negativamente en las medidas de prevención, cuidado y reconocimiento del cuerpo especialmente de los órganos sexuales, higiene constante y sobre el autoestima (Gobierno Del Distrito Federal, 2008), que son aspectos fundamentales que impactan el bienestar de las personas, además el desconocimiento de estas acciones puede afectar negativamente las practicas relacionadas con el erotismo y el placer del cuerpo (OPS, 2009).

Respecto a los conocimientos sobre *Infecciones de Transmisión Sexual* se destaca la importancia de incluir este tema en cualquier programa de educación sexual, en este estudio, los dos grupos recibieron información al respecto. los resultados sugieren una tendencia favorable con la intervención basada en ESI, respecto a la intervención en SS, lo que concuerda con Douglas (2007, como se citó en Hunt, Monterrosas & Mimbela, 2015)

quien señala que la ESI ayuda a disminuir las tasas de ITS en los adolescentes aunado a servicios amigables que reducen los costos de salud pública como los tratamientos requeridos para tratar ITS (Hunt, Monterrosas & Mimbela, 2015),

En lo que toca al tema de *conocimientos sobre embarazo* se encontró que también ambos talleres mostraron mejores puntajes después de la intervención, este apartado es de gran importancia dado que en nuestro país tenemos un grave problema de salud reproductiva por embarazos no deseados en adolescentes, ocupando el primer lugar de los países que integran la OCDE (OCDE, 2009), es decir, que implementar en las escuelas educación sexual hace más probable el uso de métodos anticonceptivos ayudando a demorar el primer embarazo y disminuyendo las tasas de embarazo no planeado en adolescentes (Robles, Solano, Díaz-Loving, Moreno, Frías, Rodríguez & Barroso, 2012; Vivo, López-Peña & Saric, 2012; Robles, Moreno, Rodríguez & DíazGonzález, 2007; WRC, 2012; Douglas, 2007, como se citó en Hunt, Monterrosas & Mimbela, 2015); aunque la ENAPEA (2017) en sus estrategias de prevención del embarazo, plantea que se debe contribuir a una educación sexual de tipo integral que permita no sólo incidir en el nivel de conocimientos, sino que desarrolle habilidades para la vida, comunicación, toma de decisiones e incidan positivamente en la permanencia y conclusión escolar que empodere y permita el desarrollo positivo de niñas y adolescentes de zonas urbanas y rurales en México.

Uno aspecto importante es que se encontró que los adolescentes tienen creencias más abiertas respecto al género y orientación sexual, especialmente hacia las mujeres, esto es de gran relevancia pues diversas investigaciones mencionan que los adolescentes aún tienen arraigados estereotipos de género aprendidos desde el momento de su nacimiento y reforzados durante la adolescencia que marca un hito en cuanto a la vivencia de esta etapa de desarrollo y que puede promover conductas sexuales de riesgo (Stern, 2007) por lo que diversas investigaciones e instancias (Caricote, 2006; Gayet, 2015; Grace, Grabe & Kohfeldt, 2014; UNESCO, 2014; OPS 2000) hacen un llamado a incluir los temas de género dentro de la educación sexual pues de ahí parten los diversos modelos educativos que los adolescentes están siguiendo y han seguido a lo largo del tiempo y que siguen promoviendo conductas sexuales de riesgo, esta investigación representa una forma

adecuada de abordar estos temas, si bien los adolescentes que participaron en la investigación ya tenían una apertura hacia el cambio de paradigma, la educación sexual ayuda a seguir rompiendo los moldes establecidos y estereotipados sobre género y orientación sexual pues en la práctica aunque se observó cierta aceptación hacia estos temas aún no es total, por ejemplo, en el grupo de ESI, aunque todos los participantes creen que la homosexualidad no es una enfermedad, solían hacer burlas constantes hacia uno de los participantes quién se asumía abiertamente homosexual, esto se podría asociar a que la masculinidad implica negar lo femenino y lo homosexual (Chirinos, Bardales y Segura, 2006 ) es decir, aunque hay una apertura hacia la orientación sexual aún los patrones de conducta tradicionales siguen estando muy presentes en la cultura.

Respecto a los vínculos de pareja, se encontró que los adolescentes de este estudio también reproducen los mitos del amor romántico que la cultura promueve, aunque en el grupo que recibió el taller de ESI esta creencia disminuyó; un poco menos de la mitad de los adolescentes sigue creyendo que esto es verdad, en el grupo SS la mayor parte de los participantes sigue creyendo en este mito romántico, también se notó un cambio de pensamiento respecto a que las mujeres que no tienen pareja son igual de importantes que las mujeres con pareja, es decir, la creencia que afirmaba que las mujeres que no se casaban eran menos valiosas ha ido disminuyendo con el tiempo, esta creencia se mantuvo en el grupo que recibió el taller de SS, por último en ambos talleres disminuye el puntaje sobre la creencia que “es bueno tener la contraseña de las redes sociales de la pareja” en ambos grupos, estos resultados señalan que aunque hay una mayor apertura a que las mujeres no dependan de una pareja para estar completas, aun se sigue romantizando el concepto del amor y la pareja. En términos de educación sexual integral, es importante trabajar desde la perspectiva de los vínculos afectivos en esta etapa de desarrollo pues es en la adolescencia cuando empiezan a tomar mayor relevancia y ayudan a los adolescentes a ir construyendo su propia identidad (Lehalle, 2006), sin embargo, desde la ESI es necesario hacerlo pero específicamente en el desarrollo de habilidades de comunicación y negociación que permitan desarrollar relaciones románticas libres de violencia (Ferrer & Bosch, 2013) y libres de cohesión en cuanto a relaciones sexuales y uso de métodos anticonceptivos se refiere (Byrne, 1983, como se citó en Zani & Cicognani, 2006; Robles, Moreno, Rodríguez

