

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO
ESCUELA SUPERIOR ACTOPAN

“APLICACIÓN DE UN TALLER DE EDUCACIÓN SOBRE LA
SEXUALIDAD Y DISEÑO DEL PROYECTO DE VIDA EN
ADOLESCENTES DEL BACHILLERATO DEL ESTADO DE HIDALGO
PLANTEL ATENGO DE TEZONTEPEC DE ALDAMA, HGO.”

TESINA

QUE PRESENTA PARA OBTENER EL TITULO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA

MÓNICA PÉREZ URBANO

DIRECTOR: PSIC. JAVIER MORENO TAPIA

ACTOPAN, HGO.

JUNIO 2009

Agradecimientos

A lo largo de mi vida he aprendido que una de las cosas más importantes para el ser humano es la gente que encuentra en su camino; me siento muy afortunada por estar rodeada de seres maravillosos con quien he compartido y construido momentos inolvidables.

Gracias Dios por cada instante de mi vida

Agradezco y dedico todos mis logros a mis padres porque son ellos quienes sembraron en mí las aspiraciones y los valores que me hacen ser lo que soy. Gracias por creer en mí, por su ejemplo, por su lucha constante para sacarnos adelante a mis hermanos y a mí, por su amor incondicional, por la vida misma Mis Gracias

A mis hermanos: Glau, Adry, Gus, por compartir momentos tan agradables, por su confianza, respeto, apoyo y amor en todo momento de mi vida.

A mi sobrino: Brandon porque eres parte importante de mi vida

Oli. Gracias amor por creer en mí, por tu apoyo, por acompañarme en cada momento, por tu tolerancia y amor, por esos hijos tan maravillosos, porque eres parte importante en mi vida . . . Te amo

A mis grandes amores Disan y Bebé por que ustedes son mi más grande logro y motivo de inspiración para seguir superándome cada día.

Lety. Gracias por ser quien eres y por tu apoyo incondicional. . . .

Mtro Javier. Gracias. . . . Mis gracias por compartir sus conocimientos y por su apoyo para poder terminar este trabajo tan importante para mí.

A mis grandes amigas: Gardenia, Briselda y Ana Lilia, por su amistad inquebrantable y por compartir momentos tan agradables

A mis sindicales: Por el tiempo que dedicaron para leer este trabajo y poder culminarlo

A la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, Escuela Superior Actopan y docentes, mi más sincero agradecimiento por ser parte de mi formación profesional.

A el Bachillerato del estado de Hidalgo plantel Atengo por brindarme todo el apoyo para la realización de esta trabajo. . . Gracias

Índice

RESUMEN	3
ABSTRACT	4
INTRODUCCIÓN	5
ADOLESCENCIA	8
1.1 DESARROLLO FÍSICO	9
1.2 DESARROLLO SOCIAL	11
1.3 DESARROLLO COGNITIVO	13
1.4 DESARROLLO EMOCIONAL.....	14
1.5 DESARROLLO MORAL	15
1.6 DESARROLLO DE LA PERSONALIDAD	17
1.7 DESARROLLO SEXUAL	23
1.8 PROBLEMÁTICAS DE LA ADOLESCENCIA	25
TEORIA DE GÉNERO Y SEXUALIDAD	46
2.1 CONCEPTO DE SEXUALIDAD	46
2.2 TEORIA DE GÉNERO.....	47
2.3 MICHAEL. FOCOULT.....	52
INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL Y EMBARAZO NO DESEADO.....	58
3.1 INICIO DE LA VIDA SEXUAL DE LOS ADOLESCENTES.....	58
3.2 ABORTO	63
3.3 INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL	67
PROGRAMA DE EDUCACIÓN SEXUAL PARA ADOLESCENTES	94
4.1 ANTECEDENTES	94

4.2 PROGRAMAS DE EDUCACIÓN SEXUAL PARA ADOESCENTES	95
4.3 FUNDAMENTO O MARCO DE REFERENCIA PARA EL DISEÑO DEL TALLER	98
MÉTODO	109
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	109
JUSTIFICACIÓN	110
OBJETIVO GENERAL.....	111
HIPÓTESIS	112
DEFINICIÓN CONCEPTUAL Y OPERACIONAL DE VARIABLES	112
MUESTRA	113
TIPO DE ESTUDIO Y/O DISEÑO.	113
INSTRUMENTOS DE RECOGIDA DE DATOS.....	114
ESCENARIO	117
PROCEDIMIENTO	118
ANÁLISIS DE RESULTADOS.....	121
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	139
REFERENCIAS.....	142
ANEXOS	147

RESUMEN

La presente investigación surge a partir de la necesidad de generar en los adolescentes conductas responsables para la elaboración de un proyecto de vida que les permita planear el momento adecuado para iniciar una vida sexual activa, las medidas preventivas que deben tomar para no contagiarse de una Infección de Transmisión Sexual (ITS), para evitar un embarazo no deseado que modifique o cambie total o parcialmente su desarrollo profesional.

Por ello, el objetivo de esta tesina es diseñar una propuesta psicoeducativa que pretende proporcionar a los adolescentes del Bachillerato de Tezontepec de Aldama, Hidalgo, herramientas adecuadas para elaborar su proyecto de vida tomando en cuenta sus habilidades, capacidades y alcances económicos que le permitan desarrollar y alcanzar sus metas a corto y largo plazo y el buen ejercicio de su sexualidad.

Se aplicó un cuestionario antes y después del taller sobre conocimientos de sexualidad y se hizo un análisis cualitativo de los formatos recabados durante del taller sobre el proyecto de vida. Los resultados obtenidos en el cuestionario no demostraron diferencias estadísticamente significativas pero si se notó una diferencia en la calidad de la definición del proyecto de vida, tarea en la que los adolescentes mostraron gran interés y participación en el desarrollo de las actividades.

Se concluye que el taller fue importante pero deben de manejarse propuestas con un enfoque sistémico, es decir, que sean actividades más recurrentes e integradas en un tiempo más prolongado, así como considerar a la persona de manera más global y apoyar el desarrollo de todos los aspectos psicológicos para tener un impacto en la vida de los adolescentes y en específico para esta investigación en el diseño del proyecto de vida y el ejercicio de su sexualidad.

ABSTRACT

This research rises from the necessity to provoke in teenagers responsible behaviors in order to have a life project which lead them to plane the best moment to start an active sexual life, and the preventive actions they have to undertake to get no infected with a sexually transmissible disease, to avoid an undesirable pregnancy whih modify or change totally or partially his/her professional development.

This is why the objective of this thesina is to design a psychoeducative proposal which pretend to offer to teenagers of the Bachillerato of Tezontepec de Aldama, Hidalgo suitable knowledge to devise their own life project considering their skills, capabilities, and economic resources which let them to develop and get their goals in short or long terms as well as a healthy sexual practice.

A questionnaire was applied before and after the workshop about knowledges on sexuality and it was made a qualitative analysis of the forms obtained during the workshop about the life project. Results from the questionnaire showed no significant statistical differences, but it was noted the difference in quality for definition of life project, in this task teenagers were very interested and they collaborate actively.

In conclusion, workshop was really important but teenagers need proposals with a systemic focus on, it means, recurrent and integrated activities in a lengthy time as well as to consider to teenager as a complex subject and support his/her development in all psychological aspects to positively impact in their life, and in the case of this specific research in the design of life project and the practice of their sexuality.

INTRODUCCIÓN

La sexualidad es una dimensión de la vida de las personas muy importante. Aunque la sexualidad tiene gran importancia a lo largo de la vida es en la etapa de la adolescencia donde adquiere una mayor dimensión por sus implicaciones biológicas, psicológicas, económicas y sociales.

La salud sexual y reproductiva en la adolescencia representa una prioridad a nivel mundial, ya que no obstante los esfuerzos realizados durante los últimos años muestran que aún hay mucho por hacer. Las estadísticas muestran que los adolescentes son una población vulnerable al contagio de la Infecciones de Transmisión Sexual (ITS). Cada año el 15% del total de adolescentes a nivel mundial contrae ITS. En México, las ITS ocupan uno de los cinco primeros lugares de demanda de consulta en el primer nivel de atención médica y se ubica entre las diez primeras causas de morbilidad general en el grupo de 15 a 49 años de edad. Con lo que respecta al SIDA, se ubicó como la decimoquinta causa de muerte en el país 560,000 jóvenes entre los 15 y 24 años de edad viven con SIDA. (CONAPO, 2001)

El embarazo adolescente y el aborto son problemas que representan otro reto para los promotores de la salud sexual y reproductiva en la adolescencia. En el año 2000, en México ocurrieron más de 500, 000 embarazos en menores de 19 años, donde 360,000 llegaron a su término, lo que representa el 17% del total de nacimientos en el país (CONAPO, 2001). Los embarazos no planeados implican un riesgo de salud para la madre adolescente y el recién nacido, y en muchos casos cambia el rumbo de vida de los adolescentes y limita su desarrollo personal y profesional.

Para reducir el comportamiento sexual de riesgo en los adolescentes se ha identificado la pertinencia de proporcionar información clara y objetiva sobre sexualidad y clarificar las creencias conductuales hacia la sexualidad (Pérez, 2006). Además de formarles y enseñarles conductas responsables para la

elaboración de un proyecto de vida que les permita planear el momento adecuado para iniciar una vida sexual activa, las medidas preventivas que deben tomar para no contagiarse de una Infección de Transmisión Sexual (ITS), para evitar un embarazo no deseado, para planear su vida profesional.

Es por lo antes citado que el objetivo de esta tesina es diseñar una propuesta psicoeducativa que pretende proporcionar a los adolescentes del Bachillerato de Tezontepec de Aldama, Hidalgo, herramientas adecuadas para elaborar su proyecto de vida tomando en cuenta sus habilidades, capacidades y alcances económicos que le permitan desarrollar y alcanzar sus metas a corto y largo plazo y el buen ejercicio de su sexualidad.

Esta tesina se divide en cuatro partes, en la primera parte se presenta el marco teórico sobre la adolescencia, el desarrollo físico, psicológico, cognitivo, social, sexual, moral y desarrollo de la personalidad, los principales problemas en la adolescencia y el proyecto de vida. En el segundo capítulo se abordan las infecciones de transmisión sexual, el SIDA, el embarazo no deseado, la Interrupción Legal del Embarazo (ILE), el aborto, métodos anticonceptivos y centros o asociaciones civiles en apoyo al paciente con SIDA. En el tercer capítulo se muestra el programa de educación sexual para adolescentes y los fundamentos que dieron pauta al mismo. Finalmente, se presenta el Método, Análisis de resultados, Conclusiones y Sugerencias de este estudio.

Como instrumento de recogida de datos se aplicó un cuestionario antes y después del taller sobre conocimientos de sexualidad y se hizo un análisis cualitativo de los formatos recabados durante del taller sobre el proyecto de vida. Los análisis de resultados del cuestionario no demostraron diferencias estadísticamente significativas pero si se notó una diferencia en la calidad de la definición del proyecto de vida, tarea en la que los adolescentes mostraron gran interés y participación en el desarrollo de las actividades.

Se concluye que el taller fue importante pero deben de manejarse propuestas con un enfoque sistémico, es decir que sean actividades más

recurrentes e integradas en un tiempo más prolongado, así como considerar a la persona de manera más global y apoyar el desarrollo de todos los aspectos psicológicos para tener un impacto en la vida de los adolescentes y en específico para esta investigación en el diseño del proyecto de vida y el ejercicio de su sexualidad.

La experiencia es muy enriquecedora porque aún con todas las limitaciones y debilidades que se puedan observar da pauta para promover innovaciones en el ámbito investigado, el cual es donde profesionalmente la presente autora labora actualmente.

ADOLESCENCIA

En México, se estima que a mediados de 1998, existían 20.1 millones de personas con una edad comprendida entre los 15 y 24 años, lo que significa que el 23% de la población total del país es joven. Este número es el más elevado en la historia y representa más del doble de la población juvenil que existía en 1970. Se considera que aún cuando esta cifra se verá aminorada en los próximos años como resultado del descenso de la fecundidad de las tres últimas décadas, todavía se sentirán por unos años más los efectos de la inercia del crecimiento demográfico del pasado. (Pérez, 2006)

La adolescencia se inicia cuando la persona empieza a notar los cambios físicos y psíquicos que van a conducir a la madurez sexual y termina cuando, al haber madurado en todos los aspectos, puede realizar con más independencia su propio proyecto de vida. No se puede precisar con exactitud cronológica el inicio ni el fin de esta etapa de la vida. (Papalia, Wendkos, y Duskin, 2002)

La adolescencia es una etapa importante en la vida del hombre, a la cual se le han asignado múltiples definiciones:

- La palabra adolescencia proviene del verbo latino “adolescere” que significa crecer. La Real Academia de la Lengua nos indica que este vocablo viene del latín y también significa doler.
- La adolescencia es una etapa transitoria del desarrollo entre la niñez y la edad adulta. Esta fase implica muchos cambios tanto en los aspectos psicológicos, como en los cognitivos y físicos. Comienza con los cambios físicos y psíquicos dirigidos hacia la madurez sexual, finaliza con la maduración y se evidencia con la definición del proyecto de vida de la persona. (Ituarte de Ardaín, 2004)

- Periodo de la vida humana durante el cual alcanzan su madurez las funciones sexuales, es decir, el periodo comprendido entre el comienzo de la pubertad y la edad adulta. (Warren, 1998)

Como podemos ver el adolescente vive y se desempeña en diversas facetas, las cuales se resumen a continuación:

1.1 DESARROLLO FÍSICO

El periodo de la pubertad (o pubescencia) señala el final de la niñez. El joven experimenta cambios físicos, hormonales y sexuales para lograr la capacidad de reproducirse. Este periodo está asociado con un aumento de la estatura y peso y la aparición de características sexuales secundarias. La maduración de glándulas sexuales es la cualidad de esta fase. A partir de los 12 años, las personas empiezan a experimentar una serie de cambios tanto físicos como mentales hasta llegar a la edad adulta.

Un niño entre 9 y 16 años entra en el periodo de la pubertad. La edad exacta para que inicie esta etapa depende de factores como la genética y el tipo de alimentación y si es niño o niña. En promedio los niños entran en la pubescencia dos años más tarde que las niñas. En ese momento, la glándula pituitaria y el hipotálamo (glándulas endocrinas) comienzan a enviar nuevas hormonas que aceleran los cambios de la pubertad.

Entre los cambios generales que se producen en los niños se encuentran los siguientes:

- Crecimiento repentino de estatura y peso
- Desarrollo de características sexuales secundarias (aparición de hombre adulto)
- Aumento del interés sexual (impulso sexual)
- Las glándulas sudoríparas se vuelven más activas
- Las glándulas sebáceas se vuelven más activas y puede aparecer el acné

- Crecimiento del pene y los testículos
- Los testículos aumentan el nivel de testosterona
- Cambio en la voz
- Crecimiento del vello en la pubis, axila y barba
- Eyaculaciones durante la noche (emisiones nocturnas).

Los testículos tienen una fabricación constante de espermatozoides, cuyo proceso de producción se llama “espermatogenesis”. Aunque un volumen de espermatozoides puede ser almacenado en una estructura que se extiende desde el testículo conocido como epidídimo, los espermatozoides deben ser liberados cada cierto tiempo, como parte de un proceso fisiológico normal, para poder dar cabida a los espermatozoides nuevos. Esto ocurre de manera automática durante el sueño y es lo que se conoce como emisión nocturna o “poluciones nocturnas”, o después de una masturbación o relación sexual. Las emisiones nocturnas pueden ser una inquietud común para los hombres adolescentes que están entrando en la pubertad, por lo que se les debe informar que son una parte normal del proceso de maduración. (Papalia y otros., 2002)

Las niñas comienzan el periodo de la pubertad entre los 9 y 16 años. El inicio de los periodos menstruales (menstruación) es el rasgo más visual de la entrada de la pubertad. Antes de la presencia de la menarca, las niñas pubescentes suelen experimentar los siguientes cambios:

- Crecimiento rápido, en especial de estatura
- Agrandamiento de los senos
- Crecimiento del bello en pubis, axilas y piernas:
- Secreciones vaginales claras o blanquecinas
- Ensanchamiento de las caderas

Los ovarios aumentan su producción de estrógeno y demás hormonas, lo que da inicio al ciclo menstrual. Las niñas nacen con un órgano donde se desarrolla el bebé (útero), al lado del cual se encuentran dos glándulas pequeñas (ovarios) que producen las “hormonas femeninas” y comienzan a liberar los óvulos que están almacenados en los ovarios desde el nacimiento. Cada mes (aproximadamente) un ovario libera un óvulo que viaja a lo largo del conducto que coloca el ovario con el útero (trompas de Falopio) durante unos 3 o 4 días, hasta llegar al útero. Durante ese tiempo, la capa que recubre al útero (endometrio) comienza a engrosarse, llenándose de sangre y líquidos, de manera que si el óvulo es fertilizado, esta puede crecer en esta capa engrosada para alojar al bebé.(Papalia y otros., 2002)

Durante los periodos menstruales, puede haber una segregación clara o blanquecina, lo cual es normal. Los ciclos menstruales duran cerca de un mes (entre 28 y 32 días). Al principio, tienden a ser irregulares, por lo que la niña puede pasar hasta dos meses sin periodo o tener dos periodos en un mes, pero con el tiempo esto tiende a regularse.

La maduración física en las niñas se completa a los 17 años, por lo que cualquier aumento de estatura después de esta edad es poco común. Aunque la madurez física ha finalizado, no puede decirse lo mismo de la madurez psicológica y educacional, porque siguen siendo un proceso constante a lo largo de la vida.

1.2 DESARROLLO SOCIAL

La adolescencia es una etapa de la vida que se caracteriza por una fuerte tensión en las personas, esta tensión se relaciona directamente con las expectativas que la sociedad, y los adultos en especial, tienen hacia los adolescentes. La confluencia de los cambios físicos, conductuales, cognitivos, emocionales y sociales, dan a la persona una nueva perspectiva con las figuras importantes, en el hogar, con los amigos y la escuela (Osorno y otros., 2006)

En esta etapa de desarrollo, se espera que el adolescente alcance el status primario y que asuma una autosuficiencia que le permita dirigirse a metas de acuerdo a sus habilidades, capacidades y posibilidades ambientales y sobre todo que sea capaz de estructurar las actitudes y pautas de comportamiento adecuadas para ocupar un lugar en el mundo de los adultos. Es así, que entre las paradojas más grandes de la adolescencia esta el conflicto entre el deseo vehemente de un adolescente de encontrar una identidad individual para afirmar un Yo único y el deseo abrumador de ser exactamente como sus amigos, ya que la pertenencia a un grupo tiene un valor muy importante.

Las amistades cumplen en esta etapa variadas funciones, tales como el desarrollo de las habilidades sociales que sirven como ayuda para enfrentar la crisis y los sentimientos comunes y a la definición de la autoestima y estatus, no por lo que dicen, sino por la posición del grupo al que pertenecen. Por ello, las amistades llegan a ser más íntimas y se desarrollan relaciones con el grupo de iguales del otro sexo. Así, el adolescente emplea la mayor parte del tiempo con su grupo de iguales. Además, la capacidad racional desarrollada junto con la objetividad lograda, permite que las tensas relaciones con los padres y profesores se relajen, admitiendo sus influencias dependiendo del valor objetivo de su opinión y dándose incluso la relación de amistad con uno de los padres.(Pérez, 2006)

La interacción que tienen los adolescentes con sus iguales dentro de un grupo de amigos les brinda ensayos sobre el lugar que después ocuparan en la estructura social.

Hurlock en 1999 (citado en Osorno y otros., 2006) describe que en esta etapa las relaciones entre amigos dominan el mundo social del individuo y constituyen la fuerza social más poderosa de su vida, porque cumple varias funciones, entre las que están la búsqueda de independencia y separación de su familia.

1.3 DESARROLLO COGNITIVO

La adolescencia trae mayor independencia. Los jóvenes procuran asentirse cada vez más. En parte esta autosuficiencia se debe a cambios en el cerebro que preparan el camino para los avances importantes que ocurren en las habilidades cognoscitivas durante esta etapa.

A medida que el número de neuronas (las células del sistema nerviosos) continúa creciendo y que sus interconexiones se vuelven más ricas y complejas, el pensamiento de los adolescentes también se vuelve más sofisticado. El cerebro produce un suministro excesivo de materia gris durante la adolescencia, la cual, luego se elimina a una tasa de 1 a 2 porciento al año. La *mielinización* –proceso en el cual las células nerviosas son aisladas por una cubierta de células grasas– se incrementa y hace más eficiente la transmisión de mensajes nerviosos. Tanto el proceso de poda como la mayor mielinización contribuyen al crecimiento de las habilidades cognoscitivas de los adolescentes .(Feldman, 2007)

Según el mismo Feldman describe que un área específica del cerebro que pasa por un desarrollo considerable durante la adolescencia es la corteza prefrontal, la cual no se desarrolla por completo sino hasta alrededor del inicio de los 20 años. La corteza prefrontal es la parte del cerebro que permite pensar, evaluar y hacer juicios de una manera distintivamente humana.

La corteza prefrontal también es el área cerebral que permite el control de impulsos. En lugar de reaccionar simplemente a las emociones como el enojo o la ira. Durante la adolescencia la corteza prefrontal esta biológicamente inmadura, la habilidad para inhibir los impulsos no está del todo desarrollada, lo que da lugar a algunas de las conductas arriesgadas e impulsivas características de los adolescentes.

Cambios externos e internos de la vida de los adolescentes se combinan para alcanzar la madurez cognoscitiva de acuerdo con Piaget: Las estructuras de su cerebro han madurado y su ambiente social se ha ampliado, dándole más

oportunidades para la experimentación por lo que es esencial la interacción entre las dos clases de cambios.

Sin embargo, para que el desarrollo neurológico de los adolescentes sea elocuente para alcanzar este estadio (de las operaciones formales), puede ser que jamás lo logre si no ha sido estimulado de manera adecuada por su ambiente cultural y educativo. (OCEANO, 2001)

Las capacidades cognitivas del adolescente posibilitan que cobre una mayor consciencia de los valores morales y una mayor sutileza en la manera de tratarlos. La capacidad de abstracción permite al adolescente abstraer e interiorizar los valores universales. En esta etapa, el adolescente puede alcanzar el nivel de moralidad post-convencional de Kohlberg (Cueli, Reidl, Martí, Lartigue, y Michaca, 1990) , en donde el sujeto presenta principios morales autónomos y universales que no están basados en las normas sociales, sino más bien en normas morales congruentes e interiorizadas. En la teoría de Kohlberg, el razonamiento moral es una función del desarrollo cognoscitivo, y de esta manera, el desarrollo moral se manifiesta en la adolescencia como la habilidad para pensar en abstracto que los habilita para entender los principios morales universales. Los adolescentes aplican el desarrollo moral a muchas clases de problemas, desde los importantes problemas sociales hasta las elecciones en la vida personal.

1.4 DESARROLLO EMOCIONAL

El sentimiento deja de ser preponderante sobre la razón y la gran emotividad durante la adolescencia disminuirá, llegando incluso al letargo del sentimiento, exceptuando el periodo del primer amor. Esto también hace que los estados de ánimo sean más constantes. Con un marcado optimismo. Sin embargo en la crisis adolescente existen altas probabilidades de presentarse una depresión, lo cual puede adoptar una de dos formas: la primera se expresa como un “sentimiento vacío, una falta de autodefinición, que se asemeja según su descripción verbal a un estado de despersonalización”, lo que genera un alto grado de ansiedad. La segunda, clase de depresión tiene su fundamento en repetidas experiencias de

derrota a lo largo de un espacio de tiempo. Esto puede deberse a los numerosos cambios que presenta al mismo tiempo la vida de un adolescente. La depresión tiene su índice más alto entre los 16 y 19 años.

El suicidio en esta etapa aumenta considerablemente, transformándose en la segunda causa de muerte de los adolescentes. Los suicidios reales son más comunes entre hombres con una proporción de 3 a 1 en relación con las mujeres, empleando métodos más activos como armas de fuego; las mujeres utilizan métodos más pasivos, drogas o intoxicaciones con pastillas para dormir, por lo que muchos no llegan a concretarse, catalogados como intentos de suicidio y cuyo índice resulta ser significativamente mayor que el que se presenta en los varones.

Entre los factores inmediatos que precipitan al suicidio, se encuentran el rompimiento amoroso, el embarazo, conflicto con los padres y el fracaso escolar; entre otros, pero por lo general, es la culminación de una serie de dificultades crecientes. Así mismo, las drogas y el alcoholismo pueden aumentar las probabilidades de que estos factores lleven al adolescente al suicidio.

1.5 DESARROLLO MORAL

Durante los años de la adolescencia se producirán importantes cambios en el ámbito del razonamiento moral. De acuerdo con Kohlberg (citado en Oliva, 2008) las personas progresan a través de una serie de fases hasta alcanzar los mayores niveles de desarrollo moral. Durante la infancia, niños y niñas se habían centrado en la perspectiva egocéntrica propia del nivel *preconvencional* en el que el bien se definía de forma independiente de la intención del sujeto por la obediencia literal a las normas, y las razones que justifican al comportarse de acuerdo a estas normas eran la evitación del castigo. Aunque algunos adolescentes van a permanecer en este nivel, la mayoría de los chicos y chicas comenzarían antes de la pubertad a mostrar un razonamiento moral algo más avanzado, situándose en lo que Kohlberg denominó el nivel convencional. Ahora los adolescentes van a elaborar sus juicios morales basándose en las expectativas del grupo social, y las razones para seguir las reglas sociales son conseguir la

aprobación de los demás y una opinión favorable hacia su comportamiento como miembro de un colectivo. En la primera fase de este nivel tratarían de mostrarse ante los demás como un buen chico o una buena chica. Más adelante, en el estadio más avanzado de este nivel convencional, surge una mayor orientación hacia la ley y el orden, que deben ser respetados por el bien de la comunidad. Muchos adolescentes superan la visión egocéntrica propia de la niñez para situarse en una perspectiva social de miembro de una sociedad que juzga los comportamientos a partir del bien colectivo.

Hay varias razones que justifican este avance en el desarrollo del juicio moral. Si tenemos en cuenta que, en el modelo propuesto por Kohlberg, el desarrollo cognitivo representa un valor necesario, aunque no suficiente, para que se produzcan avances a nivel de razonamiento moral. Así, mientras que la capacidad de pensar de forma abstracta va a permitir que surja la preocupación por el concepto de justicia o de bien social, el desarrollo de la habilidad para adoptar perspectivas diferentes a la propia incrementará la preocupación por la opinión de los demás, y por las consecuencias de sus actos sobre otras personas. Junto a estos avances cognitivos hay que tener en cuenta que durante los años de la adolescencia son frecuentes las discusiones con padres y compañeros acerca de diversos temas sociales y morales, que pueden producir en el chico o chica el conflicto o desequilibrio cognitivo que le empuje a cambiar sus formas de razonar a cerca de los dilemas morales.

Aunque la mayoría de los adolescentes y adultos permanecerán en este nivel de desarrollo moral, algunos sujetos, durante la adolescencia tardía o ya en la adultez, evolucionarán hacia la última fase en el desarrollo del razonamiento moral: *postconvencional*. En este nivel, los comportamientos se van a juzgar a partir de principios o derechos humanos universales que están por encima de las normas sociales. Por lo tanto, el individuo se sitúa en una perspectiva por encima de la sociedad, construyendo principios que predominan sobre los socialmente establecidos.

1.6 DESARROLLO DE LA PERSONALIDAD

Los años de la infancia son muy importantes de cara a la formación de la personalidad; antes de la pubertad podemos ya apreciar a niños y niñas muchos rasgos y características que configuran una forma de ser y de actuar bastante definida; sin embargo, el periodo de la adolescencia será definitivo de cara al afianzamiento de la personalidad. Son demasiados los cambios que tienen lugar al cambio físico, cognitivo y social, como para que la personalidad no se vea afectada por ellos y permanezca inalterada. El adolescente deberá responder a la pregunta fundamental “¿quién soy yo?” y para encontrar la respuesta deberá afrontar algunas tareas durante los años que siguen a la pubertad. Así tendrá que perfilar la imagen que tiene de sí mismo, adoptar algunos compromisos de carácter ideológico y religioso, elegir una profesión, definir su orientación sexual, optar por un estilo de vida y de relaciones, asumir valores de tipo moral, etc. Si el chico o la chica son capaces de solucionar la mayoría de estas tareas, habrán dotado a su yo de contenidos que estaban ausentes, dando un paso de gigante de cara a la formación de su carácter. No obstante, aunque tras la adolescencia la personalidad habrá adquirido mucha estabilidad, ello no quiere decir que no vayan a producirse cambios durante la adultez, ya que el proceso que se inició en la primera infancia continuará a lo largo de todo el ciclo vital. (Oliva, 2008)

1.6.1 DESARROLLO DEL AUTOCONCEPTO

Con la llegada de la adolescencia se van a producir una serie de cambios físicos y psíquicos que van a tener una importante repercusión sobre el autoconcepto del sujeto, que experimenta modificaciones que pueden romper el equilibrio alcanzado en la etapa anterior.

En cuanto a los *contenidos* que el adolescente suele incluir en el concepto de sí mismo, hay que destacar que los cambios físicos propios de la pubertad les obligarán a revisar la imagen que hasta entonces habían construido para incluir los nuevos rasgos que empiezan a configurar su nuevo cuerpo de adulto. No es extraño que sobre todo en la adolescencia temprana, las definiciones que chicos

y chicas hacen de sí mismo incluyan muchas referencias a características corporales, ya que su aspecto físico representa una de sus principales preocupaciones. Estas alusiones a su apariencia irán disminuyendo paulatinamente, siendo poco a poco sustituida por rasgos referidos a su sistema de creencias, su filosofía de vida o sus expectativas de futuro. La responsabilidad de este cambio es de la mayor capacidad para la abstracción que caracteriza al pensamiento formal, que, unida a la tendencia a la introspección propia de estos años, incrementará a partir de la adolescencia media la propensión de chicos y chicas a definirse a partir de su interior psicológico, con frecuentes referencias a pensamientos, sentimientos, aspiraciones y deseos. También la importancia que adquieran durante estos años las relaciones sociales va a tener un reflejo en los contenidos del autoconcepto, aunque las simples referencias a vínculos personales más propias de la niñez, van a verse reemplazadas por las descripciones interpersonales. Así en el autoconcepto de los adolescentes más jóvenes aparecen las características o habilidades sociales que influyen con las relaciones con los demás, o los que determinan la imagen que los demás tienen de uno mismo.

También en la *estructura y organización* del autoconcepto van a tener lugar una serie de cambios importantes a lo largo de la adolescencia. En los primeros momentos que siguen a la pubertad, el concepto de sí mismo va a estar compuesto por una serie de abstracciones que integrarán algunas características que guardan relación entre sí. Sin embargo el adolescente no va a disponer aún del control cognitivo necesario para poner en relación los distintos elementos que componen el autoconcepto y construir una imagen de sí mismo integrada y diferenciada, por lo que estas primeras abstracciones permanecerán separadas y sin relacionarse entre sí. Esta incapacidad para integrar características que pueden resultar contradictorias tiene un aspecto positivo, que es evitarle los conflictos que pudieran derivarse de estas incongruencias. Con el avance de la adolescencia, van a establecerse las primeras conexiones entre abstracciones y entre rasgos que pueden ser opuestos. La toma de conciencia de estas

contradicciones entre sus distintos “yoes” puede empezar a ocasionar al chico o chica cierta confusión, lo que podría explicar algunas actitudes y comportamientos incoherentes que con frecuencia se observan en la adolescencia.

Hay que tener en cuenta que durante la adolescencia se amplían los contextos en los que chicas y chicos participan y se asumen nuevos roles; cada uno de estos contextos va a tener su importancia y proporcionará información al joven sobre su imagen, ejerciendo una influencia distinta según las demandas que planteen los adolescentes: los padres pueden pedir obediencia, respeto y amabilidad; los iguales lealtad o amistad; su pareja, ternura y compromiso; la escuela, esfuerzo y disciplina. Es de esperar que el autoconcepto incluya o refleje esas diferencias entre contextos y no sea algo monolítico, sino que por el contrario tenga diversos componentes, dando lugar a un autoconcepto múltiple. El grado de coherencia o similitud entre estos componentes varían mucho de un sujeto a otro dependiendo de distintos factores, como, por ejemplo, las discrepancias entre lo que padres, educadores e iguales esperen del adolescente.

Será en la adolescencia tardía y con el avance en el pensamiento formal, cuando la capacidad de coordinar abstracciones simples en abstracciones de orden superior hará que el joven pueda integrar en un autoconcepto coherente todas esas imágenes diferentes e incluso contradictorias.

El autoconcepto es el elemento central de la identidad personal, integra en sí mismo elementos corporales, psíquicos, morales y sociales. Los cambios fisiológicos exigen revisar y restablecer la imagen del propio cuerpo: La preocupación por lo físico pasa a primer plano, junto con la representación de sí mismo. Hay una necesidad enorme de reconocimiento por parte de los otros, se requiere el reconocimiento y la aceptación de la identidad por los adultos y los iguales que se tornan muy significativas. Es este reconocimiento y aceptación lo que asegura un concepto positivo de sí mismo. (Contreras y Javier, 2007)

1.6.2 LA AUTOESTIMA DURANTE LA ADOLESCENCIA

Si el autoconcepto se multiplica o si se diversifica al llegar a la adolescencia, es de esperar que la autoestima, que incluye los aspectos valorativos y afectivos ligados a dicho autoconcepto, siga una trayectoria similar. Durante los años previos a la adolescencia, la autoestima había comenzando a diversificarse y ya era frecuente que niños y niñas se valorasen a sí mismos de forma diferente en distintos dominios como el aspecto físico, el rendimiento académico o las relaciones con padres e iguales. Este proceso va a continuar en la adolescencia, entrando además en escena nuevas dimensiones como las relaciones afectivo-sexuales, las capacidades relacionadas con la orientación profesional o el atractivo físico. Teniendo en cuenta que las competencias de un chico o chica diferirán de un dominio a otro, habrá que esperar cierta disparidad entre los niveles de autoestima que un mismo adolescente presenta en cada área o dominio.(Oliva, 2008)

Según el mismo Oliva es importante señalar que existen diferencias en función de género, ya que para las chicas el atractivo físico o las habilidades interpersonales son lo que mejor predice su autovaloración, entre los chicos las habilidades deportivas o el sentimiento de eficacia ocupan un lugar prioritario.

Las relaciones con los padres ejercen una poderosa influencia en los adolescentes. Así una alta cohesión familiar y una percepción positiva por parte de unos padres que muestren hacia sus hijos un alto grado de afecto y un control democrático, favorecerán en ellos una autovaloración positiva.

La popularidad entre los iguales adquiere un significado especial para la mayoría de los jóvenes, por la competencia social y el ser valorado y aceptado por los amigos y compañeros será un indicador fiable del nivel global de autoestima. Sin embargo, un énfasis excesivo en el grupo también puede tener consecuencias negativas, ya que al estar tan centrado en conseguir la aprobación del grupo, el adolescente puede mostrar un escaso interés por otros dominios, y no esforzarse demasiado por mejorar su rendimiento académico o sus relaciones familiares.

1.6.3 A LA BÚSQUEDA DE LA IDENTIDAD PERSONAL

Desde que a finales de la década de 1960 Erikson (citado en Oliva, 2008) aludiese a la formación de la identidad principal como principal tarea que deben resolver los adolescentes, el estudio de este aspecto adquirió mucha importancia en el campo del desarrollo del yo. El concepto de identidad está estrechamente vinculado con el autoconcepto; sin embargo, mientras este último depende en gran medida del desarrollo cognitivo, la identidad es un fenómeno psicológico bastante complejo de naturaleza psicosocial. Así, aunque los componentes cognitivos son importantes, pues la capacidad para pensar sobre sí mismo de forma abstracta ayudará al adolescente a tomar conciencia de su papel en la sociedad, el sentimiento de identidad incluirá otros componentes. Por una parte, el sujeto debe experimentar un sentimiento de integridad personal, de forma que sus acciones y decisiones sean coherentes entre sí y conformen un estilo propio por el que se defina a sí mismo y sea reconocido por los demás. Es importante que este estilo tenga cierta estabilidad a lo largo del tiempo y a través de distintas situaciones. Además hay que tener en cuenta que esa identidad, a pesar de ser característica personal, es experimentada en un contexto social determinado, en el que el sujeto establece una serie de relaciones y experimenta diversos roles. Esta identidad va a incluir las normas de los grupos en los que el adolescente se integra, los valores que interioriza, su ideología personal y los compromisos que asume, y para dirigir su conducta futura. En definitiva, se trata de una estructura u organización interna construida por el sujeto que agrupa todas aquellas características que define su forma de ser.

En el modelo de Erikson sobre el desarrollo psicosocial a lo largo del ciclo vital, la adolescencia representa la quinta etapa y supone un momento clave en la formación de la personalidad. Esta etapa se caracteriza por una crisis que gira alrededor de un tema o tarea dominante y que puede resolverse positivamente, con la consecución de un determinado logro, o negativamente, con el correspondiente fracaso. Aunque estas crisis pueden ser vividas por el sujeto como un estadio de confusiones e incertidumbre, representan un momento crucial

y necesario en el que el desarrollo puede seguir distintas trayectorias. Tras la pubertad, se va a producir una crisis de identidad como consecuencia de la transición de la niñez a la adolescencia y de todos los cambios propios de esta etapa que van a llevar al chico o a la chica a sufrir un sentimiento de despersonalización y de extrañeza de sí mismo. Este estado de crisis, con su búsqueda correspondiente, proporcionará el empuje necesario para el desarrollo de la identidad, por lo que resulta necesaria. Durante estos años, chicos y chicas exploran distintas opciones y experimentarán diversos roles, para de forma progresiva, comenzar a adoptar algunos compromisos. Para Erikson, estos momentos de búsqueda y de dudas representan una especie de moratoria o espera en la que el adolescente trata de encontrar su lugar en la sociedad. Aunque en la mayoría de los casos esta crisis se resolverá de forma satisfactoria con el logro de una identidad personal, algunos adolescentes o jóvenes pueden seguir sin adoptar compromisos en una situación que Erikson denominó de confusión o difusión de identidad y que representaría el fracaso en esta etapa. Se trataría de jóvenes que encuentran amenazante y conflictiva toda toma de decisiones y que se sienten incapaces de definirse psicológicamente, quedando atrapados en una situación de aislamiento y alineación.

1.6.4 ROLES Y ESTEREÓTIPOS DE GÉNERO

Durante los años de la niñez, los procesos de socialización suelen actuar eficazmente, de forma que antes del inicio de la adolescencia niños y niñas han ido ajustando sus valores, actitudes y comportamientos a los roles que la sociedad define para cada sexo. Tras los cambios físicos propios de la pubertad esta presión se va a acrecentar, por lo que no es extraño que durante estos años de la adolescencia chicos y chicas se muestren muy estereotipados y eviten actividades o comportamientos que puedan ser considerados propios del otro sexo, mostrándose ellos muy masculinos y ellas muy femeninas.

El género se refiere a las diferencias que existe entre los hombres y las mujeres en cuanto a ideas, valores y modos de actuar; estas diferencias no tienen

un origen biológico, sino que son construcciones socioculturales que determinan lo que en cada sociedad significa ser hombre y mujer.

De acuerdo con Grimberg (2001) el género hace referencia a la construcción social e histórica de carácter relacional, que se configura a partir de las significaciones y la simbolización cultural de las diferencias anatómicas entre varones y mujeres. Constituye una serie de asignaciones sociales que van más allá de lo biológico-reproductivo, desde las cuales se adjudican características, funciones, responsabilidades y derechos, es decir, “modos de ser” y “actuar” diferentes para unos y otras, históricamente en nuestras sociedades, produciendo y reproduciendo relaciones de desigualdad social.

Como tal, es un proceso en el que se conforman simultáneamente identidades, roles y relaciones sociales. En este sentido, configura una realidad “objetiva” y “subjetiva” que, al mismo tiempo que se impone a sujetos y grupos, es elaborada y reelaborada continuamente por ellos sobre la base de sus experiencias y los significados provenientes de los contextos socioculturales de los que forman parte. Supone un proceso complejo de construcción no acotado a la infancia sino durante toda la vida, por lo que en diversas redes sociales juegan un papel fundamental en las distintas etapas de ésta.

En términos de George Mead (citado en Rodríguez y Aguilar, 1998) tanto hombres como mujeres se definen como personas que tienen un proceso de desarrollo propio que no está presente desde el nacimiento, sino que surge de la experiencia personal y del aprendizaje sociocultural.

1.7 DESARROLLO SEXUAL

Escaramuza 1992 (Citado en Pérez, 2006) refiere que la sexualidad es un proceso vital humano que no se inicia con la adolescencia, sino que es un elemento inherente al ser humano desde el nacimiento hasta la muerte. La sexualidad constituye un todo con la vida misma y es un elemento integrante fundamental de

la personalidad. Es la función que más repercute y esta influida por el contexto social en el que se desarrolla.

En la adolescencia, hablar de sexualidad hacemos referencia a las conductas o hábitos sexuales, a la información sexual, a las actitudes y también a los mitos más frecuentes referentes a aspectos diferentes de la sexualidad.

Para Mussen, 1985 (citado en Pérez, 2006) en la etapa de la adolescencia, es muy importante el logro de la identidad sexual como parte fundamental de la identidad del yo, asumiendo el adolescente los roles, actitudes, conducta verbal y gestual y motivaciones propias de su género. Sin embargo resulta necesario que esta identidad sea confirmada por otros y por ellos mismos, para asegurar su propia aceptación y adaptación sexual. Resulta por tanto indispensable para el adolescente, interactuar con el medio externo, es decir con los otros, porque de ahí se alimenta y construye su mundo externo, en un intercambio en un moldeamiento.

Según Latorre Candi, (2002) el comportamiento sexual de los hombres se caracteriza por altos niveles de frecuencia sexual, edad temprana de inicio de actividad sexual, un rol más activo en las relaciones sexuales, una mayor utilización de pornografía y niveles mayores de satisfacción que las mujeres. En cuanto a la evaluación del comportamiento sexual en función de la edad, las mujeres, con el tiempo, van madurando sexualmente, alcanzando valores crecientes de frecuencia sexual, un mayor repertorio de actividades, un papel más activo y una mayor satisfacción en las relaciones sexuales.

La primera conducta sexual que experimentan los adolescentes suele ser la autoestimulación sexual solitaria o masturbación. Para la edad de 15 años un 80% de los muchachos adolescentes y 20% de las mujeres adolescentes reportan que se han masturbado. Aunque la masturbación es generalizada, todavía produce sentimientos de vergüenza y culpa. Existen varias razones para ello. Una es que los adolescentes creen que la masturbación significa incapacidad para tener una pareja sexual. Los expertos en sexualidad la consideran una actividad normal,

sana e inofensiva. De hecho, algunos sugieren que brinda una manera útil de aprender acerca de la propia sexualidad.(Papalia y otros., 2002)

Antes de tener relaciones sexuales por primera vez, los adolescentes tempranos llevan a cabo un amplio rango de conductas que anteceden al coito en sí mismo, y que son la base sobre la que se construye el auto-concepto sexual. Entendiéndose por éste, la visión que tiene un individuo de sí mismo como persona sexuada, y es un componente del auto-concepto. (Martínez y Fernández, 2008)

El desarrollo de la sexualidad saludable durante la adolescencia es una tarea crítica de esta etapa. A lo largo de la adolescencia temprana, los adolescentes pasan por cambios físicos drásticos, se percatan de la existencia de su deseo sexual y de sus sentimientos eróticos, en este escenario su identidad se erige ahora como personas capaces de sentir deseo sexual y de evocar interés sexual en los otros.

1.8 PROBLEMÁTICAS DE LA ADOLESCENCIA

De acuerdo con Osorno (2006) las diferentes teorías sobre la adolescencia concuerdan en que esta fase, el individuo se encuentra en una situación de alto riesgo basados en la incidencia de problemas emocionales o psicopatológicos tales como: depresión, problemas de conducta, fracaso escolar, abuso de alcohol y drogas, intentos de suicidio, embarazo precoz, conducta antisocial (robo, violación entre otros), psicosis y trastornos de alimentación.

Las características personales del propio adolescente, así como la dinámica familiar, las relaciones extra-familiares particularmente las relaciones con los amigos y compañeros pueden ser identificados como factores protectores o factores de riesgo en el desarrollo de problemas de conducta.

Durante la adolescencia, la identidad se ve afectada por los tres factores fundamentales que integran al ser humano(Osorno y otros., 2006):

1) Biológicas: que exigen cambios en el organismo del individuo, enfocados a la pubertad.

2) Psicológicas: se da el proceso de la formación de la identidad.

3) Sociales: donde aparecen demandas de independencia, de ajustes heterosexuales y con los semejantes, de preparación vocacional, de desarrollo de una vida fundamental y normativa.

1.8.1. SUICIDIO EN LA ADOLESCENCIA

En la actualidad, el suicidio es uno de los fenómenos sociales que presenta una alta incidencia entre los jóvenes. Según datos de la Organización Mundial de la salud (OMS) en las dos últimas décadas se ha incrementado el porcentaje mundial de suicidios entre el grupo de edad de 15 a 24 años.

México muestra un considerable aumento en el índice de suicidio, mientras otros países contrastan por la declinación en sus cifras. En la República Mexicana, las muertes por suicidio representan aproximadamente el 6% de las muertes por causa externa. Asimismo, según datos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía e Informática [INEGI] muestran que el Estado de Guanajuato ocupa uno de los primeros cinco lugares a nivel nacional en lo que respecta a los mayores índices de suicidio infantil y de jóvenes (INEGI, 2002,2003, 2004). (Chavez, Hermosillo, Cortés, y Medina, 2006)

En las ultimas décadas se ha observado un incremento paulatino pero constante, de la conducta suicida en los adolescentes en diversas regiones del mundo y México no es la excepción, en 1970 hubo 554 defunciones por suicidio registradas en el país para ambos sexos, en 1991 ascendió a 2,120 lo que representa un 282%. Para ese mismo periodo, la tasa de suicidios en ambos sexos paso de 1.13 a 2.25 por cien mil habitantes, mostrando un incremento de 125% a nivel nacional.

México presenta una tasa anual de suicidios de 1.1% por 100 mil habitantes. De acuerdo con el Dr. Alemán Cruz (2004) las estadísticas referentes

al suicidio muestran resultados muy variables respecto a la edad y sexo de los individuos, así como del país que se hable; además, aclara que por lo general se manejan dos tasas distintas para medir su incidencia: la de intentos y la de actos consumados.

En cuanto a modalidades en suicidio e intento de suicidio se encuentran las siguientes: Figura 1 tomada de Factores comunes de ideación del suicidio (Ramírez, Galindo, González, y Hidalgo, 2006)

Modalidad	Hombres	Mujeres
Ahorcamiento	1	1
Armas de fuego	4	3
Ahogamiento	4	3
Envenenamiento	3	2
Precipitación	5	4
Gas	6	6

Como factores recurrentes asociados a estos actos se han encontrado:

- 1) Características de personalidad.
- 2) Trastornos depresivos, desesperanza.
- 3) Estresores cotidianos (tanto familiares como sociales).
- 4) Situación económica.
- 5) Ruptura en los canales de comunicación con los padres.
- 6) Pérdida de un ser querido (amigo, pareja, padres, etc).
- 6) Baja autoestima.
- 7) Abuso sexual.
- 8) Disfuncionamiento psicosocial.
- 9) Afecto del padre.
- 10) Violencia, entre los principales

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud en el año 2000 murieron 815, 000 personas por suicidio y de 10 a 20 veces más personas intentaron suicidarse en el mundo.(Ramírez y otros., 2006)

1.8.2 TRASTORNOS ALIMENTICIOS

Obesidad

En los últimos años, la obesidad se ha convertido en un problema de salud pública en nuestro país que afecta sobre todo a la población infantil y adolescente. Tan sólo en la Ciudad de México la padece el 12.5% del total de los adolescentes, es decir uno de cada cinco jóvenes entre 10 y 17 años, de los cuales el 80% de ellos seguirá siendo obeso –en edad adulta- en caso de no recibir tratamiento farmacológico e integral.(Saludfamiliar, 2009)

De acuerdo a la OMS la obesidad, se define “como una enfermedad crónico no transmisible que se caracteriza por el exceso de tejido adiposo en el

organismo, que se genera cuando el ingreso energético (alimentario) es superior al gasto energético (actividad física) durante un período suficientemente largo; se determina la existencia de obesidad en adultos cuando existe un índice de masa corporal mayor de 27 y en población de talla baja mayor del 25". (Saludfamiliar, 2009)

La obesidad en jóvenes está siendo cada día mayor, los patrones desordenados y las conductas alimentarias deficientes, aunados a la inactividad física han sido factores claramente definidos como de riesgo para que la obesidad se mantenga y perdure hasta la edad adulta; al establecerse dichas conductas y estilos de vida poco saludables, se aumenta el riesgo de aparición a temprana edad de enfermedades producto de la obesidad; las más comúnmente desarrolladas en adolescentes son: la diabetes mellitus tipo II (DMT-II), cierres epifisarios tempranos, hiperplasia e hipertrofia adiposa, presentación temprana de la menarca, hiperlipidemia, aumento del gasto cardíaco con su consecuente hipertrofia del corazón izquierdo, esteatosis hepática con aumento de transaminasas y alteraciones del metabolismo de la glucosa, problemas ortopédicos de pies, rodillas, cadera y columna lumbar, coledocolitiasis, litiasis vesicular, síndrome de Stein-Leventhal o de ovario poliquístico y pseudo tumores cerebrales entre otras muchas enfermedades desarrolladas como consecuencia de la misma obesidad.

Más preocupantes, no obstante, son los efectos psicológicos. Los obesos habitualmente sufren mucho, preocupados por su aspecto y por lo que otros adolescentes puedan pensar de ellos. Un gran número han sido víctimas de bromas crueles y hostigamiento continuo desde su niñez. La sociedad, en general, presenta una actitud crítica en contra de los obesos, acusándoles, injustamente, de ser personas carentes de fuerza de voluntad. No es raro, pues, que la autoestima del adolescente obeso se vea afectada por estas circunstancias. Y entonces puede producirse un círculo vicioso: el adolescente triste y aislado encuentra consuelo en la comida. Además, al tomar conciencia de su apariencia, temerá participar en fiestas, bailes y actividades deportivas en donde tendría que

exhibir su cuerpo. El resultado final es la adopción de un estilo de vida sedentario y de un lamentable aislamiento social. De ahí, pues, la importancia de la formación espiritual y del apoyo emocional que precisa el adolescente obeso. (Portal.educar, 2009)

Anorexia Nerviosa

El temor a la gordura y el deseo de evitar la obesidad en ocasiones se vuelven tan fuertes que se convierten en un problema para los adolescentes porque recurren a prácticas alimenticias inadecuadas que les permitan mantenerse delgadas.