& DíazGonzález , 2007; Robles, Solano, Díaz-Loving, Moreno, Frías, Rodríguez & Barroso, 2012; Vivo, López-Peña & Saric, 2012; Robles, Moreno, Rodríguez & DíazGonzález, 2007; WRC, 2012; Secretaria de Salud del Distrito Federal, 2014; Robles, Rodríguez Frías & Barroso, 2007), especialmente en las mujeres pues de acuerdo a Carroll, Volk & Hyde (1985, como se citó en Zani & Cicognani, 2006) para una minoría de las adolescentes el inicio de la vida sexual no es voluntaria y en general las adolescentes son más motivadas por cuestiones amorosas en comparación de los hombres quienes se dejan llevar por el deseo físico. Lo cual hace importante que los programas de ESI se avoquen en el abordaje de relaciones saludables y equitativas, que promuevan un debut sexual basado en la toma de decisiones consciente y responsable, tanto en los hombres, como en las mujeres.

Además de estos puntos, Del Río y Uribe (1995, como se citó en Robles, Moreno, Rodríguez & DíazGonzález, 2007) y Gayet (2015) mencionan que los y las adolescentes no usan protección debido a que piensan que la pareja puede no estar infectada ya que las ITS se le atribuyen más a ciertos grupos poblacionales, como: prostitutas, homosexuales o por deseos de amor y de cercanía, también porque se cree que la pareja siempre va a ser fiel, no obstante, la realidad es que las relaciones amorosas actuales en la adolescencia están caracterizadas por ser de corta duración y de varias parejas (Breakwell, 1997, como se citó en Zani & Cicognani, 2006; Gayet, 2015), en el caso específico de las mujeres y debido a la violencia de género que se presenta en el país, es necesario y obligatorio enseñar la sexualidad desde el punto de vista integral tomando en cuenta el tema del género como en el taller presentado.

Contrario a lo que se suele creer, hablar sobre sexualidad no necesariamente incita el inicio de la vida sexual ya que los resultados de esta intervención muestran que en el taller ESI no hubo aumento en la intención de tener relaciones sexuales a mediano plazo, pero si aumenta considerablemente la posibilidad de usar condón con la pareja estable y ocasional en mayor medida comparada con el grupo SS, lo que concuerda con los efectos positivos de la ESI (Robles, Solano, Díaz-Loving, Moreno, Frías, Rodríguez & Barroso,

2012; Vivo, López-Peña & Saric, 2012; Robles, Moreno, Rodríguez & DíazGonzález, 2007; WRC, 2012).

En el caso de las mujeres, portar un condón y/o saber usarlo puede ser visto como algo negativo de acuerdo a los estereotipos de género que señalan que la mujer debe ser sumisa y no buscar tener relaciones sexuales (Stern, 2007; Nyanzi, Pool & Kinsman, 2000, como se citó en Robles, Moreno, Rodríguez & DíazGonzález, 2007, Grace, Grabe y Kohfeldt, 2014; Gayet, 2015) teniendo en cuenta que 1 de cada 3 mujeres está teniendo relaciones sexuales no protegidas (ENADID, 2014) y México es el primer país en embarazos adolescentes (OCDE, 2009), la educación sexual integral ayuda a empoderar a las mujeres en el terreno sexual.

Para el caso de habilidades para la vida, se evaluó la asertividad, control interno afectivo, toma de decisiones, orientación y planeación al futuro, orientación y organización al futuro, toma de riesgos y control retomados de Pick (et. al., 1988), el grupo ESI obtuvo mejores resultados en asertividad, orientación y organización a futuro y control y menores puntuaciones en toma de riesgos; respecto a toma de decisiones ambos grupos no creen que es mejor que alguien les diga que hacer, sin embargo, solo los participantes del grupo ESI obtuvieron mejores resultados en toma de decisiones por sí mismos, en el área de orientación y planeación a futuro ambos grupos han visualizado su vida familiar a futuro, sin embargo, sólo los participantes del grupo ESI puntuaron más alto en planear su vida personal y su tiempo, sólo se obtuvieron los mismos resultados en control interno afectivo, estos resultados son positivos pues varios autores concuerdan en que enseñar habilidades para la vida dentro de los talleres de ESI tiene resultados positivos al disminuir la ocurrencia de conductas sexuales de riesgo (WRC, 2012; Kirby, 2001, como se citó en Vivo, López-Peña & Saric, 2012; Bayés, 1992. cómo se citó en Robles, *et al*, 2007; Vivo, López-Peña & Saric, 2012; Robles, Moreno, Rodríguez & DíazGonzález, 2007; Mangrulkar, Vince & Posner, 2001).

Respecto a las personas que ya han tenido relaciones sexuales se encontró que en el grupo ESI 33.3% ya había iniciado su vida sexual aunque en las evaluaciones previas este porcentaje disminuyó a 20 %, en el grupo de SS la cifra fue de 30.8 %, estas cifras concuerdan con lo encontrado con el Instituto Mexicano de la Juventud (2010) quien indica



que en 2010 el total de jóvenes de 15 a 19 años que reportó ya haber iniciado su vida sexual fue de 33.6 %, es decir, uno de cada tres adolescentes. En ambos grupos la edad de inicio oscilo entre los 11 y 15 años, lo que indica que la edad promedio de inicio de la vida sexual en este grupo fue de 13 años, este dato parece alarmante pues de acuerdo con Gayet, Juárez, Pedrosa y Magis (2003) la media de edad de inicio de la vida sexual en jóvenes mexicanos de entre 12 a 19 años de edad es a los 15.7 años, es decir, hay un iniciación aún a más temprana edad.

En el grupo ESI sólo el 33.3 % usó algún tipo de método anticonceptivo en su primer encuentro, en el grupo SS la mitad de los adolescentes se protegieron, lo que concuerda con las cifras del ENSANUT (2012) que señala que 14.7 % de los hombres y 33.4 % de las mujeres no utilizaron ningún método anticonceptivo en la primera relación sexual, en la última relación sexual las cifras aumentan al 16.5 % de los hombres y el 36.8 % de las mujeres, sin embargo los datos de esta investigación arrojaron que después del taller, el uso de condón como método anticonceptivo en la última relación sexual aumento al 100 % aunque sólo para el grupo ESI, para el grupo SS la cifra se mantuvo en sólo el 50 %, es decir, la educación sexual integral ha resultado ser un importante predictor de la conducta sexual protegida (Pérez & Pick, 2006, como se citó en Robles, Solano, Díaz-Loving, Moreno, Frías, Rodríguez & Barroso, 2012).

En cuanto a los estilos de negociación con la pareja, en ambos talleres se encontraron puntajes altos en la última evaluación respecto a esforzarse por protegerse sexualmente y salirse con la suya cuando se trata de relacionarse sexualmente, sin embargo en las siguiente evaluaciones como buscar la equidad en la sexualidad, no cambiar de posición sobre protegerse para evitar conflictos, no evitar hablar del condón, no imponer la forma de ser en el terreno sexual, evitar situaciones de encuentro sexual desagradables, usar el condón aunque la pareja no quiera, ser consistente en argumentar su punto de vista para protegerse sexualmente y llegar a acuerdos para protegerse sexualmente con la pareja, el taller ESI obtuvo puntajes más altos, aunque en varios incisos el grupo SS puntuaba más alto en la primera evaluación, después del taller estas cifras se mantenían, es decir, los participantes del taller SS mostraron tener más estilos de negociación con la pareja pero el taller no ayudó a estimular y fomentar más esta área importante en el terreno sexual ya que

como lo mencionan Vivo, López-Peña y Saric (2012) los estilos de negociación fomentan prácticas sexuales más seguras e incluso disminuyen el número de parejas sexuales además que son características de las relaciones saludables (Secretaria de Salud del Distrito Federal, 2014).

Referente al uso del condón, un individuo utilizará el preservativo en forma correcta y consistente siempre y cuando tenga información adecuada sobre infecciones de transmisión sexual, esté motivado para usar el preservativo, sepa usarlo correctamente y tenga habilidades para convencer a su pareja que lo usen al tener relaciones sexuales (Robles, Moreno, Rodríguez & DíazGonzález, 2007; Robles, Solano, Díaz-Loving, Moreno, Frías, Rodríguez y Barroso, 2012).

De acuerdo a los resultados anteriores, se puede concluir que la hipótesis metodológica planteada al inicio y que indica que el Taller de Educación Sexual Integral (ESI) tendrá resultados estadísticamente diferentes que el Taller de prevención sexual basado únicamente en la prevención de ITS y embarazos no planificados, fue aceptada.

## CAPÍTULO 7. CONCLUSIONES

---

Con base en los resultados, se puede señalar que, a pesar de no observarse diferencias estadísticamente significativas entre ambos talleres, es importante enmarcar que sí se apreciaron algunas diferencias a nivel porcentual, sobre todo en la intervención basada en ESI. Es importante mencionar que el tamaño de la muestra pudo haber sido un factor importante para que dichas diferencias no se presentaran de forma más marcada, sin embargo, los puntajes referidos por los participantes si nos hablan de cambios en algunas temáticas abordadas como habilidades para la vida, uso de condón y estilos de negociación con la pareja.

En este sentido, Hunt, Monterrosas y Mimbela (2015) refieren que en la implementación de la Declaración Ministerial “Prevenir con educación” del 2015, en México se obtuvieron mejores resultados en el área de Salud en cuanto a salud reproductiva y servicios de salud amigables para jóvenes, pero, no se obtuvieron los mismos resultados en el área de educación, en México aún falta que se implementen de manera oficial más talleres sobre educación sexual integral en las escuelas.

La UNESCO (2014) define a la educación sexual como “un enfoque culturalmente relevante y apropiado a la edad del participante, que enseña sobre el sexo y las relaciones interpersonales a través del uso de información científicamente rigurosa, realista y sin prejuicios de valor. La educación en sexualidad brinda a la persona la oportunidad de explorar sus propios valores y actitudes y desarrollar habilidades de comunicación, toma de decisiones y reducción de riesgos respecto de muchos aspectos de la Sexualidad”.

Actualmente no se ve la sexualidad como una prioridad pues no está vista como una competencia básica debido en gran parte a los cuestionamientos, mitos y miedos que provoca a algunas personas abordar el tema (OPS, 2000), sin embargo, la educación sobre sexualidad debe ser parte de la educación básica o fundamental ya que proporciona competencias y habilidades para la vida que vincula los saberes a las prácticas sociales, a la resolución de situaciones complejas, al abordaje de los problemas cotidianos y a la elaboración de proyectos de vida haciendo que las personas e incluso las comunidades se

empoderen (Pick, García & Leenen, 2010), es decir, crea individuos responsables de sí mismos y con los demás. La educación sexual puede ayudar a abordar los factores sociales que están vinculados a conductas sexuales de riesgo, sin embargo, rara vez los jóvenes tienen acceso a este tipo de educación (Grace, Grabe & Kohfeldt, 2014).