La anorexia nerviosa es un trastorno que ofrece una distorsión de la imagen corporal. En la cual los individuos se rehúsan a comer, mientras niegan su conducta y apariencia, la cual llega a volverse esquelética, estén fuera de lo común. (Feldman, 2007)

La incidencia de anorexia nerviosa ha aumentado a lo largo de los últimos 20 años entre los adolescentes. Se calcula que ocurre en una de cada 100 mujeres entre los 16 y 18 años de edad. Del 5 al 10 por ciento de los adolescentes a los que se les diagnostica la anorexia son varones. Inicialmente se encontró mayoritariamente en las familias de clase media y alta, pero ahora la anorexia se encuentra en todos los grupos socioeconómicos y en diversos grupos étnicos y raciales. (Healthsystem, 2009a)

En la anorexia la mayoría de los problemas físicos que aparecen son consecuencia de la mala nutrición, de la restricción alimentaria y de la pérdida progresiva de peso, del uso abusivo de laxantes, diuréticos y el vómito.

En las jóvenes adolescentes, desaparece la menstruación. Aparece estreñimiento, sensación de plenitud y de hinchazón. Complicaciones renales y cardiovasculares siendo las más frecuentes la bradicardia y la hipotensión, hidroelectrolíticas y arritmias.

En algunos casos de anorexia en adolescentes hay riesgo de muerte súbita.

Puede aparecer un aumento del vello, llamado lanugo, en brazos, piernas, hombros, espalda y cara. La piel del cuerpo se reseca y agrieta, se puede llegar a alcanzar una coloración amarillenta de piel en las de extremidades.

El cabello se seca, pierde brillo y cae abundantemente. Las uñas se vuelven quebradizas. Los huesos también se resienten, y puede producirse un estancamiento en el crecimiento y no llegar a alcanzar la talla previsible.

Las consecuencias psicológicas y del comportamiento de la anorexia

La persona que sufre anorexia presenta una gran insatisfacción y un nivel de autoestima muy bajo debido a las actitudes y pensamientos negativos que tiene hacia su cuerpo y hacia sí misma. La distorsión del pensamiento suele presentarse en forma de tremendas exageraciones, generalizaciones, en el sentido de todo o nada.

El carácter también cambia y se va mostrando más susceptible, más irritable y ansioso, con cambios bruscos en su estado de ánimo, perdiendo el interés por lo que le rodea.

Aparecen trastornos como la depresión, la ansiedad, la fobia, o pensamientos obsesivos, rituales y compulsiones.

En cuanto a su comportamiento, su forma de comer se lentifica, esparce la comida en el plato, la manosea, se pesa con frecuencia, palpa de forma repetida partes de su cuerpo, recoge información de recetas y calorías

Bulimia

La bulimia nerviosa, normalmente llamada bulimia, se define como episodios descontrolados de comer en exceso (atracones) seguidos normalmente de purgas (autoprovocarse el vómito), mal uso de laxantes, enemas, o medicamentos que producen un incremento en la producción de orina, ayuno o ejercicio excesivo para controlar el peso. Los atracones, en esta situación, se

definen como comer cantidades mucho más grandes de alimentos de las que se consumirían normalmente en un periodo corto de tiempo (normalmente menos de dos horas). Los atracones de comida se producen al menos dos veces a la semana durante tres meses y pueden producirse incluso hasta varias veces al día.

La mayoría de los bulímicos son mujeres adolescentes y procedentes de un grupo socioeconómico alto. Todos los países industriales occidentales han informado de casos de bulimia. Se calcula que entre el 1 y el 4 por ciento de las mujeres de Estados Unidos se les ha diagnosticado bulimia. Los adolescentes que desarrollan bulimia suelen provenir de familias en las que existen antecedentes de trastornos alimentarios, enfermedades físicas y otros problemas de salud mental, como trastornos del estado de ánimo o abuso de drogas. Otros problemas de salud mental, como los trastornos de ansiedad o los trastornos del estado de ánimo, se encuentran comúnmente en las personas que tienen bulimia. (Healthsystem, 2009b)

La mayoría de las personas que tienen trastornos alimentarios comparten ciertos rasgos de personalidad y desarrollan rituales anormales de alimentación como un medio para manejar el estrés y la ansiedad. A menudo, los rasgos de personalidad pueden incluir, entre otros, los siguientes:

- Baja autoestima.
- Sentimiento de desesperación.
- Miedo a engordar.

A continuación se muestran los síntomas más comunes de la bulimia. Sin embargo, cada individuo puede experimentarlos de una forma diferente:

- El peso corporal suele ser normal o más bajo (se ve a sí mismo con sobrepeso).
- Episodios repetidos de comer en exceso (consumo rápido de cantidades excesivas de comida en un período relativamente corto, por lo general en

secreto), junto con el temor de no poder parar de comer durante los episodios de excesos.

- Autoprovocarse el vómito (normalmente en secreto).
- Ejercicio excesivo o ayunar.
- Costumbres o rituales alimentarios peculiares.
- Uso inadecuado de laxantes, diuréticos u otros catárticos.
- Ausencia o irregularidad de la menstruación.
- Ansiedad.
- Sentimientos de desaliento relacionados con la insatisfacción consigo mismos y con la apariencia de su cuerpo.
- Depresión.
- Preocupación por los alimentos, el peso y la forma del cuerpo.
- Cicatrices en la parte posterior de los dedos debido al proceso de autoprovocarse el vómito.
- Tratar de lograr resultados superiores a lo esperado.

1.8.3 ALCHOLISMO

El alcoholismo es una enfermedad crónica y progresiva que deriva de la ingestión excesiva y no controlada de alcohol, el cual se encuentra en todas las bebidas alcohólicas en mayor o menor grado. Esta enfermedad se caracteriza por una dependencia hacia el alcohol, que se ve en dos síntomas:

- La incapacidad de detenerse en la ingestión de alcohol.
- La imposibilidad de abstenerse del alcohol

Las características de un alcohólico adolescente, además de todas las comunes a todas las personas, son:

- Rápida baja en las calificaciones.
- Altibajos emocionales.
- Separación notoria de las actividades familiares o de sus quehaceres.

- Cambio negativo en su higiene y aspecto personal.
- Deseo de aislamiento.
- Actividad defensiva y una tendencia a responder agresivamente a la menor provocación
- Disminución del interés en actividades extracurriculares y pasatiempos
- Menor motivación, energía, autodisciplina y autoestima
- Ira, hostilidad, irritabilidad y hermetismo creciente e inapropiado (Feldman, 2007)

Para algunos adolescentes el consumo del alcohol se convierte en un problema, dependen de él y son incapaces de controlarlo. Asimismo, progresivamente aumenta su tolerancia y por ende necesitan consumir cantidades mayores de licor para conseguir los efectos positivos que ansían.

1.8.4 DROGADICCIÓN

La drogadicción se refiere al abuso de sustancias ilegales o al uso excesivo de sustancias legales.

Los adolescentes tienen diversas razones para consumir drogas. Algunos la consumen por la experiencia placentera que las drogas supuestamente ofrecen. Otros las consumen para tratar de escapar de las presiones de la vida cotidiana, aunque sea de manera temporal. Algunos adolescentes prueban las drogas por la emoción de hacer algo ilegal. También la presión de las parejas juega un papel importante porque los adolescentes son particularmente son muy susceptibles a los

El uso de drogas ilegales es peligroso en varios aspectos. Por ejemplo, algunas drogas son adictivas. Las **drogas adictivas** producen una dependencia biológica o psicológica en los consumidores, lo que da lugar a una ansia cada vez más fuerte por ellas.

Cuando las drogas producen una adicción biológica, su presencia se vuelve tan común que el cuerpo es incapaz de funcionar en su ausencia. Además la adicción causa cambios físicos reales –y potencialmente prolongados- en el sistema nervioso. En la adicción psicológica el individuo llega a depender de las drogas para afrontar el estrés cotidiano de la vida. Si las drogas se usan como un escape, impide que los adolescentes confronten –y potencialmente resuelvan- los problemas que en primer lugar lo llevaron al consumo de la droga. (Feldman, 2007)

Entre las drogas que mayor consumen los adolescentes se encuentran las siguientes:

La **marihuana** es una droga que ya se utiliza desde hace varias décadas por las diferentes generaciones de jóvenes y actualmente sigue siendo la más utilizada por los adolescentes.

Los adolescentes que llegan a probar la marihuana la hacen por curiosidad, quieren hacer lo que sus amigos hacen o porque desean ser adultos. También puede ser un símbolo de rebeldía contra los valores paternos.

El consumo habitual de marihuana puede destruir el cerebro, el corazón y el sistema inmunológico; el humo de la marihuana contiene más de cuatrocientas sustancias carcinógenas. Consumir marihuana puede bloquear la memoria, el aprendizaje, la percepción, el juicio y las habilidades motrices necesarias para conducir un vehículo. Puede disminuir la motivación, interferir en el trabajo escolar y otras actividades, disminuir la capacidad de atención y de estar alerta o causar problemas familiares. (Papalia y otros., 2002)

También están los **alucinógenos** que causan alteraciones profundas en la percepción de la realidad del usuario. Bajo su influencia, las personas ven imágenes, oyen sonidos y sienten sensaciones muy distintas a las propias de la vigilia. Algunos alucinógenos también producen oscilaciones emocionales rápidas e intensas. Son muy usadas por los adolescentes.

La cocaína, es un alcaloide, un estimulante que hace que la persona que consume esta droga se sienta más activa, fuerte, con más energía. Se obtiene de la planta de coca. Es un estimulador del sistema nervioso y supresor del hambre, usado en medicina como anestésico, incluso en niños, específicamente en cirugías de ojos y nariz

1.8.5 DELINCUENCIA JUVENIL

La delincuencia juvenil ha aumentado de forma alarmante en los últimos tiempos, pasando a ser un problema que cada vez genera mayor preocupación social, tanto por su incremento cuantitativo, como por su progresiva peligrosidad cualitativa. La delincuencia juvenil es además una característica de sociedades que han alcanzado un cierto nivel de prosperidad.

A medida que se examinan las raíces de la delincuencia, es necesario hacer una importante distinción. Algunos adolescentes cometen actos antisociales ocasionalmente. Un pequeño grupo de delincuentes crónicos (en forma repetida) habitualmente cometen actos antisociales graves, como robar, incendiar, robar en casas o automóviles, destruir la propiedad, ejercer crueldad física y violación. Los delincuentes crónicos son responsables de muchos crímenes juveniles y probablemente continúen su actividad criminal en la edad adulta.. Los adolescentes agresivos – o que tuvieron dificultades cuando eran más jóvenes – mentirosos, haraganes o de bajo desempeño escolar tienen más probabilidad de convertirse en delincuentes crónicos.(Papalia y otros., 2002)

1.8.6 DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES

Nadie es inmune a periodos de tristeza y desánimos, y los adolescentes no son la excepción. El fin de una relación, el fracaso de una tarea importante o la muerte de un ser querido puede producir profundos sentimientos de tristeza, pérdida y duelo. En estas situaciones la depresión es una reacción bastante común.

La depresión se trata de un trastorno psíquico, habitualmente recurrente, que causa una alteración del estado de ánimo de tipo depresivo (tristeza), a menudo acompañado de ansiedad en los que pueden darse, además, otros síntomas psíquicos de inhibición, sensación de vacío y desinterés general, disminución de la comunicación y del contacto social, alteraciones del apetito y el sueño (insomnio tardío) agitación o enlentecimiento psicomor, sentimientos de culpa y de incapacidad, ideas de muerte e incluso intento de suicidio, etc. Así como síntomas somáticos diversos.(Feldman, 2007)

De acuerdo a la Asociación Mexicana de Psiquiatría Infantil uno de cada 10 adolescentes en México ha tenido por lo menos un cuadro depresivo en su vida. De éstos, cerca del 28 por ciento presenta depresión severa.(peques, 2009)

La depresión, en los adolescentes suele manifestarse de una manera distinta a la que se encuentra comúnmente entre los adultos que la sufren. Los adolescentes pueden mostrarse renuentes a expresar abiertamente sus sentimientos, y pueden revelar actitudes equivalentes de depresión, tales como el aburrimiento o la inquietud, así como la incapacidad de estar a solas o bien una continúa búsqueda de nuevas actividades. Algunos síntomas de la depresión oculta pueden ser la drogadicción, promiscuidad, actos delictivos y la búsqueda del peligro, pueden ser todos indicios de una fuerte depresión oculta aunque obviamente también pueden ser el resultado de otros.

La depresión puede tomar dos formas, en la primera el joven puede quejarse de una falta de sentimientos y de una sensación de vacío, semejante al estado de aflicción. Esto no se debe a que el adolescente carezca de sentimientos, si no que no puede manejar o expresar lo que ahora tiene. La segunda se basa en las antiguas y repetidas experiencias de derrota y fracaso. Lo que desencadena este tipo de depresión; es la pérdida de una relación querida, como los padres, la novia o un amigo.

1. 8.7 FALTA DE VALORES

Desde el punto de vista filosófico se entiende por valor: las propiedades que poseen los seres humanos debido a las cuales son apreciados. Existen varias clasificaciones sobre valores; sin embargo, una de las más completas es la que produce la maestra Pliego Ballesteros (citado en Bosco, 2001) que divide los valores en ocho categorías. Cada valor persigue un bien objetivo, un bien subjetivo, satisface una necesidad. Los valores son los siguientes:

- **Los valores morales.** Son aquellos que llamamos virtudes humanas como la sinceridad, la honradez, el respeto a los demás, la obediencia. Estos valores dependen exclusivamente del libre albedrío y perfeccionan al hombre de tal modo que lo hacen más humano. Su fin objetivo es la bondad, su fin subjetivo es la felicidad. Satisfacen las necesidades de autorrealización.
- **Los valores estéticos.** Se refieren a la belleza, a la elegancia, lo agradable, el arte el buen gusto, es decir, nos permiten admirar la belleza de la naturaleza y de las creaciones humanas. Estos valores tienen como fin objetivo la belleza y como fin subjetivo el gozo y la armonía.
- **Los valores intelectuales.** Son aquellos que desarrollan nuestra inteligencia a través de la actividad de la razón. El fin objetivo que persigue es la verdad, en tanto que el fin subjetivo es la sabiduría.
- **Los valores afectivos.** Son aquellos que se refieren al amor, la capacidad de comunicación con las personas, la amistad y la compasión. Estos valores se encuentran en un terreno fronterizo entre lo material y lo espiritual. El fin objetivo que persiguen es el amor y el subjetivo es el agrado, el afecto. Satisfacen las necesidades del yo.
- **Valores sociales.** Son aquellos que nos ayudan a mantener la convivencia con los demás, como el respeto hacia los demás, el compañerismo, el amor a la naturaleza y el cuidado de ella. El poder es su fin objetivo, mientras

que la fama y el prestigio son sus fines subjetivos. Satisfacen las necesidades sociales de las personas.

- **Los valores físicos.** Son los que se encuentran relacionados con el cuerpo, como la salud, el deporte, la realización de actividades al aire libre. Estos valores tiene como fin objetivo la salud, y como fin subjetivo el bienestar físico. Las necesidades que satisfacen es la seguridad.
- **Los valores económicos.** Se encuentran relacionados con el dinero y los bienes materiales que se necesitan y son útiles en la vida. Estos valores persiguen como fin objetivo los bienes naturales, la riqueza. Como fin subjetivo el confort. Satisfacen necesidades fisiológicas y de seguridad.
- **Los valores religiosos.** Son una participación de Dios superior que esta en un nivel superior a las potencias naturales del hombre como son la santidad, la gracia, la caridad. El fin objetivo es Dios y el fin subjetivo es la santidad.

La amistad: De poco sirven otros como el coraje, la compasión, el apoyo mutuo si no hay un cierto grado de amistad. De la amistad, o de la necesidad de la misma, nacen prácticamente todos los valores que se manifiestan en una relación, y la coincidencia de un número mayor o menor de valores y sus correspondencias puede ser utilizada para determinar cual es el grado de amistad. En un grado mínimo podemos encontrar la amistad que se basa únicamente en compartir algún momento de ocio, y en un grado máximo, el que significa compartir todo, cuando la amistad se transforma en amor.

La falta de valores en los adolescentes esta asociada a un actitud de caprichos, de que aquí cualquier cosa vale para conseguir lo que desea porque, total, para lo que sirve. Y una actitud caprichosa va asociada a un comportamiento perezoso. Desde el hogar se puede detectar enseguida la aparición de conductas caprichosas y perezosas que son la antesala de la falta de valores. (Bosco, 2001)

Entre las causas y consecuencias de la pérdida de valores encontramos las siguientes:

CAUSAS: La desintegración y los conflictos familiares, Los divorcios, La situación económica, Deserción escolar, Desobediencia y Drogadicción

CONSECUENCIAS: Surgimiento de bandas, Prostitución, Embarazos prematuros y no deseados, Robos, Transculturación, Abortos en jóvenes a temprana edad y Relaciones sexuales promiscuas

1.8.8 POCA COMUNICACIÓN

El ser humano desarrolla la capacidad de comunicarse dentro del núcleo familiar, es ahí donde se aprende a dar y recibir mensajes que permiten conocer el mundo y la forma de relacionarse con otras personas. Durante la adolescencia de los hijos o hijas, muchas familias que hasta entonces habían mantenido una buena comunicación, y por lo tanto un equilibrio familiar, en ese momento pueden llegar a perderlas por la diferencia de edades y por el cambio de los intereses. En algunas ocasiones los resultados son negativos para padres, madres e hijos (as); sin embargo, es posible lograr una nueva forma de comunicación que permita la independencia de cada una de las personas si existe disposición y respeto de las partes de conflicto.

Cuando no se encuentra una posible solución o no se posibilita la negociación, el adolescente busca algo que pueda rescatarlo. En estas circunstancias se puede ir de su casa, llevar a cabo un matrimonio precoz, tener un embarazo que sustituya su necesidad de compañía o escapar de una situación intolerable por medio de las drogas, el alcohol o hasta iniciarse en una conducta delictiva como muestra de inconformidad. Una forma de prevenir o restablecer la comunicación es que en el medio familiar se construyan nuevas formas de convenio o negociación; que se hable claramente de cuales son los intereses de cada persona, que reconozcan los intereses y necesidades de las y los integrantes de las familias, que se establezcan reglas de respeto mutuo y se redefinan los criterios que favorezcan y mantengan el progreso y bienestar de cada persona (Portillo, Reyes, y Vega, 2001).

1.8.9 PROYECTO DE VIDA

Es la planeación de la realización personal y profesional; se basa en el derecho de toda persona a la libertad y al desarrollo integral de su personalidad. Tiene que ver con las metas, planes y sueños, con las pasiones y la posibilidad de realizarlas (Gobierno del Distrito Federal, 2008). Se trata de la significación y claridad en las acciones que se ejercen para alcanzar un propósito y puede variar en su alcance según sean metas a corto, mediano o largo plazo.

El proyecto de vida conduce a los jóvenes a proyectar sus deseos estableciendo metas y objetivos a través de una reflexión que implica el saber y estar consciente de los grandes cambios en la adquisición de conocimientos, así como en las creencias, valores y actitudes de la vida propia lo que permite detectar como se pueden alcanzar dando con ello sentido a su vida. Tiene dos dimensiones que son el espacio y el tiempo, la primera se refiere al aspecto físico y a las diversas relaciones sociales y el segundo a los sucesos que se presentan en el tiempo (Nava, 2007)

El proyecto de vida puede ser totalmente individual, o bien, compartirse y definirse en compañía de una pareja o de otros integrantes de la familia, todo depende de las condiciones en las que se encuentre la persona.

La capacidad de realizar un proyecto de vida inicia desde la infancia, con las enseñanzas de madres y padres, las experiencias infantiles, los valores, las expectativas familiares y las aspiraciones personales. Estas características se adaptan a la posición objetiva que se tiene en la vida (posibilidades sociales, culturales, económicas), los deseos y las metas del individuo.(Gobierno del Distrito Federal, 2008)

De acuerdo con el Gobierno del Distrito Federal (2008) el proyecto de vida tiene los siguientes objetivos:

1. Lograr independencia como persona
2. Conocerse a sí mismo

3. Jerarquizar necesidades y establece prioridades en la vida
4. Reconocer habilidades innatas y otras a desarrollar
5. Lograr la autodisciplina y el aprendizaje
6. Lograr un equilibrio entre la vida personal, familiar, laboral y social
7. Adquirir un nivel social y económico.
8. Aprender a asumir que las metas son acordes con el ciclo de vida.
9. Mejorar la autoestima y capacidad de decisión.
10. Tener un estilo de vida propio.

ASPECTOS IMPORTANTES PARA CONSTRUIR UN PROYECTO DE VIDA

Para realizar un proyecto de vida se deben tomar en cuenta las características que se señalan en la Figura 2: tener una visión crítica, reflexiva y creativa de las diferentes esferas de la vida:

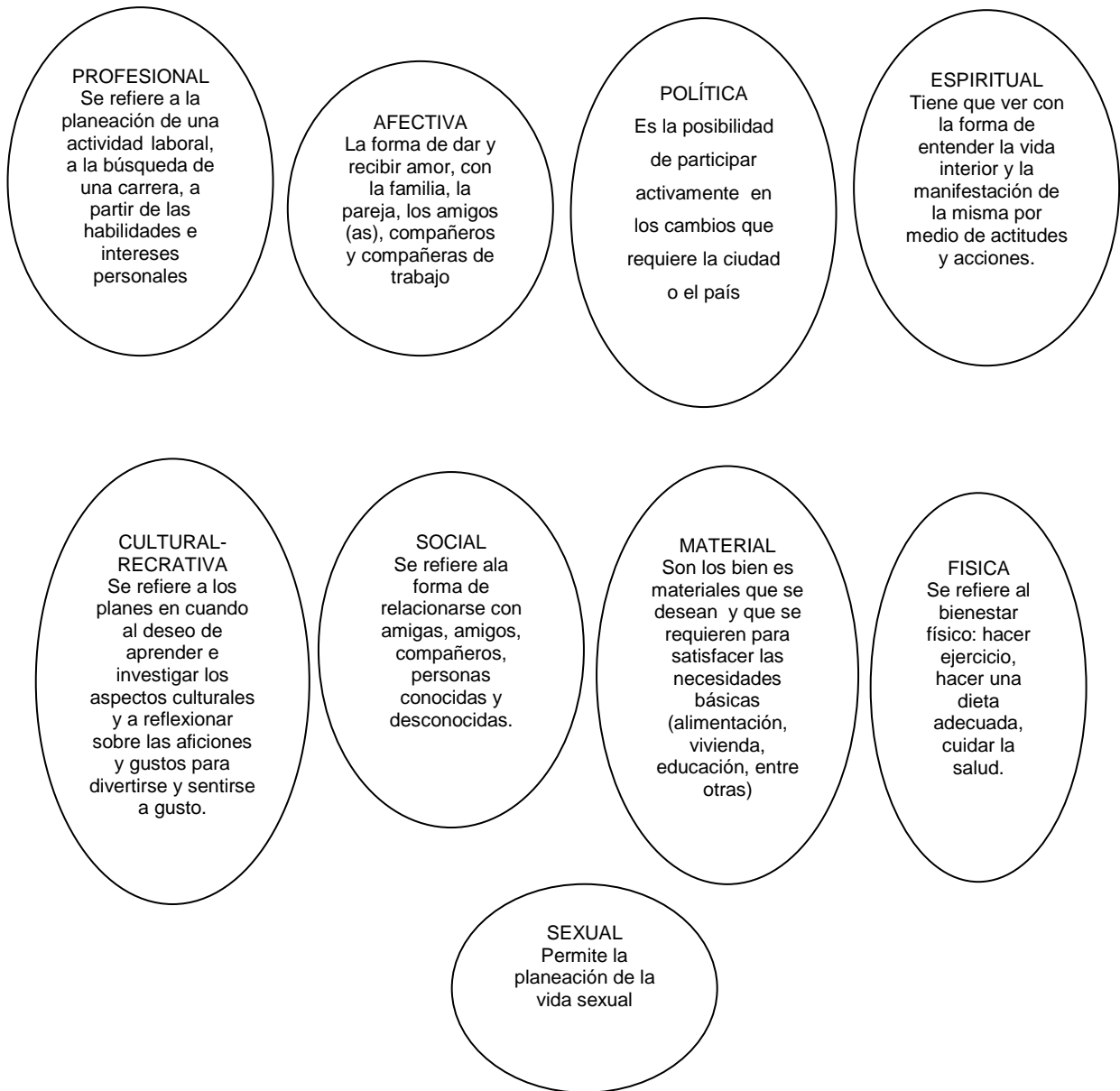


Figura 2 Tomada de la propuesta de Educación sexual del Gobierno del Distrito Federal (2008, pp. 18-22)

En medida en la que el proyecto de vida es claro y definido, las personas pueden desempeñar un importante papel activo relacionado con cada una de sus transformaciones, pero también con el destino de sus actos.

El proyecto de vida “califica” a las personas para elegir – de entre lo que se les ofrece- opciones, herramientas, situaciones o relaciones que les permitan avanzar hacia un punto por ellas predeterminado. El proyecto de vida también permite distinguir el momento y las situaciones en el que las opciones posibles no son suficientes o adecuadas para avanzar rumbo a los objetivos proyectados y – por lo tanto- establece la necesidad (y los marcos) para iniciar una búsqueda y una construcción de alternativas nuevas. El proyecto de vida no permite a las personas (y por tanto a los adolescentes) conformarse con “lo que hay”, y los invita a encontrar otros caminos y otras estrategias. Sin un proyecto, las decisiones se vuelven suficientes en sí mismas y las opciones carecen de un eje conductor que las contenga, las sume y optimice, las guíe hacia un lugar proyectado, es decir, emitido desde el presente y enviado hacia un futuro deseado. (Aguilar y Mayén, 1997)

Es importante recalcar que el proyecto de vida se evidencia en la conducta cotidiana y de alguna manera la conduce, de ahí que se considera que sí hay metas o propósitos en la vida estos guían el comportamiento de las personas incluyendo en ello el ejercicio de su sexualidad.

Por otro lado, Adler 1929 (citado en Cueli y otros., 1990) afirmaba que el ser humano siempre esta en busca de un objetivo final y que en lo cotidiano el motor de nuestras vidas es el logro de ese propósito. La definición adecuada del mismo nos puede llevar a luchar por el éxito o la superioridad.

Pero como el hombre nunca logra la superioridad totalmente (cuando alcanza una meta ya tiene la siguiente en puerta), se retiene un sentimiento de inadecuación. Esta impresión es universal, y por lo tanto, se vuelve un lazo común entre los hombres. Unido a otros por lazos comunes de inadecuación, el hombre siente que una sociedad fuerte y perfecta puede ayudarlo a lograr para sí mismo un sentimiento más de superioridad. Posiblemente la sociedad perfecta lo eleve junto con ella y, mediante la asociación con ella, le permite realizar su deseo interno de superioridad. El estilo de vida y su self creativo incorporan entonces un principio de interés social que guiará su conducta a lo largo de su existencia, lo

cual en términos teóricos de desarrollo de personalidad, da cuenta de la importancia de planificar el proyecto de vida.

1.8.10 TOMA DE DECISIONES

La toma de decisiones es una actividad de la vida diaria, y aunque algunas tienen un efecto duradero o trascendental, por el contrario, hay otras que no son de gran importancia, porque pueden tener consecuencias, no sólo para la persona que decide, sino para los que están a su alrededor.

Aprender a tomar decisiones es todo un proceso que puede ser inducido en los sujetos, puesto que “implica: trasladar lo que pensamos, decidimos o deseamos alcanzar; es una verdadera acción. Es tener una visión más cercana de nosotros mismos, es aprender a pensar por nosotros mismos, es descubrir lo que verdaderamente es importante para uno, y en que medida de importancia. Es aprender a utilizar nuestra libertad para dirigir nuestra vida y tomar acción, finalmente es aprender a ser responsables por las acciones que tomamos utilizando el conocimiento de quiénes somos, de lo que queremos, de nuestros recursos en una forma racional para lograr las metas que no son fundamentadas”(Nava, 2007, p. 6)

Aunque se tome una decisión que se considere adecuada, no necesariamente puede tener excelentes resultados, pero si puede ser la oportunidad para obtener un grado de satisfacción por pensar que se ha tomado la mejor decisión de entre las múltiples alternativas que existían.

TEORIA DE GÉNERO Y

SEXUALIDAD

De acuerdo con Castellanos y González 1996 (citado en Cordero y Rodríguez, 2008) la sexualidad es entendida como parte orgánica del lenguaje de la vida, de su creación y recreación inagotables, del ser y devenir de la especie humana, de cada hombre y mujer dotados de estructuras anatómicas y de posibilidades fisiológicas para realizar una función sexual, está ligada al placer, al descubrimiento, al desarrollo personal, a lo interaccional, a lo lúdico, a lo comunicacional, a lo nuevo, a la magia, a la belleza, a la naturaleza, a la creación, a la salud, al amor.

La sexualidad ha representado ser una zona de angustia rodeada de desinformación, mitos y tabúes de reciente exploración sistemática que ha generado la aparición de una disciplina científica denominada sexología dedicada a comprender el funcionamiento sexual su anatomía, fisiología y su compleja dinámica psico-social.

Los avances obtenidos en el terreno sexológico han aportado un conjunto de saberes acerca del sexo, haciendo posible el desencadenamiento de procesos educativos orientados a superar falsas creencias sexuales. Sin embargo, aún hoy se mantienen mitos y tabúes que predominan en tales procesos obstaculizando el pleno desarrollo humano en esta área.

2.1 CONCEPTO DE SEXUALIDAD

La sexualidad acompaña al ser humano desde que nace hasta que muere, ella conforma las maneras en que pensamos y entendemos el cuerpo, por ello se le ha asignado múltiples definiciones, entre las cuales encontramos las siguientes:

- La sexualidad tiene que ver con la atracción, el placer y las preferencias sexuales; así como la vinculación afectiva y erótica, el amor y la reproducción. (Gobierno del Distrito Federal, 2008)
- La sexualidad es innata, en cuanto depende de factores biológicos, pero en gran medida es también una creación humana que depende de diversos factores sociales y culturales propios de cada época y cada sociedad. (Juventud, 2008)
- Godwald y Holtz 1983 (citado en Solano, 2005) señalan que el término de sexualidad connota sentimientos como: el amor, la comunicación, la unión, el compartir, tocar, la sensualidad y el erotismo.
- Para Funke, Gantier y Olguin 1982 (citado en Raya, 2006) la sexualidad constituye una dimensión fundamental del individuo que se presenta desde el nacimiento, con la integración de los aspectos biopsicosociales que conforman su unidad vital, por lo que ningún comportamiento se puede explicar satisfactoriamente desde la perspectiva de uno de sus componentes. De tal forma que la sexualidad influye decididamente en la formación y desarrollo del ser humano, ya que participa en forma determinante en la estructuración de la personalidad y de las relaciones que se establecen entre los individuos.

2.2 TEORIA DE GÉNERO

De acuerdo con Lamas (2002) el género ha sido una categoría conceptual desarrollada con la intención de teorizar la construcción social y simbólica de la diferencia sexual. El cuerpo - y específicamente la diferencia sexual- es la primera evidencia de la diferencia humana. Para ella este ha sido un elemento significativo constante en la construcción del orden simbólico de las distintas sociedades humanas. El género como simbolización de estas diferencias, se construye culturalmente diferenciado en un conjunto de prácticas, ideas y discursos. En este sentido la utilidad de la categoría de género es amplia, implica no solamente el

modo como la simbolización cultural de la diferencia sexual afecta las relaciones entre hombres y mujeres, sino también como estructura la política, la economía, el sistema jurídico legal, las instituciones del Estado, la vida privada, la intimidad, las ideologías, las ciencias y otros sistemas de conocimientos.

La historiadora inglesa Joan Scott 1996 (citado en Lamas, 2002) hizo una importante contribución al desarrollo teórico del género, alertando sobre los límites del uso puramente descriptivo y empírico de esta categoría y el peligro de no avanzar en una crítica más radical del carácter histórico de la estructuración social basada en la división binaria de los sexos. Para ella, la conceptualización teórica del género y su desarrollo como categoría analítica y crítica de las sociedades humanas implica dos formulaciones centrales: el género como un elemento constitutivo de las relaciones sociales, basado en la diferenciación significativa entre los sexos y el género como forma primaria de significar el poder. El género opera concomitante y dialécticamente en varias dimensiones de la vida social humana: en el orden simbólico y relacional, en el orden normativo que expresa las interpretaciones de los significados de los símbolos, en el orden institucional y en el orden de la identidad y subjetividad. Para esta teórica, el género provee un modo de decodificar los significados que las culturas otorgan a la diferencia entre los sexos y comprender cómo esos significados impregnan las complejas conexiones que existen entre varias formas de interacción humana.

En sus usos más descriptivos, el género ha sido utilizado para estudiar asuntos donde las relaciones de sexo son más directamente evidentes. En nuestro medio podemos destacar los temas de la violencia doméstica, de la salud de la mujer, de la sexualidad, de la reproducción, de la participación económica y política de las mujeres. Entre tanto, conforme nos señala Scott (citado en Lamas, 2002), el género estructura lógicas y prácticas que atraviesan diferentes estructuras de interacciones como el comercio, la diplomacia, los servicios de salud y educación, la previsión social y seguridad pública, las prácticas

confesionales, las guerras, los deportes, las artes, las ciencias, etc. Una comprensión más sistémica de cómo el género opera como elemento estructurante del conjunto de las relaciones sociales y como forma primaria del significado del poder puede propiciar una comprensión más amplia de las dinámicas sociales de la fase actual de la modernidad, así como un análisis teóricamente más sólido de las experiencias concretas, diferenciadas e históricas de las mujeres.

Pese a las enormes variaciones históricas en casi todas las sociedades conocidas, la construcción social y simbólica de la diferencia sexual - o sea el género - está fundada en la representación binaria de lo femenino y masculino. Aunque en dominios culturales distintos las diferencias humanas percibidas y construidas culturalmente son re significadas, los estudios históricos muestran la asociación frecuente de la dicotomía femenino/masculino con los atributos bipolares activo/pasivo, puro/impuro, creativo/destrutivo. La diferencia sexual y la representación de lo femenino y masculino no siempre han tenido como fundamento epistemológico la biología ni se fundaron en el sexo biológico: ésta es una representación de la diferencia sexual típicamente moderna. Para este investigador, en las sociedades greco occidentales pre-modernas, el género era una categoría fundada en el orden metafísico del mundo y en la jerarquía que organizaba todas las cosas del universo, desde el plano del espíritu hasta el reino mineral pasando por las sociedades y los seres humanos. Tener un sexo, ser hombre y mujer no era un mero hecho biológico, sino un hecho sociológico y estaba determinado por la posición de cada uno en la sociedad, organizada según una jerarquía metafísica. El cuerpo femenino era considerado una versión inferior del cuerpo masculino, diferenciándose de él por su grado de perfección metafísica, pero compartiendo con él la misma naturaleza. La mujer era un hombre imperfecto, con menos calor vital, menos energía creadora. (Lamas, 2002)

De acuerdo a Laqueur: (citado en Lamas, 2002)“ser hombre o ser mujer se definía por los papeles y los lugares en la sociedad y en el orden del universo y no por la diferencia corporal. Al contrario la diferencia sexual era determinada por un orden social y universal”. La representación dual del género en el orden pre-moderno engendraba lo que Laqueur denominó un modelo de sexo único imaginario institucional de lo público y lo privado y con la idea dual del poder. La modernidad ha instituido una visión dual del poder articulando reflexivamente las nuevas ideas iluministas y liberales con ideas tradicionales sobre el poder: de un lado, el poder político se define como aquél ejercido entre los “iguales” y presupone negociación de conflictos e intereses y reconocimiento recíproco de las capacidades políticas de los participantes de las relaciones contractuales; el poder familiar o jerárquico, ejercido sobre los “no iguales”, fundado en la idea de un orden natural y jerárquico del poder decisorio, en el principio de la autoridad y en la idea de la desigualdad natural de las capacidades políticas y vocaciones sociales.

El debate teórico sobre el género ha abordado la cuestión de cómo se construyen, se fijan o se transforman las identidades de género en procesos atravesados por el poder y conflictos, a través de los cuales los individuos encarnan, se reapropian o actualizan o rechazan papeles y estereotipos legitimados como femeninos y masculinos. Gran parte de las vertientes teóricas tienen en común la crítica a la visión de una esencia o una especificidad de una condición femenina por fuera de la historia y de los procesos de de dominación y resistencia.

El imaginario hegemónico del género es un potente motor en la construcción de las identidades individuales de hombres y mujeres así como en la formación de las subjetividades colectivas con gran impacto causal en la vida social. Tomemos por ejemplo la maternidad que es un factor de identidad con gran fuerza cultural en las sociedades occidentales modernas. El hecho que millares de

mujeres se auto perciban y definan como madre tiene un enorme impacto social. Ellas forman una subjetividad colectiva extensa, tejidas por relaciones impregnadas en valores, normas, papeles, creencias y disposiciones. Una subjetividad colectiva fuertemente operante en la vida social, aunque en muchos casos sea una colectividad muy poco centrada u organizada. La identidad expresa la autopercepción y conciencia de esa subjetividad colectiva, así como una percepción de su delimitación en relación a otras colectividades. (Lamas, 2002)

Las subjetividades colectivas e identidades de género son constituidas a través de procesos de estructuración, provistos y sustentados en la memoria social que “incluye reminiscencias, actitudes y sentimientos, reglas sociales, normas, patrones cognitivos, el conocimiento científico y tecnológico. Asume formas ideales y materiales que se encuentran imbricadas y que sólo pueden ser separadas analíticamente. Los análisis que aspiran a incluir una perspectiva crítica de género deben proveerse de instrumentos teóricos y analíticos que permitan develar el carácter reificado de esas subjetividades colectivas que actualizan elementos dominantes de la memoria social, basada en una visión radical de la diferencia, en una acentuada división sexual del trabajo y en una arquitectura asimétrica del poder entre los sexos.

Las identidades individuales de hombres y mujeres y las identidades colectivas formadas a partir de los papeles y estereotipos masculinos y femeninos son sin duda dimensiones analíticas centrales en el debate sobre género e identidad, pero no las únicas. Otra dimensión de análisis sobre género e identidad se refiere a aquellas identidades construidas que tienen otros sistemas de clasificación como referentes principales y que sin embargo, están impregnadas fuertemente, aunque ideológicamente oculta, por simbologías de género. La formación de las identidades nacionales es un ejemplo histórico. La propia construcción de la idea moderna de nación involucró procesos de reapropiación reflexiva de elementos de la comunidad patriarcal pre-moderna: el imaginario de la virilidad, el principio de la autoridad masculina, las relaciones entre protectores y

protegidos, la idea de un Estado proveedor, las analogías entre patria y familia.

Finalmente, los estudios sobre identidades colectivas desde una perspectiva de género deben considerar también cómo las subjetividades colectivas sustentan, producen, reproducen o transforman el imaginario institucional del poder moderno en sus dos caras: la negociación política y la autoridad jerárquica. El interrogante sobre la identidad de una comunidad nacional en esta etapa de modernidad reflexiva y globalización plantea desafíos nuevos. No debe orientarse a buscar los elementos para componer una imagen única, homogénea y unívoca del “nosotros”, nítidamente percibida como diferente a los otros, sin preguntarse por las subjetividades colectivas que se forman en el seno de esas poblaciones y por los elementos comunes de la memoria social que ellas comparten en términos de valores, aspiraciones, prácticas, actitudes y principios. Desde el punto de vista de la transformación social y del orden de género, es importante el análisis de subjetividades colectivas emancipadoras que se generan dentro y fuera de los espacios nacionales y que se caracterizan por la identificación con nuevos valores democráticos como el respeto a la autonomía de las personas, la valorización de las diferencias culturales, de la pluralidad de estilo de vida, el respeto de los derechos sexuales y reproductivos y el principio de no discriminación (por raza, etnia, orientación sexual, condición física, edad etc.)(Lamas, 2002).

2.3 MICHAEL. FOCOULT

La historia de la sexualidad —si se quiere centrarla en los mecanismos de represión— supone dos rupturas. Una, durante el siglo XVII: nacimiento de las grandes prohibiciones, valoración de la sexualidad adulta y matrimonial únicamente, imperativos de decencia, evitación obligatoria del cuerpo, silencios y pudores imperativos del lenguaje; la otra, en el siglo XX: no tanto ruptura, por lo demás, como inflexión de la curva: en tal momento los mecanismos de la represión habrían comenzado a aflojarse; se habría pasado de las prohibiciones

sexuales apremiantes a una tolerancia relativa respecto de las relaciones prenupciales o extramatrimoniales; la descalificación de los "perversos" se habría atenuado, y borrado en parte su condena por la ley; se habrían levantado en buena medida los tabúes que pesaban sobre la sexualidad infantil.(Foucoult, 1997)

No hay que describir la sexualidad, como un impulso reacio, extraño por naturaleza e indócil por necesidad a un poder que, por su lado, se encarniza en someterla y a menudo fracasa en su intento de dominarla por completo. Aparece ella más bien como un punto de pasaje para las relaciones de poder, particularmente denso: entre hombres y mujeres, jóvenes y viejos, padres y progenitura, educadores y alumnos, padres y laicos, gobierno y población. En las relaciones de poder la sexualidad no es el elemento más sordo, sino, más bien, uno de los que están dotados de la mayor instrumentalidad: utilizable para el mayor número de maniobras y capaz de servir de apoyo, de bisagra, a las más variadas estrategias. No hay una estrategia única, global, válida para toda la sociedad y enfocada de manera uniforme sobre todas las manifestaciones del sexo: por ejemplo, la idea de que a menudo se ha buscado por diferentes medios reducir todo el sexo a su función reproductora, a su forma heterosexual y adulta y a su legitimidad matrimonial, no da razón, sin duda, de los múltiples objetivos buscados, de los múltiples medios empleados en las políticas sexuales que concernieron a ambos sexos, a las diferentes edades y las diversas clases sociales.(Foucoult, 1997)

La relación negativa. Entre poder y sexo, no establece relación ninguna sino de modo negativo: rechazo, exclusión, desestimación, barrera, y aun ocultación o máscara. El poder nada "puede" sobre el sexo y los placeres, salvo decirles no; si algo produce, son ausencias o lagunas; elide elementos, introduce discontinuidades, separa lo que está unido, traza fronteras. Sus efectos adquieren la forma general del límite y de la carencia.

La instancia de la regla. El poder, esencialmente, sería lo que dicta al sexo su ley. Lo que quiere decir, en primer término, que el sexo es colocado por aquél bajo un régimen binario: lícito e ilícito, permitido y prohibido. Lo que quiere decir, en segundo lugar, que el poder prescribe al sexo un "orden" que a la vez funciona como forma de inteligibilidad: el sexo se descifra a partir de su relación con la ley. Lo que quiere decir, por último, que el poder actúa pronunciando la regla: el poder apresa el sexo mediante el lenguaje o más bien por un acto de discurso que crea, por el hecho mismo de articularse, un estado de derecho. Habla, y eso es la regla. La forma pura del poder se encontraría en la función del legislador; y su modo de acción respecto del sexo sería de tipo jurídico discursivo.

El ciclo de lo prohibido: No te acercarás, no tocarás, no consumirás, no experimentarás placer, no hablarás, no aparecerás; en definitiva, no existirás, salvo en la sombra y el secreto. El poder no aplicaría al sexo más que una ley de prohibición. Su objetivo: que el sexo renuncie a sí mismo. Su instrumento: la amenaza de un castigo que consistiría en suprimirlo. Renuncia a ti mismo so pena de ser suprimido; no aparezcas si no quieres desaparecer. Tu existencia no será mantenida sino al precio de tu anulación. El poder constriñe al sexo con una prohibición que implanta la alternativa entre dos inexistencias.

La lógica de la censura. Se supone que este tipo de prohibición adopta tres formas: afirmar que eso no está permitido, impedir que eso sea dicho, negar que eso exista.

Formas aparentemente difíciles de conciliar. Pero es entonces cuando se imagina una especie de lógica en cadena que sería característica de los mecanismos de censura: liga lo inexistente, lo ilícito y lo inenunciable de manera que cada uno sea a la vez principio y efecto del otro: de lo que está prohibido no se debe hablar hasta que esté anulado en la realidad; lo inexistente no tiene derecho a ninguna manifestación, ni siquiera en el orden de la palabra que enuncia su inexistencia; y lo que se debe callar se encuentra proscrito de lo real como lo que está prohibido

por excelencia. La lógica del poder sobre el sexo sería la lógica paradójica de una ley que se podría enunciar como conminación a la inexistencia, la no manifestación y el mutismo.

La unidad de dispositivo. El poder sobre el sexo se ejercería de la misma manera en todos los niveles. De arriba abajo, en sus decisiones globales como en sus intervenciones capilares, cualesquiera que sean los aparatos o las instituciones en las que se apoye, actuaría de manera uniforme y masiva; funcionaría según los engranajes simples e indefinidamente reproducidos de la ley, la prohibición y la censura: del Estado a la familia, del príncipe al padre, del tribunal a la trivialidad de los castigos cotidianos, de las instancias de la dominación social a las estructuras constitutivas del sujeto mismo, se hallaría, en diferente escala, una forma general de poder. Esta forma es el derecho, con el juego de lo lícito y lo ilícito, de la trasgresión y el castigo. Ya se le preste la forma del príncipe que formula el derecho, del padre que prohíbe, del censor que hace callar o del maestro que enseña la ley, de todos modos se esquematiza el poder en una forma jurídica y se definen sus efectos como obediencia. Frente a un poder que es ley, el sujeto constituido como sujeto —que está "sujeto"— es el que obedece. A la homogeneidad formal del poder a lo largo de esas instancias, correspondería a aquel a quien constriñe —ya se trate del súbdito frente al monarca, del ciudadano frente al Estado, del niño frente a los padres, del discípulo frente al maestro— la forma general de sumisión. Por un lado, poder legislador y, por el otro, sujeto obediente.

De acuerdo con Foucault (1997) tanto en el tema general de que el poder reprime el sexo como en la idea de la ley constitutiva del deseo, encontramos la misma supuesta mecánica del poder. Se la define de un modo extrañamente limitativo. Primero porque se trataría de un poder pobre en recursos, muy ahorrativo en sus procedimientos, monótono en sus tácticas, incapaz de invención y condenado a repetirse siempre. Luego, porque sería un poder que sólo tendría la

fuerza del "no"; incapaz de producir nada, apto únicamente para trazar límites, sería en esencia una antienergía; en ello consistiría la paradoja de su eficacia; no poder nada, salvo lograr que su sometido nada pueda tampoco, excepto lo que le deja hacer. Finalmente, porque se trataría de un poder cuyo modelo sería esencialmente jurídico, centrado en el solo enunciado de la ley y el solo funcionamiento de lo prohibido. Todos los modos de dominación, de sumisión, de sujeción se reducirían en suma al efecto de obediencia.

Pero más que esa incidencia económica, me parece esencial la existencia en nuestra época de un discurso donde el sexo, la revelación de la verdad, el derrumbamiento de la ley del mundo, el anuncio de un nuevo día y la promesa de cierta felicidad están imbricados entre sí. Hoy es el sexo lo que sirve de soporte a esa antigua forma, tan familiar e importante en occidente, de la predicación. Una gran prédica sexual —que ha tenido sus teólogos sutiles y sus voces populares— ha recorrido nuestras sociedades desde hace algunas decenas de años; ha fustigado el antiguo orden, denunciado las hipocresías, cantado el derecho de lo inmediato y de lo real; ha hecho soñar con otra ciudad. Pensemos en los franciscanos. Y preguntémosnos cómo ha podido suceder que el lirismo y la religiosidad que acompañaron mucho tiempo al proyecto revolucionario, en las sociedades industriales y occidentales se hayan vuelto, en buena parte al menos, hacia el sexo.

La idea del sexo reprimido no es pues sólo una cuestión de teoría. La afirmación de una sexualidad que nunca habría sido sometida con tanto rigor como en la edad de la hipócrita burguesía, atareada y contable, va aparejada al énfasis de un discurso destinado a decir la verdad sobre el sexo, a modificar su economía en lo real, a subvertir la ley que lo rige, a cambiar su porvenir. El enunciado de la opresión y la forma de la predicación se remiten el uno a la otra; recíprocamente se refuerzan. Decir que el sexo no está reprimido o decir más bien que la relación del sexo con el poder no es de represión corre el riesgo de no ser

sino una paradoja estéril. No consistiría únicamente en chocar con una tesis aceptada. Consistiría en ir contra toda la economía, todos los "intereses" discursivos que la subtienden.(Foucault, 1997)

INFECCIONES DE TRANSMISIÓN

SEXUAL Y EMBARAZO NO DESEADO

El inicio de la vida sexual en los adolescentes conlleva diversas consecuencias, entre las cuales se cuentan las Infecciones de Transmisión Sexual y los embarazos no planeados debido en parte, al no uso, o bien, al uso inadecuado de métodos anticonceptivos; ya que a pesar de que en la actualidad existe una gran variedad de métodos para el control de la fertilidad, el embarazo no planeado es un problema al que cotidianamente se enfrenta una gran cantidad de adolescentes.

En México, en el año 2000 hubo el nacimiento de 382,000 niños/as de madres menores de 20 años, lo que representó el 15% del total de los nacimientos. Sin embargo, se desconoce el número real de embarazos ya que las estadísticas no registran los que terminan por interrupciones voluntarias. En nuestro país el embarazo en adolescentes se considera comúnmente un "problema de mujeres" y muchas veces se califica como una "falla" en el ejercicio de su sexualidad. Sin embargo, el embarazo no planeado es un acontecimiento que por lo común altera las potencialidades de desarrollo personal y social de los dos miembros de la pareja, no sólo de la mujer. El embarazo en adolescentes no planeado es una experiencia que, en la mayoría de los casos, ellas y ellos no buscan conscientemente, más bien dicen los especialistas, que intervienen razones afectivas tanto como prejuicios e ideas equivocadas que aún tienen sobre el tema de la sexualidad. (Juventud, 2008)

3.1 INICIO DE LA VIDA SEXUAL DE LOS ADOLESCENTES

El inicio de la vida sexual es un acontecimiento que influye de una manera muy importante la vida de las y los jóvenes. Particularmente, entre las mujeres, la secuencia unión-actividad sexual-reproducción no siempre sigue este orden, pero

si es determinante para el desarrollo futuro de la adolescente la secuencia y el calendario en que ocurren.