Una de las principales ventajas de seguir trabajando en las escuelas es que los jóvenes pasan mucho tiempo dentro de las aulas y tienen sus primeros cuestionamientos acerca de la sexualidad, en este contexto se puede lograr disminuir la cantidad de información errónea a la que ellos tienen acceso, por ejemplo en internet; se puede crear actitudes y prácticas más positivas; mejorar las percepciones acerca de los grupos de pares y normas sociales; mejorar la comunicación con padres, maestros y amigos y tener una mejor visión de futuro. Además las escuelas suelen contar con la infraestructura apropiada y con docentes que representan una fuente de información confiable y que pueden impartir programas a largo plazo y en un entorno seguro, así como estar en contacto con las familias, las comunidades y los servicios de salud (UNESCO, 2014) pues se ha comprobado que a medida que las personas aumentan sus conocimientos desarrollan de igual manera comportamientos más sanos (OPS, 2000).

Actualmente no se enseña bien la ESI en las escuelas, es decir, no se aborda en el currículo y si se hace es a partir del enfoque biológico, los currículos tienden a enfocarse en brindar información más que en generar procesos de autoconocimiento y reflexión para la toma responsable de decisiones y adecuada a la edad de los estudiantes, no se habla de igualdad de género o diversidad sexual, ni el ejercicio adecuado de la propia sexualidad, la discriminación o la violencia escolar y sexual (UNESCO, 2014), sin embargo, toda educación pública tiene que integrar una perspectiva de derechos humanos, para enseñar y proteger a los estudiantes y si se considera la sexualidad como una parte fundamental de la vida de las personas que puede afectar su dignidad humana así como a sus derechos humanos, hace que su enseñanza sea aún más obligatoria (Muñoz, 2009; OPS, 2000).

De acuerdo a la UNESCO (2014), la educación sexual se debe implementar mediante el modelo de competencias que se refieren al desarrollo de capacidades complejas

que permiten a los estudiantes pensar y actuar en diversos ámbitos, adquiriendo los conocimientos a través de la acción mediante los pilares saber conocer, saber hacer, saber convivir, saber ser, dentro de la sexualidad estos pilares se manifiestan de la siguiente manera:

- Aprender a ser: formar su propia identidad personal y sexual, aprendiendo a conocer sus gustos e intereses, sensaciones agradables o no agradables, y disfrutando de su sexualidad, aprender a identificar y expresar emociones y sentimientos en las relaciones sexo-afectivas, integrar nuevos conocimientos, actitudes y prácticas para mejorar su sexualidad de acuerdo a su etapa de vida y los derechos sexuales e identificar situaciones de riesgo o enfermedad actuando activamente para su resolución.
- Aprender a conocer: se adquieren las competencias lógico-matemáticas y la inteligencia visual-espacial, el pensamiento emocional y el crítico que permite buscar información y ayuda para una adecuada toma de decisiones.
- Aprender a vivir juntos: se desarrollan las capacidades de pertenencia que se relaciona con las perspectivas de género, generacionales, etc., la empatía, la equidad, la comunicación y la adaptación al medio y las personas.
- Aprender a hacer: fomenta las capacidades de autonomía que incluye un plan de vida y una responsable toma de decisiones, desarrollo individual integral de cada persona creando vínculos afectivos y efectividad que es la capacidad para resolver situaciones de manera creativa, individual o colectivamente

Además se debe enseñar identificando las necesidades de aprendizaje y los obstáculos que impiden el acceso a la educación, eliminando la discriminación, escuchando e incorporando las sugerencias de los mismos niños y jóvenes, construir una cultura de la educación que se respete y valore por igual, identificar la resistencia de padres, madres y comunidades locales, adoptar un enfoque global de educación, motivar que la escuela sea un agente local de desarrollo en cada una de las comunidades, debe estar basado en los derechos humanos que promuevan la cohesión, la integración y la estabilidad social, respeto por la paz y la solución no violenta de los conflictos y transformar positivamente a la

sociedad, es rentable y sostenida (reduce costos), fomenta el desarrollo económico y permite el fortalecimiento de competencias obligando a los gobiernos a cumplir sus obligaciones y rendir cuentas y a las personas capaces de exigir sus derechos (OPS, 2000).

De acuerdo a la OPS (2000), el enfoque debe basarse en un desarrollo social sostenible que empodere a los adolescentes y jóvenes que incluya los siguientes ítems:

- Promoción de la salud sexual
- Promoción de la salud reproductiva
- Diversidad
- Interculturalidad: respetar y tener igualdad de condiciones para una integración y convivencia pacífica entre entornos educativos (personas, razas, lenguas y religiones)
- Género: con enfoque basado en la equidad y la igualdad de género
- Generacional: recoger y reciclar los aprendizajes de cada generación y actuar como agentes de cambio social orientándolos al diálogo y al aprendizaje conjunto

Además, debe contemplar el placer erótico, incluyendo el autoerotismo, como una necesidad fundamental, positiva, gratificante y con diversos efectos positivos hacia la salud y hacia la promoción de relaciones sexuales no prejudiciales a la salud e integrar a las minorías como personas con discapacidades mentales y físicas, personas recluidas en instituciones o que viven en zonas marginadas (OPS, 2000).