En los grupos sociales con mayores carencias, el inicio de la vida sexual responde en mayor medida a patrones de nupcialidad temprana, por lo que ambos eventos suelen ocurrir casi simultáneamente. La experiencia con menores niveles de escolaridad indica que alrededor de los 18 años se unen en pareja e inician su vida sexual y tan sólo un año después experimentan el nacimiento del primer hijo

Un poco más de la mitad de los jóvenes (55%) refieren que ya han tenido relaciones sexuales, y su edad de inicio se encontró en el rango de 15 a 19 años. La primera relación sexual ocurrió en su gran mayoría en un alto porcentaje con una pareja sentimental, novio(a), o esposo(a)⁴ y este dato es congruente con respecto al número de parejas sexuales. La gran mayoría refiere haber tenido solo una pareja en el último año y menos de un 20 % han tenido más de dos compañeros (as) sexuales. La actividad sexual analizada como frecuencia de contactos en los últimos tres meses indicó que en cuanto a la frecuencia con que han tenido relaciones sexuales en los últimos tres meses, cuatro de cada diez jóvenes tienen actividad sexual entre una y tres veces por semana, aproximadamente un tercio tienen relaciones de una a tres veces en el mes, y aproximadamente casi una cuarta parte de los jóvenes declaró no haber tenido relaciones durante el último mes.(MEXFAM, 2008)

3.1.1 EMBARAZO NO DESEADO

De acuerdo con Latorre Angel & Marco Candi (2002) se pueden destacar diversos factores que contribuyen a aumentar las tasas de embarazos no deseados. Factores como la gran falta de conocimiento y las actitudes de los adolescentes de ambos sexos sobre reproducción y sexualidad, la no utilización de métodos preventivos adecuados, la educación sexual y la edad de inicio de la menarquía y de la actividad sexual contribuyen a aumentar los niveles de embarazo no deseado en este periodo evolutivo:

- Falta de información, siendo esta, a veces casi nula. En países desarrollados Ammerman, Perelli y Adler (Latorre y Candi, 2002) entrevistaron a 160 jóvenes entre trece y dieciocho de edad y encontraron una gran falta de conocimiento de los adolescentes de ambos sexos sobre reproducción y sexualidad.
- En ocasiones, la educación sexual en el sistema educativo es contemplada de manera escueta, ambigua y en momentos muy puntuales, lo cual hace que ésta se convierta en una variable muy favorable de cara a la adquisición de embarazos no deseados en jóvenes de edad escolar.
- Se puede considerar como variable asociada a la aparición de embarazos no deseados la preparación mental con la edad adulta con respecto a las necesidades de los adolescentes y la comunicación padres e hijos sobre la prevención de embarazos y sobre información pertinente.

3.1.2 CONSECUENCIAS PSICOLÓGICAS DEL EMBARAZO NO DESEADO

El embarazo precoz es un fenómeno multifactorial que abarca dimensiones médicas, socioculturales, psicológicas y económicas. Las estadísticas reportan que en México el 15% de los nacimientos corresponden a madres menores de 20 años. Los sectores en que predomina la maternidad temprana son las mujeres sin escuela (el 60% de los casos) y mujeres que viven en comunidades rurales (de menos de 2 500 habitantes).(Rodríguez y Aguilar, 1998)

De acuerdo con los mismos autores resultados obtenidos por Pick y Atskin reportan que los padres de las adolescentes embarazadas poseen menor grado de escolaridad que los padres del grupo de las no embarazadas.

Además, la mayoría de las jóvenes estudiadas deserto de la escuela –o tenía bajas calificaciones- antes de embarazarse. También existen antecedentes de embarazos no deseados en sus familias, sobre todo en la madre o en la hermana mayor.

A partir del análisis de casos se han propuesto algunas hipótesis psicológicas. Entre los factores desencadenantes de embarazos se señalan; el miedo a la soledad, la posibilidad de sentirse adulto, la carencia de afecto y autoestima, la necesidad de reafirmarse como mujeres, -o en su caso, como hombres-, la rebeldía contra los padres, la búsqueda de independencia y la curiosidad sexual.

Potencialmente, el embarazo puede producirse desde el momento en que se tiene la primera ovulación o comienza la eyaculación, (entre los 12 y 13 años de edad), y puede ocurrir con un sólo contacto coital. En estas condiciones, el embarazo se considera de alto riesgo, ya que antes de los 15 años no está consolidado el desarrollo físico y generalmente no es sino hasta los 20 cuando existen las condiciones psicosociales para atender a un hijo.

Por lo que se refiere a los aspectos médicos, se sabe que las mujeres que se embarazan antes de los 15 tienen mayor posibilidad de presentar abortos y partos prematuros o de requerir cesárea o uso de fórceps, también es frecuente que el trabajo de parto tenga mayor duración, dando como resultado sufrimiento fetal. Otra de las complicaciones que puede presentarse es la toxemia, padecimiento que se caracteriza por el aumento de proteínas en la orina y presión arterial alta, y no seguir un tratamiento adecuado puede desencadenar en una eclampsia, enfermedad que daña el sistema nervioso e incluso puede producir la muerte. El producto de un embarazo tan temprano suele tener al nacer peso bajo y talla reducida. Se ha estudiado que la morbilidad infantil es más elevada cuando las madres son adolescentes, aunque este se asocia al grupo socioeconómico más representativo (los estados más desfavorecidos) y el descuido alimenticio frecuente en esta etapa. En algunas ocasiones, en el hijo se presentan secuelas de trauma obstétrico con problema coeficiente intelectual inferior al normal.

Las complicaciones médicas se dan en un contexto psicosocial nada propicio y difícilmente superable antes de los 20 años.

Los cambios psíquicos por los que atraviesa la joven (rebeldía, ambivalencia, necesidad de independencia, confusión ante su imagen corporal, búsqueda de identidad y aislamiento) se suman a los cambios que implica un embarazo, motivo por el cual se producen temores, miedos, desequilibrios emocionales y confusión de identidad, que se manifiestan en forma de depresiones, somatizaciones, intentos de aborto y fantasías de autodestrucción.

Debido al rechazo inicial de la familia, del novio, de la escuela y de la sociedad en general, en la adolescente embarazada se presentan frecuentemente sentimientos de minusvalía. Los padres que ven como una desgracia el embarazo de una hija soltera o demasiado joven se sienten culpables ante la situación y, en vez de reconocerlo, se culpan mutuamente y lo proyectan sobre la joven a través de los reclamos, hostigamiento y maltrato físico. En ocasiones obligan a sus hijas a contraer un matrimonio precoz y forzado, del que la mayoría de las veces resulta una unión inestable que fracasa y termina en divorcio.

La joven que no había desertado antes, deja los estudios y se enfrenta a una frustración personal. En los casos en que continúa estudiando es tomada como una carga para sus compañeras o compañeros, sobre todo cuando se trata de trabajar en equipo. En la mayoría de los casos, las jóvenes siguen viviendo en la casa de sus padres o se trasladan a la de sus suegros, estén casados o no. Así, se hacen más dependientes de los padres o suegros y se ven obligadas a someterse a las reglas familiares dada la necesidad de apoyo para su hijo/a. Los roles cambian: los abuelos asumen el lugar de abuelos-padres, lo cual produce confusión en ellos, en los jóvenes y en el bebé, quien estructura su primera relación humana como una madre-hermana. A largo plazo, las consecuencias para el hijo van cobrando importancia. Las confusiones de afecto y relación dificultan su confianza básica y seguridad personal. Muchas jóvenes deciden abortar, con o sin el consentimiento de los padres.

Puesto que el aborto provocado está penalizado en México (a excepción por los embarazos por violación o cuando la mujer embarazada corre peligro de muerte), este generalmente se practica en condiciones inadecuadas y por

personas no especializadas, lo cual puede acarrear, por lo menos la esterilidad y otro daño a la salud.

No hay que olvidar el papel del hombre ante el embarazo adolescente: aunque existe el estereotipo de que el hombre de que embaraza a su compañera comúnmente huye de la responsabilidad, no siempre sucede de esta manera.

Otras conductas de los jóvenes varones son: casarse en forma forzada, responsabilizarse por la manutención del bebé, negociar con la pareja y esperar para unirse en un futuro.

No existen elementos sociales que le permitan al hombre asumir su responsabilidad en el embarazo. Aunque los hombres se involucran, no saben cómo afrontar esta responsabilidad.

Es frecuente vivir sentimientos ambivalentes ante un embarazo no deseado, debido que la maternidad es altamente valorada en nuestra cultura; por lo que puede vivirse con una carga y, al mismo tiempo, como una valoración de la autoestima al pasar a ser madre y cobrar mayor importancia entre la familia o las amistades. Para traer un hijo/a al mundo, supone una importante carga económica, que puede convertirse en un mecanismo de reproducción de la pobreza .cuando no se tienen los recursos económicos para ello. (Gobierno del Distrito Federal, 2008)

3.2 ABORTO

Una de las consecuencias más graves del embarazo adolescente es el que resulta en un aborto inducido practicado en condiciones inseguras lo cual representa un problema social y de salud pública para muchos países del mundo.

La OMS calcula que cada año, ocurren entre un millón y 4.4% millones de abortos entre las jóvenes de 10 a 24 años de edad y que la mayor parte de éstos abortos son peligrosos porque los realizan proveedores no capacitados en condiciones ilícitas y peligrosas. Se estima que hay alrededor de 1000 muertes por cada 100 000 abortos ilegales efectuados en países donde el aborto es ilegal.

Se calcula que cada día ocurren casi 50, 000 abortos en condiciones inadecuadas.(OMS, 2003)

De acuerdo con el Gobierno del Estado de Hidalgo (1990) El aborto, es la interrupción del embarazo después de la segunda semana de gestación.

Art. 154. Para los efectos de este código, aborto es la muerte del producto de la concepción en cualquier momento de la preñez. El aborto causado culposamente será punible.

Las adolescentes recurren al aborto por razones tales como el temor, la vergüenza y la desesperación por no sentirse capaces de cuidar un bebé o no saber como podrán continuar su educación. Las adolescentes tienen mayor probabilidad que las mujeres adultas de tener un aborto en una etapa tardía, cuando corren mayores riesgos. Debido al estigma asociado con el embarazo fuera del matrimonio y el aborto, las adolescentes muchas veces no procuran abortos legales y seguros.(MEXFAM, 2008)

3.2.1 LEGISLACIÓN SOBRE EL ABORTO

En México, el aborto es legal en determinadas circunstancias. Sin embargo, si una mujer queda encinta y decide interrumpir su embarazo, se ve obligada a practicarse un aborto en la clandestinidad. Algunas pueden acudir a servicios higiénicos y seguros. La mayoría, sin embargo, pone en riesgo su salud y hasta su vida, porque carece de recursos para recibir atención adecuada.

Las leyes de aborto de la mayor parte del país datan de los años treinta del siglo XX, y sólo la mitad o una tercera parte han vuelto a revisarse desde entonces. Nuestras leyes se encuentran a la zaga de las del resto del mundo en esta materia.

En muchos países está permitido abortar por razones socioeconómicas; en México, sólo en Yucatán está permitido por esta razón. Actualmente, 61% de la población mundial vive en países donde se permite el aborto por una amplia gama de razones, incluso por la sola voluntad de la mujer. En México, sólo el Distrito

Federal permite el aborto voluntario —tras una decisión histórica de la Asamblea Legislativa, el 24 de abril de 2007. (GIRE, 2009)

De acuerdo con el Gobierno del Estado de Hidalgo(1990) el aborto será punible bajo los siguientes artículos:

Art. 155 - A la mujer que diere muerte al producto de su propia concepción o que consienta que otro lo haga abortar, se le impondrá de uno a tres años de prisión y multa de 10 a 40 días. Igual pena se aplicará al que haga abortar a la mujer con consentimiento de ésta.

Art. 156 – al que haga abortar a un mujer sin consentimiento de ésta, se le aplicará de seis a 7 años de prisión y multa de 40 a 150 días, y si mediare violencia, de cuatro a nueve años de prisión y multa de 50 a 200 días multa. Si el aborto punible lo causará un médico partero, enfermero o practicante de medicina, además de las penas que le correspondan conforme a los artículos anteriores, se le suspenderá de uno a tres años en el ejercicio de su profesión.

Art. 157 – A la mujer que se procure el aborto para ocultar su deshonra o por extrema pobreza se le impondrá pena de prisión de tres meses a dos años y multa de 5 a 25 días.

Art. 158 – El aborto no será punible:

- I. Cuando sea resultado de una conducta culposa de la mujer embarazada;
- II. Cuando el embarazo sea resultado de una violación, siempre que el aborto se practique dentro del término de noventa días de la gestación y el hecho haya sido denunciado. En este caso, si lo solicita la mujer, bastará la comprobación de los hechos para que el ministerio público o el juez lo autorice; o
- III. Cuando de no provocar el aborto, la mujer corra grave peligro en su salud.

3.2.2 ¿QUÉ ES LA INTERRUPCIÓN LEGAL DEL EMBARAZO (ILE)?

Por la ILE se entiende la interrupción de un embarazo que esta permitida por la ley. En el caso de las menores de edad se requiere el “acompañamiento de un adulto” para realizar la interrupción legal de un embarazo.¹

La ILE se permite en las entidades federativas en los siguientes casos:

- En toda la República Mexicana, la ILE esta permitida en caso de violación. Cuando una mujer quedad embarazada porque fue violada, puede optar por interrumpir el embarazo. LA violación es un delito porque se impone una relación sexual en contra de la voluntad o consentimiento de la persona. Este acto atenta contra la vida y la salud física o emocional de la mujer, así como con su integridad y autonomía, por lo que es una clara violación a sus derechos humanos. Por lo tanto, el aborto por violación es legal en toda la República Mexicana.
- En la mayoría de los Estado se permite la ILE, cuando la vida de la mujer corre peligro sino se interrumpe el embarazo.
- Existen otras causas que varían en cada Entidad Federativa.

Algunas de estas son:

- Cuando la salud de la mujer esta en riesgo
- Cuando el producto o feto presenta malformaciones genéticas.
- Cuando el embarazo es producto de la inseminación artificial no consentida.
- Cuando la mujer tiene razones económicas para interrumpir el embarazo y es madre de tres hijos. (Este caso solo lo regula Yucatán).

¹ Cada entidad federativa cuenta con un Código Penal

En el D. F. las mujeres tienen la opción de decidir y elegir de manera libre, informada y responsable si desea interrumpir su embarazo hasta las 12 semanas de gestación, sin que sea considerado un delito.

Aunque al solicitar el servicio de la ILE las mujeres no tienen que especificar una razón; entre las más frecuentes por la que una mujer puede optar por interrumpir su embarazo están:

- No contar con los recursos para mantener una criatura en ese momento.
- Que el embarazo afecte sus planes de estudio.
- Que sea muy joven y no se sienta preparada para tener un hijo en ese momento.
- Que falle el método anticonceptivo.
- Que haya tenido relaciones sexuales sin protección.
- Porque ya tiene los hijos que desea.
- Simplemente porque no desea tener hijos.

En todo caso, las mujeres del D.F., cuentan con la opción de interrumpir su embarazo si esa no es su decisión (Gobierno del Distrito Federal, 2008)

La decisión de interrumpir un embarazo no es fácil, está se debe tomar en libertad, de acuerdo con la consciencia, sin ningún tipo de presión por parte de la familia, amistades o cualquier otra persona, así sea del sector salud. Para poder decidir de manera clara, veraz, objetiva, precisa y oportuna sobre el procedimiento médico para la ILE, sus riesgos y consecuencias.

3.3 INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

La OMS (2003) manifiesta una gran preocupación por el marcado aumento que se observa en el número de ITS en adolescentes de todo el mundo; cada año, el 15% del total de los adolescentes contrae una ITS y se estima que 560 000 jóvenes entre 15 y 24 años viven con VIH/SIDA.

En México, la ITS ocupan uno de los cinco primeros lugares de demanda de consulta en el primer nivel de atención médica y se ubica entre las diez primeras causas de morbilidad general en el grupo de 15 a 24 años de edad. (OMS, 2003)

“Las infecciones de transmisión sexual son padecimientos infecciosos que se transmiten principalmente por contacto sexual desprotegido” (Gobierno del Distrito Federal, 2008, p. 71)

Entre las Infecciones de Transmisión sexual más frecuentes encontramos las siguientes:

SÍFILIS: La bacteria de nombre Treponema Pallidium es la causante de esta enfermedad. Los síntomas son iguales en hombres y mujeres. La primera señal de contagio es la aparición de un grano pequeño llamado chancro en genitales, boca o ano que se ulcera y que no duele ni sale pus. El grano desaparece a cabo de cuatro a seis semanas, sin que este indique que la enfermedad se curó, sino que entra en una segunda etapa.

La segunda etapa se caracteriza por la aparición de unas pequeñas ronchas rojizas en el cuerpo, de las que sale un líquido que puede llegar a infectar a otras personas si se tiene contacto directo: las ronchas desaparecen pero no la enfermedad. Ésta sigue avanzando y en su tercera etapa puede llegar a producir la muerte sino se atiende, ya que produce lesiones en el corazón, venas, arterias, cerebro y médula espinal, deformaciones en las encías, huesos, nariz, paladar, así como ceguera y sordera.

GONORREA: Se transmite por contacto directo o indirecto con las zonas comúnmente infectadas: ano, vagina, pene, ojos, garganta. La bacteria responsable es la Neisseria Gonoirhege, la cual se hace patente de 2 a 10 días después de la infección

Los síntomas en hombres y mujeres son diferentes. Por lo general, en los hombres la molestia principal se manifiesta por dolor o ardor al orinar y escurrimiento de líquido con pus por la uretra, que es el conducto por donde sale

la orina. Si no se atiende rápidamente, la gonorrea infecta la próstata produciendo su inflamación.

Cuando la mujer es la que se infecta, por lo general no presenta ningún síntoma. Si no se da cuenta que tiene gonorrea, la bacteria o puede inflamar las trompas de Falopio, lo que le producirá dolor en la parte baja del abdomen. En ocasiones la manifestación de la enfermedad puede ser una secreción vaginal de color amarillo-verdoso.

Tanto en hombres como en mujeres puede producirse esterilidad si no se atiende a tiempo, también provoca problemas cardiacos, hepáticos, meningitis y en los bebés ceguera total. (SEP Instituto Nacional para la Educación de los Adultos, 2005)

TRICOMONIASIS: La Enfermedad de Transmisión Sexual producida por protozoarios, más frecuente en México, es la tricomoniasis. Los trichomonas Vaginalis, son los parásitos que causan esta enfermedad, los cuales viven hasta siete horas fuera del cuerpo humano, por lo que puede contagiarse hasta por el contacto de una toalla infectada, su periodo de incubación es de 4 a 28 días, generalmente solo habitan en la vagina.

Los síntomas en la mujer son comezón en la vagina y la vulva, con un flujo amarillo o verdoso de mal olor, que sale a través de la vagina. Como también produce inflamación de la vagina, las relaciones sexuales son dolorosas. Es muy peligrosa durante el embarazo. En el varón la mayoría de los casos no hay síntomas. Esto no quiere decir que no tenga la infección y pueda contagiar a su pareja. En algunas ocasiones puede aparecer inflamación de la uretra, con dolor al orinar.

CONDILOMATOSIS: Los síntomas se inician con una lesión parecida con una verruga que al ir multiplicándose toma una forma parecida a la coliflor. Estas verrugas crecen en los genitales y en el ano. Las molestias principalmente son ardor y comezón alrededor del pene, de la vagina o del ano. Las verrugas no desaparecen por si solas, es necesaria que las quite el médico.

Para la condilomatosis no existe cura definitiva y debido a esto las verrugas pueden volver a aparecer en cualquier momento. Esta enfermedad está asociada al cáncer en órganos reproductores.

HERPES GENITAL: De 3 a 20 días después de haber entrado en contacto con el virus, aparecen en el área infectada (ano, pene, vagina, ojos) una serie de vesículas que posteriormente se revientan y se convierten en llaga doloras. Los síntomas empiezan con comezón o ardor y después, aparecen pequeñas ampollas que al romperse forman lesiones húmedas que contienen grandes cantidades del virus. Son muy dolorosas y se presentan en el pene, la vulva o el ano.

Estas llagas más tarde sanan, vuelven hacer aparición, sana otra vez y así prosiguen. No existe cura para el herpes, solo se controla el dolor y en casos extremos se recurre a cirugía reconstructiva. (SEP Instituto Nacional para la Educación de los Adultos, 2005)

3.3.1 ¿CÓMO SE TRANSMITEN LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL?

- Por intercambio de líquidos corporales
- El coito o penetración vaginal, anal y el sexo oral: Independientemente de que la persona tenga un papel “activo” (de penetrador) o un papel pasivo (penetrado). El sexo anal es la práctica de mayor riesgo, puesto que generalmente produce el rompimiento de los vasos sanguíneos tanto en los contactos heterosexuales como entre homosexuales.
- De la madre al feto: Una madre infectada con el VIH puede contagiar al feto durante el embarazo, el parto y después del parto.

3.3.2 SÍNTOMAS DE LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

- Úlcera genital: La persona se queja de la aparición una úlcera o dolor en la región de los genitales.
- Si se presentan múltiples lesiones pequeñas y dolorosas en los genitales, puede ser herpes.
- Si la úlcera genital se acompaña de ganglios inflamados en las ingles, podría ser sífilis o chancro blanco
- Verrugas en genitales: La persona se queja de ligera comezón y nota verrugas en sus genitales. Muchas veces las mujeres no las detectan por no tenerlos a la vista. Estas verrugas suelen ser causadas por el virus del papiloma humano (VPH). Ciertos tipos de estos virus están asociados con el cáncer cérvico-uterino o genital.
- Secreción uretral: El hombre se queja de secreción uretral y dolor al orinar.
- Si se hace un examen al microscopio, se puede ver la diferencia entre clamidia y gonorrea.
- Flujo vaginal: La mujer se queja de flujo vaginal.
- Si el flujo es color amarillo y de olor fétido se trata de tricomoniasis.
- Si el flujo es blanco y hace espuma puede ser una moniliasis.
- Un examen de flujo puede detectar gonorrea o clamidia.
- Dolor en la parte inferior del abdomen: Es necesario verificar la temperatura y el dolor durante el examen, ya que puede tratarse de una enfermedad pélvica inflamatoria.
- No hay presencia de síntomas: Es importante recalcar que algunas de las infecciones de transmisión sexual son asintomáticas, es decir, sin síntomas tales como el VIH, la gonorrea en la mujer, la tricomoniasis en el varón por

lo general no presentan síntomas (Gobierno del Distrito Federal, 2008, pp. 71-72)

3.3.3 SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA)

Es una enfermedad infecciosa causada por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), que ataca al sistema de defensas del ser humano y lo deja desprotegido ante cualquier micro-organismo. (Educativa, 2008, p. 2)

SIDA significa:

Síndrome: conjunto de síntomas y manifestaciones de enfermedad.

Inmuno: se refiere al sistema de defensas, llamado sistema inmunológico, encargado de reconocer y eliminar a los microorganismos dañinos para el ser humano.

Deficiencia: falla o función insuficiente. La inmunodeficiencia hace que el organismo humano quede expuesto a un sinnúmero de infecciones y cánceres, ya que el sistema inmunológico está deficiente.

Adquirida: hace referencia a que esta enfermedad no se hereda, sino que se puede contraer en algún momento de la vida. (Educativa, 2008)

El síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, es la enfermedad de transmisión sexual más grave que hay en la actualidad. Se ha extendido a casi todo el mundo y existen millones de personas infectadas. Es una enfermedad contagiosa, incurable y mortal.

El VIH se encuentra en los fluidos del cuerpo de una persona infectada: sangre, semen, líquido preeyaculatorio, fluidos vaginales y leche materna.

La infección se produce cuando los fluidos llegan a la sangre y son varias las vías de transmisión. Una vez que el VIH entra al cuerpo resulta afectada la capacidad del sistema inmunológico o de defensas que normalmente protege de las infecciones, por lo tanto, cuando una persona se infecta de VIH se vuelve más vulnerable ante otras infecciones que ponen en riesgo su salud y su vida.

3.3.3.1 ¿CÓMO SE TRANSMITE EL SIDA?

El Sida se transmite únicamente por tres formas:

- Por contacto sexual no protegido, al intercambiar semen, líquido preeyaculatorio, secreciones vaginales o sangre, con una persona infectada durante las relaciones sexuales
- Por vía sanguínea, cuando se realizan transfusiones con sangre infectada o al compartir jeringas y
- Por vía perinatal, de una madre infectada a su hijo, ya sea durante el embarazo, el parto o por medio de la leche materna. (CONASIDA, 2006)

3.3.3.2 CONSECUENCIAS PSICOLÓGICAS

A partir de los primeros casos notificados de SIDA en 1981 se han logrado grandes avances, pero también se ha evidenciado que la infección por VIH/SIDA es un problema de salud pública complejo que tiene grandes repercusiones en el ámbito social y psicológico.

Uno de los principales problemas que más dificulta el control del SIDA es la falta de educación preventiva, el rechazo y la discriminación que existe hacia las personas afectadas con esta enfermedad. Se han observado diversas reacciones en diferentes sectores de la sociedad tales como negación de la atención médica, rechazo de escuela de hijos de personas infectadas o niños adolescentes infectados, la obligatoriedad de las pruebas de detección para la entrada a la escuela o universidades, despido del trabajo y la discriminación de amigos y familiares.

Las personas con VIH suelen sufrir de depresión y ansiedad a medida que asumen las consecuencias del diagnóstico de la infección y afrontan las dificultades de vivir con una enfermedad crónica potencialmente mortal, por ejemplo el acortamiento de la esperanza de vida, los regímenes terapéuticos complejos, la estigmatización, y la pérdida de apoyo social, familiares o amigos. La

infección por VIH puede estar asociada con un alto riesgo de suicidio o intento de suicidio. Los predictores psicológicos de la idea de suicidio en personas infectadas por el VIH comprenden trastornos concomitantes debidos al consumo de sustancias, un historial de depresión y la falta de esperanza.