Una educación sexual que ayude a cambiar las ideas tradicionales sobre los roles de género, eliminar los estereotipos que impiden la prevención de ITS, que incluya el erotismo y el placer sexual femenino y masculino y que evite culpas sobre grupos estigmatizados, puede empoderar tanto a los hombres como a las mujeres adolescentes pues las conductas sexuales de riesgos disminuyen (Gayet, 2015; Grace, Grabe & Kohfeldt, 2014), incluso ayuda a reducir el gasto familiar, comunitario y gubernamental relacionado a los problemas de salud, para lo que se debe garantizar el acceso a servicios para la atención de la salud y recursos para la libre toma de decisiones responsables (UNESCO, 2014).

Según el programa de acción adoptado por la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD) la educación sexual debe comenzar en la escuela primaria y continuar en todos los niveles formales y no formales. Como una materia independiente, en lugar de ser parte de otras asignaturas, y que este adecuada a cada edad y grado de desarrollo además se debe instruir a los docentes para que ellos estén convencidos de la importancia de la ESI, dejando los prejuicios, mitos y brindando materiales actualizados, además del apoyo de los Ministerios de Educación y Salud, ONGs y sociedad civil (OPS, 2000).

Cabe señalar que la educación sexual es algo que debe empezar desde los primeros años de estudios ya que la sexualidad se desarrolla desde antes de la concepción y es durante los primeros años que se hace el primer descubrimiento del propio cuerpo, se experimentan las primeras sensaciones mediante la autoexploración y mediante el contacto con otras personas, se inician las primeras relaciones y los vínculos afectivos con las figuras de apego, se hace consciencia del propio sexo y de la existencia de otros cuerpos así como de sus diferencias, se inicia la diferenciación de femenino y masculino, inicia la curiosidad por el cuerpo adulto y el cuerpo de otros niños y niñas así como las primeras interrogantes sobre la reproducción, las relaciones sexuales y amorosas entre personas adultas (Hernández & Jaramillo, 2003).

La educación sexual en la primera infancia tiene como objetivo crear seres sexuados sanos, libres, felices y responsables cuando se conoce, acepta y se cuida el propio cuerpo sexuado, cuando se significa el propio cuerpo sexuado, cuando se reconoce y valora la diferencia sexual y cuando se vive se expresa la sexualidad aceptando y respetando la sexualidad del otro (Hernández & Jaramillo, 2003).

Si se acepta que la sexualidad es algo que somos y nos constituye como seres humanos, entonces será fácil aceptar que la educación sexual es fundamental y básica para el desarrollo de una niña o un niño, así mismo entender que la expresión de su sexualidad es interpretada de forma diferente a la de un adulto (Hernández & Jaramillo, 2003), además recalcar que como ya se ha visto, la educación sexual vista desde el enfoque integral y de

promoción de la salud crea empoderamiento en las personas ya que brinda las herramientas necesarias para que las personas sean autónomas y seguras de ellas mismas, lo cual se traduce en algo simple en los niños: aceptar, nombrar, cuidar y proteger su propio cuerpo, dando el espacio para que manifiesten sus gustos y preferencias, en términos de prevención de salud sexual, esto podría evitar en gran medida problemas como el abuso sexual infantil o los problemas de discriminación por género debido a los estereotipos de género que son aprendidos desde los primeros años de vida.

Para enseñar educación sexual integral es necesario primero sensibilizar a los padres creando conciencia sobre lo que implica la sexualidad, todas las personas que están en contacto con los niños y niñas educan, mediante las palabras que se dicen y que no se dicen, mediante gestos, caricias o muestras de afecto que se dan y que no se dan y mediante la forma en la que las personas adultas viven su sexualidad (Hernández & Jaramillo, 2003), sin embargo, mediante la práctica psicológica podemos dar un enfoque científico y con los conocimientos necesarios sobre sexualidad vista desde un enfoque holístico; los psicólogos tenemos una labor ardua y muy importante al poder trabajar conjuntamente con especialistas de la salud y en materia de educación, y tenemos un compromiso hacia la sociedad, especialmente nuestros niños, desde nuestra trinchera esta Tesis puede ser un pilar importante en cuanto a conocimientos, prácticas y experiencias, pero es importante reconocer que no podemos solos, como se ha visto a lo largo de este trabajo, se necesita trabajar conjuntamente para poder ayudar a las nuevas generaciones a vivir y expresar su sexualidad de forma responsable y sobre todo de forma respetuosa, es nuestro deber como psicólogos, aceptando y vivenciando primero como nosotros hemos vivido y vivimos nuestra propia sexualidad, aceptando nuestras limitaciones, miedos y tabúes y trabajando en ellos y como profesionales orientar a los especialistas en salud y los educadores para que en conjunto podamos vivir y así enseñar a vivir su sexualidad a los niños. Como especialistas en la salud y como sociedad es nuestro deber frenar los problemas de salud que afectan a nuestros niños, niñas y jóvenes y este trabajo constituye un granito de arena para apoyar la causa desde la práctica psicológica.



## Alcances y limitaciones

Este estudio representa una propuesta de intervención para abordar la sexualidad desde un punto de vista integral y psicológico, la cual, como se ha trabajado a lo largo de toda la investigación, permite abordar, pero sobre todo prevenir conductas sexuales de riesgo en la adolescencia.

El taller fue desarrollado de forma dinámica lo que permite que la información se vuelva aún más significativa para los adolescentes, también incita a los jóvenes a poner en práctica habilidades como conseguir un condón por ellos mismos, negociar con la pareja y hacer consciencia de que no son vulnerables a contraer una ITS o tener un embarazo a esta edad, también se incluye el proyecto de vida que permite a los adolescentes poner en perspectiva sus metas a futuro, cómo cumplirlas y cómo afectaría un conducta de riesgo en sus metas y en sus vidas.

Se trabajó con adolescentes de entre 15 y 16 años por ser el foco rojo en la población sexual activa, por los altos índices de embarazos adolescentes y por ser la población que presentaba más dudas e inquietudes respecto al tema, sin embargo, es necesario trabajar con la sexualidad desde niños a fin de no sólo trabajar el problema actual sino también de frenarlo.

Para futuras replicas se aconseja trabajar con los adolescentes más sesiones por semana ya que en presente estudio sólo se pudo trabajar una a la semana por limitantes externos a nosotros lo cual dificultaba a veces la continuidad del mismo y pudo sesgar la información abordada debido al tiempo transcurrido entre una y otra sesión.

Así mismo se recomiendan más sesiones en las cuales hubiera una entrevista a profundidad con cada adolescente ya que debido al tiempo de cada sesión que era aproximadamente de 40 minutos a veces era difícil establecer un diálogo más a profundidad con cada estudiante, además de crear mesas de diálogo para que ellos puedan tener el tiempo requerido para hablar con los especialistas en educación sexual, pero de igual forma entre pares.

En el presente estudio se trabajó con un mayor porcentaje de adolescentes hombres, lo cual no estaba contemplado al principio, para futuras replicas se aconseja trabajar más con temas de género e igualdad más adecuado a la población con la que se trabaja.

## REFERENCIAS

---

- Alsaker, F.D. & Flammer, A. (2006). *Handbook of Adolescent Development*. Nueva York, NY: Psychology Press.
- Asociación Mexicana de Educación Sexual (AMES) & Asociación Mexicana para la Salud Sexual (AMSSAC) (2003). *¡Hablemos de salud sexual! Manual para profesionales de atención primaria de la salud. Información, herramientas y recursos*. México: Editorial Amssac
- Benavides, T.R.A., Castillo, A.L., López, R. F. & Onofre, R.D.J. (2013) *Promoción de la salud sexual en jóvenes*. México: Manual Moderno.
- Caricote, A.E. (junio, 2006). Influencia de los estereotipos de género en la salud sexual en la adolescencia. *Educere Investigación Arbitraria*. 10(34). Recuperado de <http://www.saber.ula.ve/bitstream/handle/123456789/20106/articulo8.pdf;jsessionid=F9F56515AD961D538AA01FB748852969?sequence=2>
- Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas (2016). *Cartilla de Derechos de las Víctimas de Discriminación por Orientación Sexual, Identidad o Expresión de Género*. Recuperado de <http://www.ceav.gob.mx/wp-content/uploads/2016/06/cartilla-LGBTTTI.pdf>
- Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH y el SIDA (CENSIDA) (2017). *Vigilancia Epidemiológica de casos de VIH/SIDA en México. Registro Nacional de Casos de SIDA Actualización al 1er trimestre del 2017*. Recuperado de [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/220364/RN\\_1er\\_trim\\_2017.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/220364/RN_1er_trim_2017.pdf)

Chirinos, J.L., Bardales, O. & Segura, M.D. (enero, 2006). Las relaciones coitales y la percepción de riesgo de adquirir ETS/SIDA en adultos jóvenes varones de Lima, Perú. *Revista Scielo Cadernos da Saúde Pública, Río de Janeiro*. Vol 22(1). Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n1/09.pdf>

Correa, R.F.E.; García, Y.L.F. & Saldívar, G.A. (junio, 2013). Estereotipo de paternidad e identidad de género en adolescentes de la Ciudad de México. *Revista Iberoamericana de psicología y tecnología*. Vol. 6(1). Recuperado de <https://revistas.iberoamericana.edu.co/index.php/ripsicologia/article/download/255/223>

Consejo Nacional de la Población (2014). *Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2014*. Recuperado de [http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/encuestas/hogares/especiales/enadid/enadid2014/doc/resultados\\_enadid14.pdf](http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/encuestas/hogares/especiales/enadid/enadid2014/doc/resultados_enadid14.pdf)

ENAPEA (2017). *Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en adolescentes Informe 2017*. Recuperado de [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/55979/ENAPEA\\_0215.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/55979/ENAPEA_0215.pdf)

Ferrer, P.V. & Bosch, F.E. (marzo, 2013). Del amor romántico a la violencia de género, para una coeducación emocional en la agenda educativa. *Profesorado. Revista de currículum y formación de profesorado*. Vol. 17(1). Recuperado de <http://www.ugr.es/~recfpro/rev171ART7.pdf>

Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) (2013). *Maternidad en la niñez: enfrentar el reto de los embarazos adolescentes*. Recuperado de <https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/ES-SWOP2013.pdf>

Gayet, C., Juárez, F., Pedrosa., L.A. & Magis, C. (enero, 2003). Uso del condón entre adolescentes mexicanos para la prevención de las infecciones de transmisión sexual. *Salud Pública de México*, Vol. 45(5). Recuperado de [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036-36342003001100008](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342003001100008)

Gayet, C. (2015). *Infecciones de transmisión sexual en México: una mirada desde la historia y el género*. México: Secretaria de Salud

Gobierno Autónomo Municipal de La Paz (2017). Habilidades para la vida. Recuperado de <https://bolivia.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/cartilla%204.pdf>

Gobierno del Distrito Federal. (2008). *Tu futuro en Libertad. Por una sexualidad y salud Reproductiva con responsabilidad*. México: Gobierno del Distrito Federal/Secretaría de Educación del Distrito Federal.