Todas estas conductas han favorecido la clandestinidad y el ocultamiento de las personas infectadas por el VIH, alejando a los afectados de las instituciones encargadas de su prevención y control, por lo cual es fundamental la protección y defensa de los derechos humanos como punto central de las acciones de la lucha contra el SIDA. (Aguilar y Mayén, 1997)

3.3.3.3 CENTROS O ASOCIACIONES CIVILES EN APOYO AL PACIENTE CON SIDA

CONASIDA

El Consejo Nacional para la Prevención y Control del SIDA (CONASIDA) fue creado mediante decreto presidencial publicado en el Diario Oficial de la Federación el día 24 de agosto de 1988. A partir de ese momento las actividades del CONASIDA se financiaron con recursos provenientes de fondos internacionales, principalmente del Programa Global de SIDA de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y en 1991 le fue asignado presupuesto federal ante la progresiva e importante disminución del financiamiento internacional y el crecimiento de la epidemia. Este presupuesto específico quedaba dentro del presupuesto operativo de la Dirección General de Epidemiología. En 1992 a CONASIDA le fue asignado presupuesto federal propio. (Educativa, 2008)

A partir del 22 de diciembre de 1994 el CONASIDA quedó incluido en la estructura de la Dirección General de Epidemiología, dependiente de la Subsecretaría de Servicios de Salud.

Actualmente el CONASIDA es un órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud con nivel de Dirección General y cuenta con plazas federales propias.

Depende directamente de la Subsecretaría de Prevención y Control de Enfermedades.

El Secretario de Salud es el Presidente del Consejo y puede invitar a representantes de las dependencias de la Administración Pública Federal centralizada como vocales del Consejo para coadyuvar en el desempeño de las funciones del mismo. La participación de las dependencias centralizadas de la Administración Pública Federal y de representantes del IMSS, ISSSTE, Instituto Nacional de la Nutrición, se requieren para desarrollar las actividades de prevención y control del SIDA en cada una de sus instancias.

Dentro de la SSA se cuenta con participación de Comités Técnicos para la coordinación de actividades sustantivas equivalentes y evitar la duplicación de actividades: Comité de Aspectos Clínicos, Comité de Epidemiología, Comité de Bancos de Sangre, Comité de Aspectos Sociales, y Comité de Aspectos Jurídicos.

Objetivos Generales

Tomando como referencia las tendencias arriba apuntadas y considerando que se trata de una enfermedad incurable, casi totalmente letal y para la cual no existe vacuna, el programa de prevención y control del SIDA se plantea cuatro objetivos principales:

1. Prevención de la transmisión sanguínea, sexual y perinatal prevenir la transmisión del VIH a la población por vía sexual, sanguínea y perinatal, a través de diversas estrategias como la promoción de medidas preventivas, la detección oportuna y el tratamiento adecuado de otras enfermedades de transmisión sexual, el control y la detección del VIH en todo paquete de sangre y hemoderivados, y la prestación de asesoría y de servicios a la población con prácticas de riesgo.

2. Reducción del impacto individual y social fortalecer y promover las acciones que favorezcan atención médica y apoyo psicológico y social adecuado a las personas afectadas y a sus familiares; promover acciones que disminuyan el impacto social y económico del VIH/SIDA y que favorezcan el respeto a los derechos humanos, así como el rechazo a la discriminación y la estigmatización.

3. Movilización y unificación de esfuerzos nacionales movilizar al Sistema Nacional de Salud, al resto del sector público y a la sociedad en su conjunto en la lucha contra el VIH/SIDA.

4. Investigación promover y realizar actividades de investigación para conocer las características particulares de la enfermedad en nuestro país desde el punto de vista epidemiológico, biomédico y psicosocial. (Educativa, 2008)

3.4 ANTICONCEPCIÓN

De acuerdo con Pinkerton y Abramson durante 1993 (citado en Pérez, 2006) en materia de anticoncepción, de aproximadamente 260 millones de mujeres entre 15 y 19 años de edad que hay en el mundo, casi el 11% son sexualmente activas y no desean quedar embarazadas; pero no usan un método anticonceptivo; además el uso de condón en los adolescentes no supera el 8% en ningún país desarrollado.

Entendemos por anticoncepción la manera de evitar que las relaciones sexuales estén obligatoriamente relacionadas con la reproducción.

En aquellos casos en los que la anticoncepción se utiliza como sistema, con el único y exclusivo fin de regular la reproducción, se denomina también planificación familiar.

Desde el punto de vista general, las ventajas de la planificación familiar son las siguientes:

1. Desligar dos hechos que no tiene porque ir forzosamente unidos (relación sexual y reproducción), permite conseguir una sexualidad libre y positiva, no coaccionada o condicionada.
2. Permite, igualmente, escoger libre y responsablemente el número de hijos que se desean, así como el momento que se crea más oportuno para tenerlos.
3. Ayuda, asimismo, aquellos que desean tener hijos y no consiguen su propósito.
4. Hace posible el conocimiento del propio cuerpo.
5. Ofrece la posibilidad de obtener una correcta información y orientación sexual, así como la posibilidad de conseguir una amplia información sobre métodos anticonceptivos para poder seleccionar el método que se crea más conveniente. (Cultural, 1994)

3.4.1 TIPOS DE ANTICONCEPTIVOS PARA ADOLESCENTES

La indicación de un anticonceptivo en los jóvenes es diferente al criterio empleado con los adultos. En la vida sexual de los primeros hay que tomar en cuenta factores tales como la frecuencia sexual, el desarrollo físico y emocional, el tipo de pareja (estable o inestable), así como la actitud y motivación para métodos anticonceptivos. Existen diferentes métodos que pueden ser utilizados para los jóvenes.

Es el médico quien debe orientarlos y guiarlos, para que en forma conjunta tomen una decisión adecuada a la situación. Sólo los anticonceptivos de barrera no requieren la consulta del médico para su prescripción. (Rodríguez y Aguilar, 1998)

De acuerdo con el Centro Nacional de Prevención de VIH/SIDA (citado en Juventud, 2008) los métodos anticonceptivos más utilizados por los adolescentes son los siguientes:

Método anticonceptivo	%
Condón	79.9
Pastillas	10.1
Ritmo/Billings	4.8
DIU	3.2
Inyectable	1.5
PAE	1.5
Retiro	1.5

Figura 3 Estadísticas tomadas del Manual de Elementos Pedagógicos para la Educación Sexual (2008 , pp 19)

El condón o preservativo masculino

El condón es una cubierta en forma de saco elástico de látex que se fabrica en varias formas y colores: básicamente es cilíndrico circular, cerrado de un extremo y abierto del otro, con borde redondeado. Los condones se envasan sobre el borde abierto, a veces lubricado y por lo general herméticamente sellado en bolsas de plástico.

¿Cómo actúa?

Al envolver el pene, reteniendo todo el líquido seminal eyaculado, evitando que llegue a ponerse en contacto con la vagina e impidiendo así la fecundación.

¿Cómo se usa?

Para usarlo se rompe el sobre en donde está contenido y se desenrolla el condón sobre el pene en erección, poco antes del contacto sexual, teniendo cuidado de dejar un espacio en el extremo para recibir el semen. Es importante que una vez terminado el contacto sexual, se retire el pene sujetando el condón por la base para evitar que el semen se escape y se deposite en la vagina o en la vulva.

Si se realiza un nuevo contacto sexual se deberá utilizar un nuevo preservativo. Los condones deben guardarse en un lugar fresco y nunca usarse más de una sola vez. Tampoco deben utilizarse después de expirada la fecha de caducidad, ni más de cinco años después de la fecha de fabricación.

Ventajas

- Previene el contagio de la ETS. No requiere receta médica.
- Es comercial y relativamente barato.
- Es fácil de llevar.
- La colocación del condón puede convertirse en parte del juego sexual.
- Se usa con facilidad.
- No causa complicaciones de tipo médico
- Da la oportunidad al varón de participar con su pareja en la prevención del embarazo.

Desventajas

- Puede romperse, si no se usa con cuidado.
- Puede haber sensibilidad o alergia al látex.
- Debe tener cuidado al retirarlo
- A algunas personas les disgusta su uso porque dicen que disminuyen la sensibilidad.
- Hay que utilizar un condón nuevo cada vez que se tenga contacto sexual.

Información adicional

Se ha observado que es un método indicado para ser utilizado por los jóvenes, sobre todo por la baja frecuencia de sus contactos sexuales, su facilidad de adquisición y la posibilidad de usarlo sin receta médica. Combinado con espermaticidas alcanza una eficacia muy alta.(Rodríguez y Aguilar, 1998)

El condón femenino

Es una funda de poliuretano con dos anillos que lo fijan en la vagina para impedir el contacto piel a piel con el pene.

Efectividad: Muy alta, si se usa bien, para evitar tanto la infecciones de transmisión sexual (incluyendo el VIH/SIDA) como los embarazos no deseados.

Ventajas:

- Permite a la mujer controlar durante la relación sexual. Ella misma puede colocarlo y retirarlo fácilmente (como si fuera un tampón).
- Protege contra infecciones de transmisión sexual y VIH-SIDA.
- No requiere erección total del pene, ni retiro antes de que termine la erección como en el caso del condón masculino.

Desventajas

- Costo relativamente alto
- Requiere constancia para utilizarlo en forma continua.

Información adicional

Según datos reciente, el condón femenino puede utilizarse varias veces. Hay que leer el instructivo y seguir fielmente las indicaciones. (Gentejoven, 2008)

Implantes Hormonales subdérmicos

Es el implante anticonceptivo subdérmico. Son pequeñas cápsulas que se insertan debajo de la piel (generalmente en el brazo).

¿Cómo actúa?

Cada 24 horas, las cápsulas liberan una hormona sintética que evita la ovulación y cambia la composición del moco cervical, inhibiendo la penetración de los espermatozoides.

Ventajas

- Adecuado para la mayoría de las mujeres en edad reproductiva.
- Altamente efectivo. (99%)
- Duración prolongada (cinco años).
- Rápido retorno a la fertilidad
- Excelente opción cuando hay contraindicación para el uso de estrógenos

Desventajas

- No protege contra ITS ni VIH-SIDA.
- Requiere la intervención de un médico para colocarlo y removerlo.
- Alteración del patrón regular de sangrado menstrual 35%
- Sangrado genital abundante y prolongado 18%
- Aumento de peso, acné, retención de líquido (edema), depresión: menos del 10%
- Su costo es muy alto

Los espermaticidas

Son sustancias químicas que se colocan antes del coito dentro de la vagina. Existen numerosas presentaciones, como espumas, tabletas vaginales, jaleas, cremas óvulos y esponjas vaginales.

¿Cómo actúan?

Paralizan la función de los espermatozoides.

¿Cómo se usan?

Se introduce la sustancia en algunas de sus presentaciones, con un aplicador o, en el caso de los óvulos, con los dedos, 15 minutos antes de empezar el contacto sexual.

Después del coito no deben realizarse lavados vaginales antes de 6 horas. Si existe otra penetración se necesita una nueva aplicación.

Las esponjas vaginales incorporan un espermicida en un vehículo de poliuretano en forma de hongo, que se humedece con las secreciones de la vagina. La esponja puede insertarse hasta 24 horas antes del contacto sexual y utilizarse para múltiples contactos sexuales dentro de las siguientes 24 horas a la inserción. También deberá retirarse después de 6 horas del contacto sexual.

Ventajas

- Disponible sin necesidad de receta médica
- Relativamente baratos
- De fácil aplicación
- Combinables con otros métodos para mayor eficacia

Desventajas

- Su aplicación puede interrumpir el acto sexual
- Puede causar alergia
- Su uso requiere motivación
- No protege del VIH- SIDA ni otras ETS

La píldora

Es un medicamento elaborado con hormonas sintéticas similares a las que el organismo produce (estrógenos y progestágenos).

¿Cómo actúa?

Su mecanismo de acción es suprimir la ovulación y propiciar en el tracto reproductivo condiciones desfavorables para el transporte de espermatozoides y la implantación de un posible óvulo fecundado.

¿Cómo se usa?

La píldora debe tomarse todos los días a la misma hora. Se aconseja combinar su toma con algún otro suceso diario como: cepillarse los dientes, acostarse, desayunar, etc.

La primera píldora puede tomarse en cualquier momento durante los primeros 5 a 7 días de su periodo.

Recuerde que hay envases de 28 y 21 píldoras. Cuando se termine el paquete para 28 días, tendrá que comenzar a tomar las píldoras de un paquete nuevo. Cuando se acabe el paquete de 21 días, tendrá que esperar una semana (7 días) antes de tomar píldoras de un nuevo paquete.

Si olvida tomar una píldora, deberá hacerlo tan pronto se acuerde. Puede tomar 2 el mismo día.

Si olvida tomarla 2 días seguidos, deberá tomar 2 píldoras diariamente hasta ponerse al día. También es aconsejable utilizar otros métodos anticonceptivos. O abstenerse de tener contactos sexuales hasta terminar el paquete de píldoras.

Si dejará de menstruar o uno o 2 meses después de olvidarse de tomar la píldora, no deberá tomarla más y será necesario visitar al médico.

Ventajas

- La píldora es altamente eficaz para evitar el embarazo.
- No se requieren preparativos especiales antes de la relación sexual.
- Se puede tener relaciones sexuales el día que desee, pues la mujer se encuentra protegida durante todo el mes
- Es reversible
- Disminuye la mayoría de trastornos del ciclo menstrual
- Se ha encontrado una disminución del riesgo de enfermedad inflamatoria pélvica

- Reduce el número de embarazos extrauterinos
- Reduce la aparición de quistes ováricos funcionales
- Reduce el cáncer ovárico, y endometrial
- Reduce las enfermedades mamarias benignas
- Menor cantidad de úlceras duodenales
- Algunos estudios informan de una menor incidencia de artritis reumatoide

Desventajas

Se dan principalmente en tres niveles:

1. Trastornos circulatorios
2. Trastornos hepáticos
3. Posibles efectos sobre algunos tipos de cáncer
4. No protege del VIH-SIDA ni de otras ETS

Según varios estudios de alcance internacional, los anticonceptivos orales producen trombosis venosa, embolia pulmonar y trombosis arterial en el cerebro y en el corazón, hipertensión, infarto al miocardio y accidentes cerebrovasculares.

Información adicional

El uso de la píldora en jóvenes ha sido discutido por los problemas que puede ocasionar para la maduración del eje hipotálamo-hipófisis-ovario durante el crecimiento, y los efectos de su uso prolongado. Por tanto, es preferible que la joven haya tenido ciclos menstruales regulares durante dos años antes de usarla.

Se ha investigado cómo la píldora evita el crecimiento al acelerar la clausura epifisiana, y se ha descubierto que tal situación está directamente relacionada con la dosis y la edad ósea en la que se inicia el tratamiento. No es de esperarse que con la dosis de hormonas que contienen las píldoras, después de presentarse la menarca, exista bloqueo en el crecimiento. Debido a que la OMS

encontró un riesgo de carcinoma cervical en las mujeres que han utilizado anticonceptivos orales por largo tiempo, es aconsejable informar a la joven que puede utilizar la píldora por un tiempo, para después cambiar el método. Este es adecuado para las parejas que mantienen una alta frecuencia de relaciones sexuales.

La inyección mensual

La inyección mensual contiene 5 mg de estradiol y dosis muy bajas de hormonas.

¿Cómo actúa?

- Inhibe la ovulación
- Modifica el moco cervical
- Altera el endometrio

¿Cómo se usa?

Los jóvenes solo deben usar inyecciones mensuales, ya que contienen dosis de hormonas significativamente inferiores a las inyecciones de 2 y 3 meses.

- La primera inyección se debe aplicar dentro de los primeros 5 días después del inicio de la menstruación.
- Se debe aplicar de forma intramuscular (nalga)
- Las siguientes inyecciones deben aplicarse 30 días después.

Ventajas

- Su uso no afecta el coito
- No esta contraindicada durante la lactancia
- Tiene efectividad anticonceptiva muy elevada
- Garantiza privacidad y confidencialidad
- Tiene una forma de administración muy sencilla, práctica y de larga duración

- Proporciona beneficios no anticonceptivos a corto y largo plazo sobre riesgo de cáncer de endometrio de ovario, riesgos de embarazo ectópico, enfermedad inflamatoria pélvica aguda, quistes ováricos, fibromiomatosis uterina, nódulos y quistes mamarios y anemia.

Desventajas

- Hay más alteraciones menstruales
- Puede producir aumento de peso, cefaleas, cambios de humor
- El regreso a la fertilidad es inmediato
- No protege del VIH-SIDA ni de otras ETS

Información adicional

Este método es útil para las adolescentes ya que permite utilizarlo una sola vez al mes y en forma discreta: además, por tener bajas dosis no afecta la fertilidad posterior, como sucedía con las inyectables de 2 y 3 meses.

Si se utiliza la inyección y hay pérdida repentina de la visión, dolor intenso de cabeza, ictericia, dolor agudo en el pecho, disnea, dolor en las extremidades o intolerancia a las irregularidades menstruales, es importante visitar al médico.

Las pastillas anticonceptivas de emergencia (PAES)

Son píldoras anticonceptivas tradicionales, de las que se toman a diario, pero se administran en dosis concentradas y por corto tiempo.

¿Cómo actúan?

Dependiendo del momento del ciclo menstrual en el que se tomen, pueden detener la liberación de óvulos, impedir la ovulación e interferir con la implantación del útero.

¿Cómo se usan?

Se debe tomar la primera dosis de 2 pastillas dentro de las 72 horas posteriores a la relación sexual no protegida: y la segunda dosis de 2 pastillas, 12 horas después. Está dosis es para las siguientes marcas: ovrál, eugynon, nordiol, neogynon.

Ventajas

- La anticoncepción de emergencia es el único método que puede ser usado después de la relación sexual. Es el único recurso disponible ante un embarazo no deseado.
- No tiene ninguna contraindicación médica absoluta para su uso ocasional.
- No requiere planeación del coito

Desventajas

- Causa una mayor incidencia de efectos colaterales (náuseas y vómito) que las pastillas anticonceptivas de uso normal.
- El índice acumulado de falla, en caso de uso rutinario, es más elevado que las pastillas de uso normal.
- Requiere conocimiento previo por parte del usuario y por parte del prestador de servicio.
- No protege del VIH-SIDA ni de otras ETS

Información adicional

Se puede presentar náuseas y vómitos, por lo que se aconseja tomar las PAES junto con alimentos o acompañadas de un antiemético. Si se presenta vómito en la primera hora después de la ingestión de las pastillas, se debe repetir la dosis.

Las PAES protegen exclusivamente de las relaciones sexuales que se hayan tenido en las 72 horas previas. No protegen de relaciones sexuales subsecuentes.

Si la menstruación no se presenta 2 semanas después de la fecha prevista, la adolescente deberá realizarse una prueba de embarazo. En caso de embarazo después del uso del las PAES, no existen efectos malformativos sobre el producto.

El dispositivo intrauterino (DIU)

Es un objeto de material sintético (plástico) al cual puede adicionársele otras sustancias que potencialicen su efecto.

Al DIU que no tiene ningún material complementario se le llama inerte o dispositivo de primera generación, y aquellos que tienen cobre u hormonas se les llama bioactivos o de segunda generación. Debe llenar tres requisitos básicos:

1. Ofrecer protección contra el embarazo
2. Ser fácil de insertar con el mínimo de molestia
3. Permanecer en su sitio en el útero hasta que la mujer desee retirarlo

¿Cómo actúa?

El mecanismo de acción de los dispositivos no se tiene completamente claro y se continúan los estudios para conocerlo a fondo; se piensan que son varios:

- Inhibe la migración del espermatozoide en el útero
- Inhibe la fecundación
- Inhibe el transporte del huevo, previniendo la implantación.

¿Cómo se usa?

Debe ser colocado por el médico dentro del útero, utilizando un aplicador especial y una técnica aséptica que es la siguiente:

- Primero se hace un cuidadoso examen pélvico
- Se introduce un espejo vaginal con el fin de visualizar el cuello del útero
- Se limpia el cuello uterino con una solución desinfectante

- Se inserta una sonda o histerómetro que sirve para medir el fondo del útero
- Se toma el cuello del útero con una pinza y se coloca el aplicador especial en el canal cervical
- Dentro del aplicador se introduce el DIU y se empuja el émbolo del aplicador
- Ya dentro del útero, el aparato toma su forma nuevamente
- Todos los dispositivos tienen unos pequeños hilos que permiten su extracción una vez que se quiera recuperar la función reproductiva.

¿Cuál es el momento oportuno para colocar el DIU?

Puede insertarse en cualquier momento del ciclo menstrual, pero tal vez sea preferible hacerlo durante o inmediatamente después de la menstruación, ya que esto permitiría tener la certeza de que no existe embarazo y su introducción por el cuello uterino sería más fácil, por estar más abierto en este momento.

Otro momento puede ser después del parto o aborto; puede hacerse inmediatamente después de la salida de la placenta, aunque haya más posibilidad de expulsión, o bien, esperar 6 semanas para aplicarlo.

Otra posibilidad es la aplicación del DIU después del coito: en aquellos casos en los cuales se tuvo un contacto sexual sin protección, el dispositivo se puede aplicar en los cinco días siguientes a dicho contacto.

Ventajas

- Es un método que se puede usar durante varios años, dependiendo del tipo de dispositivo.
- La mujer no tiene que pensar en tomar un anticonceptivo cada día o cada vez que tenga un contacto sexual.
- Una vez que se aplica no hay gastos adicionales.
- Sólo requiere visitar al médico cada 6 meses o al año
- El procedimiento de inserción es realmente rápido y sencillo

- Es fácil de extraer y no afecta la fertilidad posterior
- Se inserta una sola vez
- Ofrece protección continua y efectiva
- No interfiere con el acto sexual.

Desventajas

- La inserción puede ser dolorosa
- Algunas veces produce dolores o sangrado
- Puede ser expulsado involuntariamente
- Puede haber posibilidades de contraer enfermedades inflamatoria crónica en aquellas mujeres con varios compañeros sexuales
- Si se da un embarazo a pesar del DIU, puede presentarse complicaciones
- No protege del VIH-SIDA ni de otras ETS

Información adicional

En la joven, le DIU puede tener las mismas desventajas que en la mujer adulta. Aunque existe una controversia particular, algunos médicos aconsejan que las mujeres que no hayan procreado no usen el DIU, puesto que es más probable que presenten inflamación pélvica aguda, así como inflamación en las trompas Falopio. También se ha podido observar que en las adolescentes aumenta el número de expulsiones y la hiperactividad uterina, lo cual produce molestias. Sin embargo, hay experiencias que muestran que el uso del DIU en las jóvenes que no han tenido hijos no presenta mayores problemas, por lo que cuenta con una clientela de adolescentes satisfechas de usarlo. Es adecuado para las parejas que mantienen relaciones sexuales frecuentes.

Retiro o coito interrumpido

Es la interrupción del contacto sexual antes de que el esperma sea depositado dentro de la vagina.

Mecanismo de acción: se retira el pene antes de la eyaculación, es decir, el semen se descarga fuera de los genitales femeninos.

Ventajas

- No se requiere preparación previa
- Es un método disponible a voluntad
- No tiene costo
- No presenta riesgos para la salud
- No es necesario consultar al médico, ni acudir a la farmacia

Desventajas

- Es altamente desconfiable
- Exige control emocional
- Interfiere en el acto sexual
- Crea frustraciones personales y a la pareja
- Puede causar ansiedad y tensión emocional
- Pueden salir espermatozoides en el líquido que producen las glándulas de Cowper
- Pueden contraerse ETS/VIH_SIDA

Información adicional

No es recomendable para los jóvenes, por su baja efectividad y porque no lo llevan a cabo adecuadamente.

Ritmo

Consiste en llevar a cabo contactos sexuales únicamente en la época infértil de la mujer, de acuerdo con su ciclo menstrual.

Mecanismo de acción: No se puede llevar a cabo contactos sexuales los 5 o 7 días anteriores a la ovulación, ni los 5 o 7 días posteriores.

La ovulación ocurre de 14 a 16 días antes de la menstruación. La ovulación se detecta cuando hay un aumento de temperatura basal de 0.2 a 0.4 grados centígrados o cuando el moco cervical del útero puede estirarse como filamento o clara de huevo.

Ventajas

- No tiene costo
- No causa complicaciones médicas

Desventajas

- Muy Baja efectividad
- Exige motivación de la pareja para llevarlo a cabo
- Muchas mujeres presentan irregularidades menstruales
- Puede haber erros en el conteo de los días fértiles
- Interfiere con el deseo para realizar el acto sexual.
- Puede contraerse ETS/VIH-SIDA

Información adicional

No debe recomendarse a las jóvenes, porque la mayoría de sus relaciones no son planeadas; en los primeros años, los ciclos de las mujeres adolescentes son irregulares, y además se les dificulta llevar el método de forma adecuada. (Rodríguez y Aguilar, 1998)

3.4.2 SERVICIOS QUE OFRECEN LOS CENTROS DE ORIENTACIÓN SEXUAL

Es evidente que el inicio de la vida sexual en la población actual es cada vez más temprano, por ello es importante la enseñanza integral de la sexualidad y los métodos de planificación dirigidos a adolescente que disminuyan las tasas de aborto, enfermedades de transmisión sexual y embarazos no deseados.

En base a las problemáticas antes mencionadas han surgido diferentes centros de orientación sexual que facilitan el asesoramiento y asistencia médica en materia de sexualidad y anticoncepción para asegurar una vida sexual sana no solo en los adolescentes sino también en los adultos.

Los servicios que prestan los centros de orientación para una vida sexual sana son los siguientes:

- Orientación para la elección del método anticonceptivo más adecuado.
 - Pruebas de embarazo.
 - Diagnóstico y tratamiento de enfermedades de transmisión sexual.
 - Anticoncepción de emergencia.
- Proporcionan métodos anticonceptivos sin costo alguno.
 - Información sobre el aborto.

La forma en como se puede adquirir información de los centros de orientación existentes es a través de internet, vía telefónica o visitar directamente al más cercano al domicilio.