Grace, G. R., Grabe, S. & Kohfeldt, D. (julio, 2014). Sexual education, gender ideology and youth sexual empowerment. *Journal of sex research*. 51(7). Recuperado de [https://www.researchgate.net/publication/256499408\\_Sexual\\_Education\\_Gender\\_Ideology\\_and\\_Youth\\_Sexual\\_Empowerment](https://www.researchgate.net/publication/256499408_Sexual_Education_Gender_Ideology_and_Youth_Sexual_Empowerment)

Grinder, R. (2008). Capítulo 2 El desarrollo físico durante la adolescencia. En: *Adolescencia*. (pp. 65-125). México: Editorial Limusa

Grupo de información en reproducción elegida GIRE (2003). *Legislación estatal*, sin fecha. Recuperado de [http://www.gire.org.mx/index.php?option=com\\_content&view=article&id=409&Itemid=1154&lang=es](http://www.gire.org.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=409&Itemid=1154&lang=es)

Hernández Sampieri, R., Fernández, C.C. & Baptista, L.P. (2010). *Metodología de la investigación*. (5ª. Ed.) Perú: McGraw-Hill

Hernández, M.G. & Jaramillo, G.C. (2003). *La educación sexual de la primera infancia. Guía para madres, padres y profesorado de Educación Infantil*. España: SAOR Artes Gráficas

Hunt, F, Monterrosas, C. E. & Mimbela, R. (2015). *Evaluación de la implementación de la declaración ministerial: su cumplimiento en América 2008-2015*. México: Plan B Soluciones Gráficas Sencillas

Instituto Mexicano de la Juventud (2010). *Encuesta Nacional de Juventud 2010*.

Recuperado de

[http://www.imjuventud.gob.mx/imgs/uploads/Presentacion\\_ENJ\\_2010\\_Dr\\_Tuiran\\_V4am.pdf](http://www.imjuventud.gob.mx/imgs/uploads/Presentacion_ENJ_2010_Dr_Tuiran_V4am.pdf)

Instituto Nacional de Salud Pública (2012). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012*.

Recuperado de

<http://ensanut.insp.mx/informes/ENSANUT2012ResultadosNacionales.pdf>

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2017). *Estadísticas a propósito del día de la madre (10 de mayo)*. Recuperado de

[http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2017/madre2017\\_Nal.pdf](http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2017/madre2017_Nal.pdf)

IPPF (2010). *Framework for comprehensive sexuality education (CSE)*. Recuperado de [https://www.ippf.org/sites/default/files/ippf\\_framework\\_for\\_comprehensive\\_sexuality\\_education.pdf](https://www.ippf.org/sites/default/files/ippf_framework_for_comprehensive_sexuality_education.pdf)

Juárez, F., Singh, S., Maddow-Zimet, I. & Wulf, D. (2013). *Embarazo no planeado y aborto inducido en México; causas y consecuencias*. Nueva York: Guttmacher Institute

- Krauskopof, D. (1999). El desarrollo psicológico en la adolescencia: las transformaciones en una época de cambios. *Adolescencia y Salud*, 1(2). Recuperado de [http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1409-41851999000200004&lng=en&tlng=es](http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-41851999000200004&lng=en&tlng=es)
- Lehalle, H. (2006). Cognitive development in adolescence: Thinking freed from concrete. En *Handbook of Adolescent Development* (pp. 30-45). New York: Psychology Press.
- Lozano, V. I. & Salinas-Quiroz, F. (2016). *Conociendo nuestra diversidad. Discriminación, Sexualidad, Derecho, Salud, Familia y Homofobia en la Comunidad LGBTTTI*. México: ActúaDF, COPRED
- Mangrulkar, L., Vince. W.C. & Posner, M. (2001). *Enfoque de habilidades para la vida para un desarrollo saludable de niños y adolescentes*. Washington: Organización Panamericana de la Salud
- Moreno, D., García, G., Rodríguez, M.L., & DíazGonzález, E. (2007). Capítulo 4. Reflexiones críticas a los modelos psicológicos de la salud orientados al VIH/SIDA. Desde la perspectiva interconductual. En Robles, S. & Moreno, D. (Eds.), *Psicología y salud Sexual* (pp. 43-62). México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Municipalidad de Santiago (2016). *100 preguntas sobre sexualidad adolescente*. Santiago de Chile: Municipalidad de Santiago.
- Muñoz, R.J. (2009). *Contra el oscurantismo: defensa de la laicidad, la educación sexual y el evolucionismo*. Centro de investigaciones interdisciplinarias en ciencias y humanidades: Universidad Nacional Autónoma de México.

- OCDE (2009). *Doing Better for Children*. OECD Publishing, Paris. Recuperado de [http://www.keepeek.com/Digital-Asset-Management/oecd/social-issues-migration-health/doing-better-for-children\\_9789264059344-en#.WcQzqXbyjIU#page1](http://www.keepeek.com/Digital-Asset-Management/oecd/social-issues-migration-health/doing-better-for-children_9789264059344-en#.WcQzqXbyjIU#page1)
- OMS (2018) *Adolescent pregnancy*. Recuperado de <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>
- UNESCO (2014). *Educación integral de la sexualidad: conceptos, enfoques y competencias*. Santiago de Chile: OREALC/UNESCO Santiago. Recuperado de <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000232800>.
- ONUSIDA (2017). *Hoja Informativa. Últimas estadísticas sobre el estado de la epidemia de SIDA*. Recuperado de <http://www.unaids.org/es/resources/fact-sheet>
- Organización Panamericana de la Salud (2009). *Salud Sexual para el Milenio*. Washington, DC: OPS
- Organización Panamericana de la Salud (2001). *Enfoque de habilidades para la vida para un desarrollo saludable de niños y adolescentes*. Recuperado de <https://convivencia.files.wordpress.com/2008/11/habilidades2001oms65p.pdf>
- Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud (2000). *Promoción de la Salud Sexual. Recomendaciones para la acción*. Recuperado de [http://www1.paho.org/spanish/hcp/hca/salud\\_sexual.pdf?ua=1](http://www1.paho.org/spanish/hcp/hca/salud_sexual.pdf?ua=1)
- Pick, S., Aguilar, J.A., Rodríguez, G., Reyes, J., Collado, M.E., Pier, D., Acevedo, M.P. & Vargas, E. (1988). *Planeando tu vida. Programa de educación sexual y para la vida dirigido a los adolescentes*. (7ª. Ed) México: Grupo Editorial Planeta