PROGRAMA DE EDUCACIÓN

SEXUAL PARA ADOLESCENTES

La educación sexual en nuestro país ha avanzado significativamente desde 1974, cuando se incorporan a la educación formal y por primera ocasión algunos contenidos básicos de esta temática. Inicialmente el abordaje tenía un sentido biologicista, y se tocaba exclusivamente el tema de los cambios fisiológicos que aparecen en la pubertad. A mediados de los años 80 se le incorpora el enfoque psicosocial, y la inclusión de aspectos sociales y psicológicos abre un enorme campo para la acción educativa, porque acerca a educadores, padres de familia y sociedad a las necesidades y problemáticas más sentidas por las y los jóvenes respecto a su sexualidad.

Posteriormente, se introduce en la temática de la sexualidad la perspectiva de género; con ello la educación sexual se convierte en un proceso de reflexión más completo, que propicia la igualdad en las relaciones entre hombres y mujeres, así como el empoderamiento de la mujer en el ámbito social, cultural, político y educativo. (Juventud, 2008)

Sin embargo, a pesar de que la educación sexual es abordada en el ámbito escolar la mayoría de los jóvenes llegan al nivel medio superior desconociendo principios básicos de la sexualidad.

Actualmente los adolescentes requieren de más y mejor información que les permita conocerse a sí mismos y a su entorno social, adquirir valores y actitudes que enriquezcan su formación como sujetos capaces de reflexionar y decidir el ejercicio de su sexualidad con autonomía y responsabilidad.

4.1 ANTECEDENTES

En el Bachillerato del Estado de Hidalgo plantel Atengo, se imparte la materia de Orientación Educativa como parte de una formación integral en el adolescente.

De acuerdo al mapa curricular de la institución en el tercer semestre se aborda el tema de la sexualidad, los métodos anticonceptivos, enfermedades de transmisión sexual y embarazo no deseado, a través de técnicas pedagógicas que le permitan al adolescente tener conocimientos del uso adecuado de los métodos anticonceptivos, por si en algún momento desean tener una vida sexual activa tomen decisiones adecuadas a cerca de su vida sexual.

En cuarto semestre se aborda el proyecto de vida y la toma de decisiones, actividad que les permite a los adolescentes organizar y planear su vida futura, sobre todo en el ámbito profesional.

De acuerdo a lo anterior, podemos observar que tanto la sexualidad como el proyecto de vida se aborda como parte importante de la formación integral de los adolescentes, sólo que en semestres separados.

Si se vincula la sexualidad con el proyecto de vida permitirá a los adolescentes organizarse de manera adecuada en todos los ámbitos de la vida, considerando como parte fundamental el área sexual y profesional ya que les permitirá decidir en que momento iniciar su vida sexual sin que se vea afectada la vida profesional de acuerdo a lo que tienen visualizado. Es decir, si los adolescentes tienen bien definido que es lo que quieren para su vida profesional y deciden tener una vida sexual activa el proyecto de vida les ayudará a decidir junto con su pareja el método anticonceptivo más adecuado para ellos y que no presenten un embarazo no planeado que quizá cambie de manera total o parcial sus proyectos personales y profesionales.

4.2 PROGRAMAS DE EDUCACIÓN SEXUAL PARA ADOESCENTES

Al revisar el panorama epidemiológico de salud sexual y reproductiva de los adolescentes, resulta evidente la importancia de trabajar en la prevención de conductas sexuales de riesgo. Por ello, en 1994 el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD), hizo un llamado a las organizaciones a iniciar o fortalecer sus programas para satisfacer mejor las

necesidades de salud sexual y reproductiva de los adolescentes. Cinco años después se reconoció la importancia de la salud de los adolescentes y se crearon números programas para abordar sus necesidades de salud sexual y reproductiva ya que éstos pueden ser la única oportunidad que tienen los adolescentes de recibir información exacta acerca de la salud de la reproducción. (Pérez, 2006)

Resulta evidente que aún queda mucho por hacer en términos de embarazos no planeados, contagio de enfermedades de transmisión sexual (ITS-SIDA), en adolescentes. A continuación se presenta una revisión de los programas desarrollados en materia de la sexualidad de los adolescentes:

4.2.1 PROGRAMAS DE ABSTINENCIA

Los programas de abstinencia se han enfocado en la importancia de posponer la actividad sexual hasta el matrimonio. Una revisión llevada a cabo por Kirby 2002 (citado en Pérez, 2006) acerca de la efectividad de los programas de abstinencia concluye , que no existen evaluaciones publicadas sobre programas de abstinencia escolarizados donde se reporta que son efectivos en retrasar el inicio sexual, pero considera prematuro escribir conclusiones acerca de su impacto , ya que los programas que son solo de abstinencia representan un grupo muy heterogéneo; además, muy pocos estudios rigurosos sobre éstos han sido completados, sólo se han reportado tres estudios sobre éstos programas que alcanzan un criterio científico razonable; sin embargo en ninguno de estos estudios se reporta un impacto significativo y consistente en el retraso de la actividad sexual en adolescentes.

4.2.2 PROGRAMAS DE DISTRIBUCIÓN DE CONDONES

Los programas de distribución de condones se implementaron como una estrategia adicional a los programas adicionales de prevención de embarazo no planeado y contagio de ITS-SIDA. Desde 1995 por lo menos en 431 escuelas secundarias de Estados Unidos han implementado programas para hacer accesible los condones a los estudiantes que asisten a dichos planteles, en

respuesta al temor acerca de la propagación de de ITS-SIDA y la lata incidencia de embarazos no planeados. Estos programas, han provocado mucho debate: sus oponentes argumentan que dichos programas hacen creer a los estudiantes que las escuelas apoyan que se involucren en relaciones sexuales y que los motiva para iniciarse sexualmente. No obstante, los resultados de la evaluación del impacto de estos programas han demostrado que hubo un cambio significativo en el porcentaje de hombres y mujeres adolescentes que tuvieron relaciones sexuales, pero aumento el uso de condones en sus encuentros sexuales de un 37% a un 50%. Más aún, el porcentaje de hombres que reporto usar condones durante su primera relación sexual, se incremento de un 65% a un 80%.

Por lo que respecta a México, Martínez y colaboradores 2004 (citado en Pérez, 2006) desarrollaron una intervención para prevención de contagio para el VIH mediante la combinación de un taller de sexualidad y un programa de distribución gratis de condones en cuatro escuelas de Tijuana, México. Los resultados mostraron que la distribución tuvo un efecto positivo en la reducción de la transmisión de VIH en dos formas diferentes: moderando la iniciación sexual de los estudiantes y aumentando la adquisición de los condones. Por otro lado, el acceso al programa de distribución de condones por si solo, no tuvo efectos en los correlatos conductuales ni psicosociales en la transmisión del VIH.

4.2.3 PROGRAMAS DE EDUCACIÓN SEXUAL ESCOLARIZADOS

Con base a una revisión minuciosa de los programas existentes en materia de educación sexual desarrollados a partir de la mitad del siglo pasado hasta nuestros días, se sabe que los programas de las escuelas fueron y siguen siendo los primeros programas de gran escala para adolescentes, bajo el título inicial de “Educación para la vida Familiar”. Estos programas suministraban información y educación, pero no servicios. En los años setenta, la preocupación por el veloz crecimiento de la población llevó a que las escuelas incluyeran programas de educación en materia de población. Estos planes de estudio se centraban en la relación entre el crecimiento de la población, la nación y el individuo. Los

estudiantes aprendían que lo que ellos decidieran acerca del tamaño de la familia moldeara su futuro y también el futuro de la nación. Los planificadores del desarrollo suponían que esta información motivaría a los adolescentes a limitar el tamaño de la familia, posteriormente, a finales de los 80's, muchas naciones y sistemas escolares consideraban que la educación para la vida familiar en las escuelas era una manera rápida y eficiente de informar a los adolescentes sobre el SIDA, por lo que los programas ya existentes añadieron información sobre ésta enfermedad.

La mayoría de estos programas bajo el amplio concepto de la educación para la vida familiar, se concentraba en ayudar a los adolescentes en planear vidas productivas. En el material didáctico se observaba el crecimiento de la población, pero también temas tales como; la salud personal y nutrición, la planificación de la vida, la adopción de decisiones y el respeto por la mujer y el hombre por igualdad. Algunos programas también trataban de la fisiología de la reproducción, la sexualidad y la anticoncepción. No obstante, resulta importante mencionar que en su mayor parte, los programas de educación para la vida familiar no han sido evaluados, ni siquiera descritos a detalle, de modo que se conoce muy poco sobre su impacto. (Pérez, 2006)

4.3 FUNDAMENTO O MARCO DE REFERENCIA PARA EL DISEÑO DEL TALLER

La salud sexual como parte importante de la vida de los seres humanos ha tomado gran importancia para la sociedad, principalmente en la adolescencia porque se encuentran más vulnerables ante las consecuencias de un ejercicio sexual irresponsable tales como: embarazos no deseados, infecciones de transmisión sexual (ITS).

Debido a la problemática antes mencionada se han generado gran cantidad de trabajos que permitan a los adolescentes tener conocimiento adecuado, dar alternativas y tomar decisiones adecuadas sobre su vida sexual, pero son muy

pocas a las que este tema le agregan el proyecto de vida, hablando de éste de manera muy puntual, es decir, en una sola sesión como se muestra a continuación:

Nombre de la tesis/tesina	Infecciones de Transmisión Sexual	Embarazo no deseado	Métodos Anticonceptivos	Proyecto de Vida	Toma de decisiones	Leyes del aborto
Influencia de la familia en la actitud hacia la elaboración del proyecto de vida de los adolescentes. (Sánchez y Valdes, 1998)	No hay actividades específicas ni las menciona en marco teórico	No hay actividades específicas ni las menciona en marco teórico	No hay actividades específicas ni las menciona en marco teórico	X No hay actividades específicas solo las menciona en marco teórico	X No hay actividades específicas solo las menciona en marco teórico	No hay actividades específicas ni las menciona en marco teórico
Propuesta de un programa para que los adolescentes ejerzan su sexualidad de manera responsable. (L. M. García y Sánchez 2007)	X Lo aborda en sesión	X La aborda en sesión	X Lo aborda en sesión	No hay actividades específicas ni las menciona en marco teórico	No hay actividades específicas ni las menciona en marco teórico	No hay actividades específicas ni las menciona en marco teórico
Curso de educación sexual para púberes con Síndrome de Down. (Vargas, 2005)	No hay actividades específicas ni las menciona en marco teórico	No hay actividades específicas ni las menciona en marco teórico	No hay actividades específicas ni las menciona en marco teórico	No hay actividades específicas ni las menciona en marco teórico	No hay actividades específicas ni las menciona en marco teórico	No hay actividades específicas ni las menciona en marco teórico
Construyendo tu sexualidad. Un taller alternativo de Educación. (Solano, 2005)	X Lo aborda en sesión	X Lo aborda en sesión	X Lo aborda en sesión	No hay actividades específicas ni las menciona en marco teórico	X Lo aborda en sesión	No hay actividades específicas ni las menciona en marco

Nombre de la tesis/tesina	Infecciones de Transmisión Sexual	Embarazo no deseado	Métodos Anticonceptivos	Proyecto de Vida	Toma de decisiones	Leyes del aborto
						teórico
Sexualidad en la adolescencia (Fundamentos para la creación de un programa de Educación Sexual).(Bosco, 2001)	X Lo aborda en sesión	No hay actividades específicas ni las menciona en marco teórico	No hay actividades específicas ni las menciona en marco teórico	No hay actividades específicas ni las menciona en marco teórico	No hay actividades específicas ni las menciona en marco teórico	No hay actividades específicas ni las menciona en marco teórico
Curso de Educación sexual para adolescentes.(Raya, 2006)	X No hay actividades específicas solo lo menciona en marco teórico	No hay actividades específicas sol lo menciona en marco teórico	X No hay actividades específicas solo lo menciona en marco teórico	No hay actividades específicas ni las menciona en marco teórico	No hay actividades específicas ni las menciona en marco teórico	No hay actividades específicas ni las menciona en marco teórico
Adolescencia y sexualidad (Zacatelco, 1998)	X No hay actividades específicas solo las menciona en marco teórico	No hay actividades específicas ni las menciona en marco teórico	No hay actividades específicas ni las menciona en marco teórico	No hay actividades específicas ni las menciona en marco teórico	No hay actividades específicas ni las menciona en marco teórico	No hay actividades específicas ni las menciona en marco teórico
Viviendo la adolescencia dese un enfoque humanista.(Peralta, 2007)	No hay actividades específicas ni las menciona en marco teórico	No hay actividades específicas ni las menciona en marco teórico	No hay actividades específicas ni las menciona en	X No hay actividades específicas solo las menciona en	No hay actividades específicas ni las menciona en	No hay actividades específicas ni las menciona en marco

Nombre de la tesis/tesina	Infecciones de Transmisión Sexual	Embarazo no deseado	Métodos Anticonceptivos	Proyecto de Vida	Toma de decisiones	Leyes del aborto
			marco teórico	marco teórico	marco teórico	teórico
Trayectoria amorosa e implicación sexual en universitarios. (Correa, 2007)	X No hay actividades específicas solo las menciona en marco teórico	No hay actividades específicas ni las menciona en marco teórico	No hay actividades específicas ni las menciona en marco teórico	No hay actividades específicas ni las menciona en marco teórico	No hay actividades específicas ni las menciona en marco teórico	No hay actividades específicas ni las menciona en marco teórico
Educación sexual para pares y madres de preadolescentes: Un programa de asesoría psicoeducativa. (Galvan y Veites, 2006)	X Lo aborda en sesión	No hay actividades específicas ni las menciona en marco teórico	X Lo aborda en sesión	No hay actividades específicas ni las menciona en marco teórico	No hay actividades específicas ni las menciona en marco teórico	No hay actividades específicas ni las menciona en marco teórico
Curso taller sobre enfermedades de transmisión sexual y métodos anticonceptivos para adolescentes desde el enfoque de habilidades para la vida .(C. García, 2007)	X Lo aborda en sesión	X Lo aborda en sesión	X Lo aborda en sesión	No hay actividades específicas ni las menciona en marco teórico	No hay actividades específicas ni las menciona en marco teórico	No hay actividades específicas ni las menciona en marco teórico
Taller teórico-vivencial de sexualidad dirigido a adolescentes	X Lo aborda en sesión	X Lo aborda en	X Lo aborda en	No hay actividades específicas ni las	No hay actividades	No hay actividades

Nombre de la tesis/tesina	Infecciones de Transmisión Sexual	Embarazo no deseado	Métodos Anticonceptivos	Proyecto de Vida	Toma de decisiones	Leyes del aborto
de secundaria. (J. García y Reséndiz, 2006)		sesión	sesión	menciona en marco teórico	específicas ni las menciona en marco teórico	específicas ni las menciona en marco teórico
Taller teórico-vivencial de autoconcepto, asertividad y sexualidad dirigido a adolescentes de una secundaria pública.(Hermenegildo, 2006)	X Lo aborda en sesión	No hay actividades específicas ni las menciona en marco teórico	X Lo aborda en sesión	No hay actividades específicas ni las menciona en marco teórico	No hay actividades específicas ni las menciona en marco teórico	No hay actividades específicas ni las menciona en marco teórico
La educación sexual y los riesgos del ejercicio de la sexualidad en el adolescente (Delgado, 2006)	X No hay actividades específicas, solo lo aborda en marco teórico	X No hay actividades específicas, solo lo aborda en marco teórico	X No hay actividades específicas, solo lo aborda en marco teórico	No hay actividades específicas ni las menciona en marco teórico	No hay actividades específicas ni las menciona en marco teórico	No hay actividades específicas ni las menciona en marco teórico
La educación sexual en adolescentes con Síndrome de Down.(M. Hernández, 2001)	No hay actividades específicas ni lo menciona en marco teórico	No hay actividades específicas ni lo menciona en marco teórico	No hay actividades específicas, ni lo menciona en marco teórico	No hay actividades específicas, ni lo menciona en marco teórico	No hay actividades específicas, ni lo menciona en marco teórico	No hay actividades específicas ni lo menciona en marco teórico
Propuesta de un taller vivencial e educación e la sexualidad para	X Lo aborda en sesión	X Lo aborda en	X	No hay actividades	No hay actividades	No hay

Nombre de la tesis/tesina	Infecciones de Transmisión Sexual	Embarazo no deseado	Métodos Anticonceptivos	Proyecto de Vida	Toma de decisiones	Leyes del aborto
adolescentes de 12 a 15 años.(Contreras y Javier, 2007)		sesión	Lo aborda en sesión	especificas, ni lo menciona en marco teórico	especificas, ni lo menciona en marco teórico	actividades especificas ni lo menciona en marco teórico
Propuesta de formación de jóvenes promotores en salud sexual con perspectiva de género y enfoque constructivista.(Bono, 2006)	No hay actividades especificas, ni lo menciona en marco teórico	No hay actividades especificas, ni lo menciona en marco teórico	No hay actividades especificas ni lo menciona en marco teórico	No hay actividades especificas, ni lo menciona en marco teórico	No hay actividades especificas, ni lo menciona en marco teórico	No hay actividades especificas ni lo menciona en marco teórico
Educación sexual para adolescentes un propuesta e taller.(Valadez, 2001)	X Lo aborda en sesión	X Lo aborda en sesión	X Lo aborda en sesión	No hay actividades especificas, ni lo menciona en marco teórico	No hay actividades especificas, ni lo menciona en marco teórico	No hay actividades especificas ni lo menciona en marco teórico
Prepara tu sexualidad. Adolescencia y anticoncepción.(Carrillo, 2000)	X Lo aborda en sesión	X Lo aborda en sesión	X Lo aborda en sesión	No hay actividades especificas, ni lo menciona en marco teórico	No hay actividades especificas, ni lo menciona en marco teórico	No hay actividades especificas ni lo menciona en marco teórico
Evaluación de un programa de habilidades para la vida y	X	X	X	No hay actividades especificas, ni lo	Lo aborda en	No hay actividades

Nombre de la tesis/tesina	Infecciones de Transmisión Sexual	Embarazo no deseado	Métodos Anticonceptivos	Proyecto de Vida	Toma de decisiones	Leyes del aborto
sexualidad en adolescentes.(Pérez, 2006)	Lo aborda en sesión	Lo aborda en sesión	Lo aborda en sesión	menciona en marco teórico	sesión x	específicas, ni lo menciona en marco teórico
La sexualidad en la adolescencia. Propuesta de un programa educativo sobre salud sexual y reproductiva de las y los adolescentes para el ISSSTE.(Díaz, 2001)	X Lo aborda en sesión	X Lo aborda en sesión	No hay actividades específicas, ni lo menciona en marco teórico	No hay actividades específicas, ni lo menciona en marco teórico	No hay actividades específicas, ni lo menciona en marco teórico	No hay actividades específicas, ni lo menciona en marco teórico
Descontextualización social en el embarazo en la adolescencia(Parrao, 2008)	No hay actividades específicas, ni lo menciona en marco teórico	X No hay actividades específicas solo lo aborda en marco teórico.	No hay actividades específicas, ni lo menciona en marco teórico	No hay actividades específicas, ni lo menciona en marco teórico	No hay actividades específicas, ni lo menciona en marco teórico	No hay actividades específicas, ni lo menciona en marco teórico
El cambio de actitud en los adolescentes hacia la sexualidad. Curso-taller(Juárez, Soto, y Zarco, 2007)	X Lo aborda en sesión	X Lo aborda en sesión	X Lo aborda en sesión	No hay actividades específicas, ni lo menciona en marco teórico	No hay actividades específicas, ni lo menciona en marco teórico	X Lo aborda en sesión

Nombre de la tesis/tesina	Infecciones de Transmisión Sexual	Embarazo no deseado	Métodos Anticonceptivos	Proyecto de Vida	Toma de decisiones	Leyes del aborto
Nombre de la tesis	Infecciones de Transmisión Sexual	Embarazo no deseado	Métodos Anticonceptivos	Proyecto de Vida	Toma de decisiones	Leyes del aborto
Conocimientos, actitudes y prácticas de un grupo de adolescentes de Educación Media Superior ante la sexualidad.(Portillo y otros., 2001)	X Lo aborda en sesión	X Lo aborda en sesión	X Lo aborda en sesión	No hay actividades específicas, ni lo menciona en marco teórico	X Lo aborda en sesión X	No hay actividades específicas, ni lo menciona en marco teórico
Estudio descriptivo sobre conocimientos y actitudes ante la sexualidad en adolescentes de secundaria.(Martinez, 2005)	X Lo aborda en marco teórico y no hay actividades específicas	X Lo aborda en marco teórico y no hay actividades específicas	X Lo aborda en marco teórico y no hay actividades específicas	No hay actividades específicas, ni lo menciona en marco teórico	No hay actividades específicas, ni lo menciona en marco teórico	No hay actividades específicas, ni lo menciona en marco teórico
Estudio comparativo de conocimientos y actitudes hacia la sexualidad y necesidades de educación sexual en adolescentes de secundaria.(Alpizar, 1996)	No hay actividades específicas, ni lo menciona en marco teórico	X Lo aborda en marco teórico y no hay actividades específicas	X Lo aborda en marco teórico y no hay actividades específicas	No hay actividades específicas, ni lo menciona en marco teórico	No hay actividades específicas, ni lo menciona en marco teórico	No hay actividades específicas, ni lo menciona en marco teórico
Lo Orientación Educativa en busca de un desarrollo integral de estudiante, propuesta de un taller para la educación de la	X La aborda en marco teórico y en sesión	No hay actividades específicas, ni lo menciona en marco teórico	No hay actividades específicas, ni lo menciona en	No hay actividades específicas, ni lo menciona en marco teórico	No hay actividades específicas, ni lo menciona en	No hay actividades específicas, ni lo menciona en

Nombre de la tesis/tesina	Infecciones de Transmisión Sexual	Embarazo no deseado	Métodos Anticonceptivos	Proyecto de Vida	Toma de decisiones	Leyes del aborto
sexualidad.(Palacios, 2002)			marco teórico		marco teórico	marco teórico

Una vez revisados detenidamente los trabajos anteriores referentes a la sexualidad en los adolescentes podemos observar que los temas que más se aborda son los siguientes: Infecciones de Transmisión Sexual, embarazo no deseado y métodos anticonceptivos.

El objetivo principal es dar a conocer un marco referencial a través de dinámicas que generen en las adolescentes actitudes responsables hacia su vida sexual, dejando de lado el proyecto de vida y la toma de decisiones que únicamente se abordan en cuatro tesis, pero lo hacen de manera muy puntual, por lo que se puede observar la carencia de estos tipos de formación.

El proyecto de vida es una actividad importante dentro de la vida de los adolescentes, por que les va a permitir aprender a organizar y planear su vida futura, a corto y a largo plazo, en todos los aspectos: personal, profesional, familiar, salud, sexual y social.

La importancia de hacer un proyecto de vida en el área sexual les va a permitir a los adolescentes planear el momento adecuado para iniciar su vida sexual, el tipo de pareja que desea tener y las medidas preventivas que desean tomar para no contagiarse de una infección de transmisión sexual o un embarazo no planeado. Tomando en cuenta que si se llega a presentar un embarazo no deseado en esta etapa la vida de ambos cambia, por las responsabilidades a las que se tienen que enfrentar ante esta problemática, de acuerdo a la situación económica y social en la que se encuentra el adolescente.

Al realizar el proyecto de vida, los adolescentes deben experimentar un sentimiento de integridad personal, de forma que sus acciones y decisiones sean coherentes entre sí y conformen un estilo propio por el que se defina a sí mismo y sea reconocido por los demás. Es importante que este estilo tenga cierta estabilidad a lo largo del tiempo y a través de distintas situaciones. Además la capacidad para pensar y organizar su vida permitirá al adolescente tomar conciencia de su papel en la sociedad.

MÉTODO

PLANTEMAMIENTO DEL PROBLEMA

La adolescencia es una etapa importante del ser humano porque es en ésta donde se presentan grandes cambios tanto físicos como psicológicos. También busca establecer su identidad. Además de que el adolescente debe asumir una responsabilidad social adulta. Esto implica la definición de un papel específico como hombre o como mujer en los ámbitos laboral, familiar, sexual, cultural y recreativo. Tomando en cuenta que en nuestra cultura, las condiciones para el desarrollo de los varones y de las mujeres adolescentes son diferentes. Unos y otros son sometidos a diferentes sistemas de restricciones, normas y expectativas del rol. El varón se ve orientado hacia actividades económicamente productivas, a la mujer se le adiestra tanto para las tareas de la vida hogareña como para el trabajo fuera del hogar.

Los adolescentes se consideran una población vulnerable por los cambios a los cuales se enfrenta, entre los que se encuentran; embarazos no deseados, infecciones de transmisión sexual y abortos. Problemas que representan un fenómeno multifactorial por que abarcan dimensiones médicas, socioculturales, psicológicas y económicas.

Las problemáticas que se presentan en los adolescentes se deben básicamente a la poca información que se les proporciona ante la sexualidad, al uso inadecuado de los métodos anticonceptivos, a la falta de conciencia de los riesgos a los cuales se enfrentan al ejercer de manera irresponsable su vida sexual, o bien ante la absurda idea “a mi no me va a suceder”, “no pasa nada” y si pasará toman una actitud irresponsable ante la problemática que se les presente.

En este sentido encontramos que en nuestro país existe poca cultura hacia la elaboración de un proyecto de vida desde edades temprana para que la persona vaya organizando y visualizando que es lo que quiere en su vida futura.

Además de que es importante para la vida sexual de los adolescentes porque les permite visualizar de manera clara y objetiva el momento adecuado para un buen ejercicio de su sexualidad sin que se vea truncado sus planes profesionales.