- Pick, S. García, R.g., & Leenen, I. (agosto, 2011). Modelo para la promoción de salud en comunidades rurales a través del desarrollo de agencia personal y empoderamiento intrínseco. *Revista Universitas Psychologica*. Vol. 10(2). Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=64722451002>
- Vigil, P., Riquelme R., Rivadeneira R., & Aranda, W. (2005). TeenSTAR: una opción de madurez y libertad. Programa de educación integral de la sexualidad, orientado a adolescentes. *Revista Médica de Chile*. Vol. 133(10). Recuperado de [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S003498872005001000006&script=sci\\_arttext](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S003498872005001000006&script=sci_arttext)
- Robles, M. S., Díaz-Loving, R., Moreno, R.D., Frías, A.B., Rodríguez, C.M., Barroso, V.R. & Rodríguez, C.M.L. (2011). *Validación de la encuesta estudiantil sobre salud sexual (EESS)*. México: Facultad de Estudios Superiores Iztacala
- Robles, S., Enríquez, D., Sánchez, R., Olvera, G., & Cabrera, A. (2007). Capítulo 1. El condón masculino: su eficacia y su uso correcto. En Robles, S. & Moreno, D. (Eds.), *Psicología y salud Sexual* (pp. 15-54). México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Robles, S., Moreno, D., Rodríguez, M.L. & Díaz González, E. (2007). Capítulo 3: Comunicación sexual asertiva y prevención del VIH/SIDA. En Robles, S. & Moreno, D. (Eds.), *Psicología y salud Sexual* (pp. 65-76). México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Robles, S., Moreno, D., Rodríguez, M., Barroso, R., Frías, B., Rodríguez, M., Díaz-González, E., Castillo, P. & Hernández, P.R. (2007). Cap. 6. Predictores del uso correcto del condón con base en un modelo psicológico de prevención del VIH/SIDA. En Robles, S. & Moreno, D. (Eds.), *Psicología y salud Sexual* (pp. 80-101). México: Universidad Nacional Autónoma de México.



- Robles, M.S.S.; Solano, C. R.; Díaz-Loving, R.; Moreno, R.D.; Frías, A.B.; Rodríguez, C. M. & Barroso, V.R. (2012). Efectos de un programa de prevención de problemas de salud sexual sobre variables psicosociales y conductuales en adolescentes sin experiencia sexual. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*. Vol. 15(3) Recuperado de <http://www.revistas.unam.mx/index.php/rep/article/view/33648>
- Rubio, A. E. (2002). Introducción al estudio de la sexualidad humana. En *Antología de la Sexualidad Humana Tomo I*. México: Porrúa
- Santos, P.J., Villa, B.J., García, A.M., León, A. G., Quezada, B.S. & Tapia, C.R. (2003). La transición epidemiológica de las y los adolescentes en México. *Salud Pública de México*, 45(S1). Recuperado de [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036-36342003000700018](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342003000700018)
- Secretaría de Salud del Distrito Federal. (2014). *Por mí, por ti, por todos. Información vital para la salud sexual*. México: Secretaría de Salud del Distrito Federal.
- Stern, C. (abril, 2007). Estereotipos de género, relaciones sexuales y embarazo adolescente en la vida de jóvenes de diferentes contextos socioculturales en México. *Estudios Sociológicos*. Vol: XXV(73). Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=59807304>
- Ulloa-Aguirre, A., Díaz-Cueto, L. & Méndez, J.P. (2002). La pubertad. En: *Antología de la Sexualidad Humana*. Vol. II. (pp. 515-541). México: Porrúa
- UNICEF (2010). *La infancia y el sida. Quinto inventario de la situación*, 2010. Recuperado de [https://www.unicef.org/spanish/publications/files/Children\\_and\\_AIDS-Fifth\\_Stocktaking\\_Report\\_2010\\_SP.pdf](https://www.unicef.org/spanish/publications/files/Children_and_AIDS-Fifth_Stocktaking_Report_2010_SP.pdf)

Vivo, S., López-Peña, P., & Saric, D. (2012). *Salud Sexual y reproductiva para jóvenes. Revisión de evidencia para la prevención*. Washington DC: Banco Interamericano de Desarrollo (BID). Recuperado de <https://publications.iadb.org/en/publication/16390/sexual-and-reproductive-health-youth-review-evidence-prevention>

WRC (2012). *Programas de salud sexual y reproductiva para adolescentes en entornos humanitarios: una mirada profunda a los servicios de planificación familiar*. Recuperado de [https://www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/ASRH\\_good\\_practice\\_documentation\\_1-25-2013\\_SPANISH\\_FINAL\\_4\\_logos.pdf](https://www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/ASRH_good_practice_documentation_1-25-2013_SPANISH_FINAL_4_logos.pdf)

Zani, B. and Cicognani, E. (2006). Sexuality and intimate relationships in adolescence. En *Handbook of Adolescent Development* (pp. 200-222). Nueva York, NY: Psychology Press.