Además de la educación en la sexualidad que ya se da, es importante generar en los adolescentes un cambio de actitud hacia la elaboración del proyecto de vida para su sexualidad, porque les va a permitir adquirir elementos y herramientas que favorezcan la planeación adecuada de su vida sexual.

En base a lo anterior, se plantea la siguiente pregunta ¿Cuál es el impacto que tiene una propuesta psicoeducativa en la elaboración del proyecto de vida en la definición de metas a corto y largo plazo y el buen ejercicio de su sexualidad?

JUSTIFICACIÓN

En la actualidad se le ha dado mayor importancia al tema de la sexualidad. Esto se debe principalmente a que cada vez más hombres y mujeres son activos sexualmente durante la adolescencia. Sin embargo, muchos deciden iniciar su vida sexual sin haber recibido información exacta sobre el uso adecuado de métodos anticonceptivos. “O bien, a pesar de haber recibido la información, los adolescentes no la llevan a la práctica de manera adecuada”(Pérez, 2006, p. 67). También las creencias negativa o actitudes desfavorables tales; como “a mi no me va a pasar”, la falta de apertura de la sociedad sobre el tema de la sexualidad, los mitos que existen acerca de este tema, genera conductas de riesgo en los adolescentes ante las infecciones de transmisión sexual y embarazos no deseados.

De acuerdo con la OMS (2003) , las ITS ocupan uno de los cinco primeros lugares de demanda de consulta en el primer nivel de atención médica y se ubica en las diez primeras causas de morbilidad general en el grupo de 15 a 44 años de edad. En cuanto al embarazo en adolescentes, en el año 2000, en México, ocurrieron más 500 000 embarazos en jóvenes menores de 19 años, y de éstos alrededor de 360 000 llegaron a su término, lo que representó el 17% del total de nacimientos del país.

Debido a los índices tan elevados que existen ante la problemática antes mencionada se han tomado medidas drásticas en cuanto a la salud sexual, tales como la creación de programas de educación sexual y reproductiva para los adolescentes que les proporcionan información clara y precisa.

Sin embargo, aunque existe gran variedad de programas y talleres sobre la salud sexual de los adolescentes, aún se puede observar que las ITS y el embarazo no deseado se siguen presentando en los adolescentes.

Por ello, se considera importante la aplicación de este taller porque se apoya en el proyecto de vida, tema que es abordado dentro de las escuelas de manera muy fugaz, cuando debería ser enseñado y aplicado a los adolescentes como algo necesario dentro de su desarrollo personal y profesional porque les va a permitir una adecuada planeación de su vida futura, ya sea a corto o largo plazo dentro de todos los ámbitos de su vida: afectiva, profesional, social, sexual, física y material.

En el nivel medio superior, uno de los aspectos más importantes para hacer un proyecto de vida en el área sexual hace referencia a la planeación sobre el tipo de pareja que desean, el momento para iniciar la vida sexual, las medidas preventivas que se deben tomar para no contagiarse de una ITS o para evitar un embarazo no planeado. También para pensar en tomar decisiones adecuadas, a negociar con la pareja y a visualizar el deseo de tener o no, hijos o hijas en el futuro.

En base a lo antes mencionado, esta propuesta psicoeducativa pretende proporcionar a los adolescentes herramientas adecuadas para elaborar su proyecto de vida, tomando en cuenta sus habilidades, capacidades y alcances económicos que le permitan desarrollar y alcanzar sus metas a corto y largo plazo para un buen ejercicio de su sexualidad.

OBJETIVO GENERAL

- Diseñar una propuesta psicoeducativa que pretende proporcionar a los adolescentes del Bachillerato de Tezontepec de Aldama, Hidalgo,

herramientas adecuadas para elaborar su proyecto de vida tomando en cuenta sus habilidades, capacidades y alcances económicos que le permitan desarrollar sus metas a corto y largo plazo y el buen ejercicio de su sexualidad.

Objetivos específicos

- Fomentar el conocimiento de la educación en la sexualidad en adolescentes de un Bachillerato en Tezontepec de Aldama, Hgo.
- Enseñar a los adolescentes a diseñar un proyecto de vida estructurado.

HIPÓTESIS

Si los estudiantes toman un taller sobre educación en la sexualidad demostrarán la adquisición de conocimientos sobre el mismo tema.

Si los estudiantes realizan actividades para aprender a diseñar un proyecto de vida lo harán de manera estructurada y coherente.

DEFINICIÓN CONCEPTUAL Y OPERACIONAL DE VARIABLES

Variable independiente:

- Taller de Educación en la sexualidad: Actividades para comprender la sexualidad como un proceso que ocurre a lo largo de la vida mediante el cual el individuo va adquiriendo y modificando conocimientos, actitudes y valores respecto a la sexualidad en todas sus manifestaciones: reproducción, erotismo, sentimientos, identidad, género, etc. (SEP, 2000)
- Actividades para el diseño de un proyecto de vida. Es la planeación de la realización personal y profesional; se basa en el derecho de toda persona a la libertad y al desarrollo integral de su personalidad. Tiene que ver con las metas, planes y sueños, con las pasiones y la posibilidad de realizarlas(Gobierno del Distrito Federal, 2008). Se trata de la significación y

claridad en las acciones que se ejercen para alcanzar un propósito y puede variar en su alcance según sean metas a corto, mediano o largo plazo.

Variable dependiente

- Conocimientos sobre educación en la sexualidad (Cuestionario de conocimientos de la sexualidad).
- Diseño de un proyecto de vida (Formatos para el diseño de un Proyecto de Vida.)

MUESTRA

Un grupo de 37 adolescentes ambos sexos intencionalmente seleccionados de cuarto semestre de un Bachillerato de Tezontepec de Aldama, Hgo. con un rango de edad de 17 a 23 años, de un nivel socioeconómico bajo. La razón por la que se elige este grado es porque en la curricula de la institución se abordan los temas principales de la propuesta (sexualidad y proyecto de vida), además de que la escuela cuenta por el momento con 2° y 4° semestre debido a que es un plantel de creación reciente (5 de noviembre del 2007).

TIPO DE ESTUDIO Y/O DISEÑO.

Es un estudio Cuasiexperimental de diseño de un grupo pretest-postest:

“En un diseño cuasiexperimental se manipulan deliberadamente, al menos, una variable independiente para observar su efecto y relación con una o más variables dependientes. Los sujetos no se asignan al azar a los grupos ni se emparejan, sino que dichos grupos ya están formados antes del experimento”(R. Hernández, Fernández, y Baptista, 2007, p. 203).

INSTRUMENTOS DE RECOGIDA DE DATOS

- Cuestionario sobre conocimientos de educación en la sexualidad que consta de 76 preguntas, de las cuales 9 son de tipo abierto y 67 cerradas y se clasifican de la siguiente manera:

Dimensión	Total de preg.	Número de pregunta
Infecciones de transmisión sexual	8	15, 16, 17, 18, 19, 20, 21 y 23
Toma de decisiones	13	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 68 y 69
Métodos anticonceptivos	13	22, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 32, 33, 38, 64 y 67
Mitos de la sexualidad	26	12, 13, 14, 31, 34, 35, 37, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55 y

Dimensión	Total de preg.	Número de pregunta
		56
Vida Sexual	9	57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66 y 67
Proyecto de Vida	7	70, 71, 72, 73, 74, 75 y 76

Tabla de respuestas correctas del cuestionario sobre conocimientos de educación en la sexualidad							
Toma de decisiones		Métodos anticonceptivos		Infecciones de Transmisión Sexual		Mitos de la sexualidad	
No. Preg	Respuestas correcta	No. preg	Respuestas correcta	No. Preg	Respuestas correcta	No. Preg	Respuestas correcta
1	4	22	1	15	1	12	2
2	4	24	1	16	2	13	1
3	4	25	2	17	1	14	2
4	1	26	2	18	1	31	2

Tabla de respuestas correctas del cuestionario sobre conocimientos de educación en la sexualidad

Toma de decisiones		Métodos anticonceptivos		Infecciones de Transmisión Sexual		Mitos de la sexualidad	
No. Preg	Respuestas correcta	No. preg	Respuestas correcta	No. Preg	Respuestas correcta	No. Preg	Respuestas correcta
5	1	27	1	19	2	34	2
6	4	28	1	20	1	35	2
7	4	29	2	21	1	36	2
8	1	30	2	23	1	37	2
9	1	32	2			39	2
10	1	33	2			40	2
11	1	38	2			41	2
68	1					42	2
69	1					43	2
						44	2
						45	2
						46	2
						47	2
						48	2

Tabla de respuestas correctas del cuestionario sobre conocimientos de educación en la sexualidad							
Toma de decisiones		Métodos anticonceptivos		Infecciones de Transmisión Sexual		Mitos de la sexualidad	
No. Preg	Respuestas correcta	No. preg	Respuestas correcta	No. Preg	Respuestas correcta	No. Preg	Respuestas correcta
						49	2
						50	2
						51	2
						52	2
						53	2
						54	2
						55	2
						56	2

ESCENARIO

El programa se aplicó en un aula de 4 m. de largo por 3.15 m de ancho, ubicada en las instalaciones provisionales (ICATHI) del Bachillerato en Tezontepec de Aldama, cuenta con ventilación y luz adecuada. El nivel socioeconómico de los adolescentes es bajo. La población en general se dedica al comercio, agricultura y ganadería.

PROCEDIMIENTO

1. Adaptación del cuestionario para valorar conocimientos de educación en la sexualidad. El cuestionario original fue adaptado para la tesis doctoral “Evaluación de un programa de habilidades para la vida y sexualidad de los adolescentes” de Citlalli Pérez de la Barrera en el año 2006, El cuestionario cuenta con un total de 78 preguntas, de las cuales 67 son de tipo cerrado y 11 abiertas. Esta versión original fue modificada para este proyecto, omitiendo algunas de las que parecían repetitivas, además se agregaron preguntas al final para el proyecto de vida.
2. Piloteo del cuestionario para valorar conocimientos de educación en la sexualidad. Se realizó en la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, Escuela Superior de Actopan, con 31 estudiantes de la Licenciatura en Psicología de primer semestre turno vespertino; 25 fueron del sexo femenino y 6 del sexo masculino. Al final del cuestionario se les hizo una pregunta abierta sobre dudas, observaciones y sugerencias acerca del cuestionario, con la finalidad de mejorarlo.
3. Diseño de formatos para la elaboración del Proyecto de Vida. Estos formatos se muestran en la parte de anexos, después de cada sesión.
4. Diseño de actividades para el taller de educación en la sexualidad y elaboración del proyecto de vida. Las actividades se planearon de acuerdo al nombre de cada sesión, buscando que la actividad fuera significativa y vivencial para los adolescentes.
5. Selección de la muestra y definición de calendario de actividades. Se selecciono la muestra intencional de cuarto semestre porque es en este grado donde se abordan los temas base de este proyecto. Además de que el Bachillerato cuenta únicamente con 2° y 4° semestre por ser un plantel de reciente creación (5 de noviembre del 2007).

6. Pretest. Antes de iniciar con el taller se realizó una evaluación a los adolescentes con el cuestionario de conocimientos de sexualidad para determinar que tan informados estaban los adolescentes de iniciar con el taller.
7. Taller. Se llevó a cabo en ocho sesiones de 60 minutos cada una, quedando de la siguiente manera:

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES			
Sesión	Nombre de la sesión	Duración	Fecha
1	Presentación y evaluación	60 min.	13/ marzo/2009
2	Proyecto de vida	60 min.	18/marzo/2009
3	Sexualidad y proyecto de vida	60 min	20/marzo/2009
4	Embarazo no deseado, aborto y proyecto de vida	60 min.	25/marzo/2009
5	Enfermedades de transmisión sexual y proyecto de vida	60 min	27/marzo/2009
6	Métodos anticonceptivos y proyecto de vida	60 min	31/marzo/2009
7	Centros de información para adolescentes y proyecto de vida	60 min	1/abril/2009
8	Cuestionario final	60 min	3/abril/2009

8. Posttest. Una vez terminado el taller se aplicó nuevamente el cuestionario de conocimientos de sexualidad para valorar si existieron cambios significativos después del taller.

ANÁLISIS DE RESULTADOS

Para el análisis de datos se siguieron los siguientes pasos, con la finalidad de obtener los resultados.

1.- Se calificaron los cuestionarios de los adolescentes antes y después del taller para comparar los puntajes obtenidos y verificar si existieron cambios significativos después de la aplicación del taller.

2.- Una vez que se obtuvieron los aciertos se sacaron los puntajes brutos de respuestas quedando de la siguiente manera:

TOMA DE DECISIONES

Pretest		Postest	
Toma de decisiones puntaje bruto	Toma de decisiones escala 10	Toma de decisiones puntaje bruto	Toma de decisiones escala 10
46	9	44	8
49	9	51	10
45	9	43	8
46	9	43	8
48	9	47	9
52	10	49	9
40	8	34	7
47	9	43	8
41	8	38	7
46	9	46	9
41	8	35	7
36	7	42	8
29	6	37	7
49	9	51	10
48	9	38	7
43	8	37	7
44	8	41	8

Pretest		Posttest	
Toma de decisiones puntaje bruto	Toma de decisiones escala 10	Toma de decisiones puntaje bruto	Toma de decisiones escala 10
40	8	40	8
49	9	51	10
45	9	40	8
41	8	34	7
46	9	48	9
42	8	41	8
45	9	43	8
48	9	44	8
43	8	44	8
Promedios			
44	8.5	42	8.2

MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

Pretest		Posttest	
Métodos Puntaje bruto	Métodos escala 10	Métodos Puntaje bruto	Métodos escala 10
9	8.2	7	6.4
6	5.5	9	8.2
4	3.6	6	5.5
9	8.2	3	2.7
10	9.1	6	5.5
8	7.3	10	9.1
8	7.3	8	7.3
7	6.4	4	3.6
8	7.3	8	7.3
7	6.4	7	6.4
4	3.6	3	2.7
5	4.5	6	5.5

Pretest		Postest	
Métodos Puntaje bruto	Métodos escala 10	Métodos Puntaje bruto	Métodos escala 10
3	2.7	3	2.7
8	7.3	6	5.5
7	6.4	4	3.6
3	2.7	5	4.5
8	7.3	9	8.2
5	4.5	5	4.5
8	7.3	6	5.5
7	6.4	7	6.4
8	7.3	1	0.9
10	9.1	9	8.2
4	3.6	5	4.5
7	6.4	7	6.4
4	3.6	3	2.7
3	2.7	6	5.5

Promedios

6.5 5.9 5.9 5.3

INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

Pretest		Postest	
ITS Puntaje bruto	ITS escala 10	ITS Puntaje bruto	ITS escala 10
6	7.5	6	7.5
4	5.0	7	8.8
5	6.3	5	6.3
4	5.0	1	1.3
3	3.8	5	6.3
7	8.8	7	8.8
5	6.3	5	6.3

Pretest		Posttest	
ITS Puntaje bruto	ITS escala 10	ITS Puntaje bruto	ITS escala 10
4	5.0	1	1.3
3	3.8	3	3.8
7	8.8	6	7.5
3	3.8	0	0.0
7	8.8	6	7.5
3	3.8	2	2.5
6	7.5	6	7.5
5	6.3	4	5.0
2	2.5	4	5.0
4	5.0	6	7.5
4	5.0	4	5.0
6	7.5	6	7.5
3	3.8	4	5.0
4	5.0	0	0.0
7	8.8	7	8.8
2	2.5	3	3.8
7	8.8	5	6.3
2	2.5	1	1.3
2	2.5	2	2.5

4.4 5.5 4.1 5.1

MITOS DE LA SEXUALIDAD

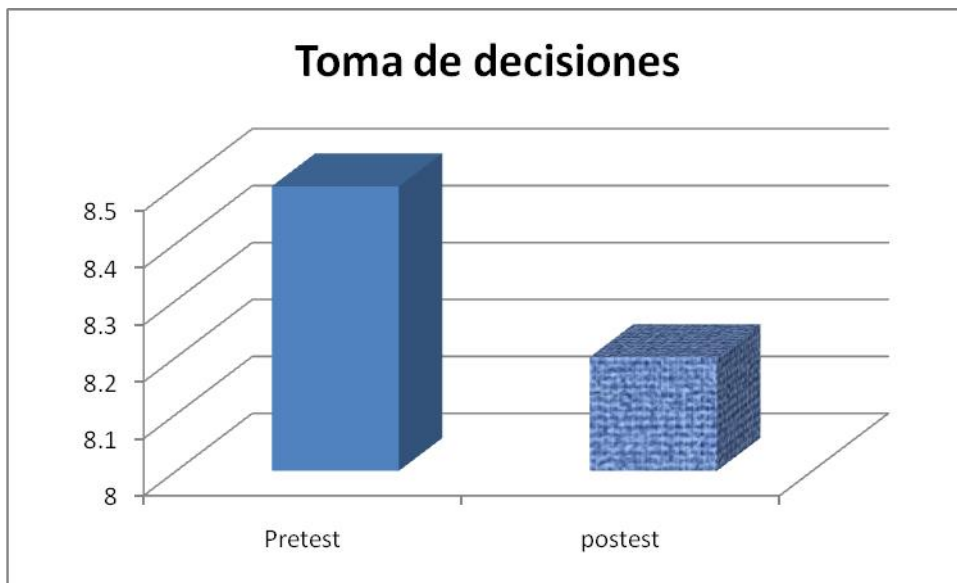
Pretest		Posttest	
Mitos Puntaje bruto	Mitos escala 10	Mitos Puntaje bruto	Mitos escala 10
17	6.5	21	8.1
17	6.5	22	8.5

Pretest		Posttest	
Mitos Puntaje bruto	Mitos escala 10	Mitos Puntaje bruto	Mitos escala 10
12	4.6	18	6.9
7	2.7	5	1.9
13	5.0	16	6.2
18	6.9	22	8.5
17	6.5	21	8.1
18	6.9	19	7.3
16	6.2	16	6.2
14	5.4	13	5.0
9	3.5	11	4.2
9	3.5	15	5.8
9	3.5	9	3.5
15	5.8	18	6.9
11	4.2	9	3.5
13	5.0	18	6.9
9	3.5	17	6.5
13	5.0	14	5.4
15	5.8	17	6.5
12	4.6	15	5.8
14	5.4	6	2.3
16	6.2	17	6.5
16	6.2	16	6.2
15	5.8	18	6.9
6	2.3	10	3.8
10	3.8	11	4.2

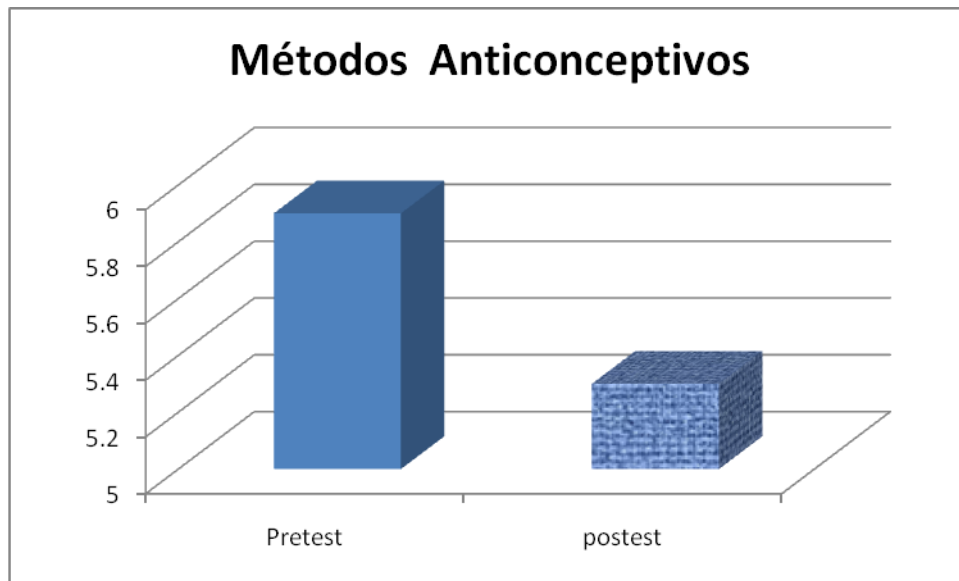
13.1 5.0 15.2 5.8

4.- Por último, para graficar se hizo una conversión de datos a la escala de 0 a 10 a través de una regla de 3. Se extrajeron las medias de cada dimensión: toma de decisiones, métodos anticonceptivos, infecciones de transmisión sexual, mitos de la sexualidad. Estas medias se sometieron a la prueba T para muestras relacionadas, ya que se trata de un pretest posttest.

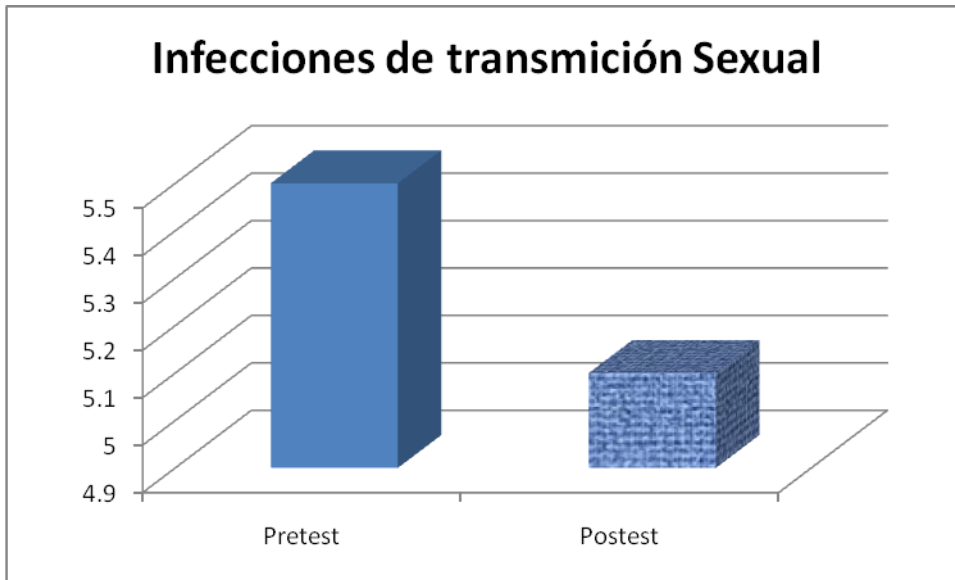
TABLA DE ANALISIS DE PREGUNTAS ABIERTAS SOBRE PROYECTO DE VIDA		
	PRETEST	POSTEST
Claridad en las metas	Igual de claras las metas	Más clara la meta
Viabilidad de la meta	Igual de realistas las metas	Más realistas las metas
Consciencia del esfuerzo	Igual de consciente del esfuerzo	Más conscientes del esfuerzo



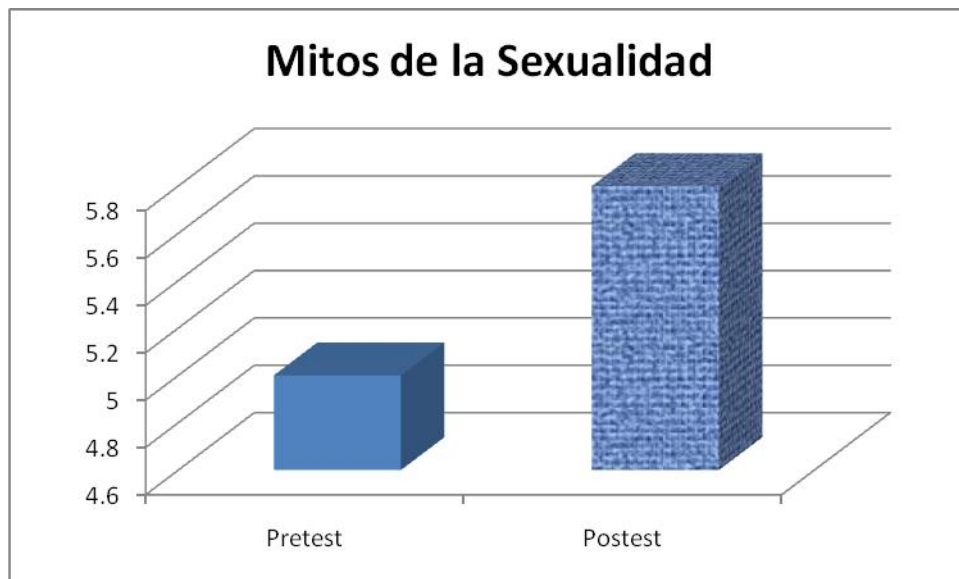
Los resultados de las gráficas de pretest y postest de las preguntas 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 68 y 69 que corresponden a la de toma de decisiones son estadísticamente significativos al nivel .005 según la prueba t para muestras relacionadas ya que la significancia obtenida fue de .004 lo que significa que de replicarse la aplicación 1000 veces en sólo 4 ocasiones saldría diferente, lo cual refleja un margen de error muy pequeño.



Los resultados de las gráficas de pretest y posttest de las preguntas 22, 24,25 ,26 ,27, 28, 29, 30, 32, 33 y 38 que corresponden a métodos anticonceptivos no son estadísticamente significativos al nivel .005 según la prueba t para muestras relacionadas ya que la significancia obtenida fue de .006 lo que significa que de replicarse la aplicación 1000 veces en sólo 6 ocasiones saldría diferente, lo cual refleja un margen de error pequeño pero no valido según el nivel de significancia establecido .



Los resultados de las gráficas de pretest y postest de las preguntas 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21 y 23 que corresponden a Infecciones de Transmisión Sexual son estadísticamente significativos al nivel .005 según la prueba t para muestras relacionadas ya que la significancia obtenida fue de .000 lo que significa que de replicarse la aplicación 1000 quizás en 1 ocasión saldría diferente, lo cual refleja un margen de error casi nulo.

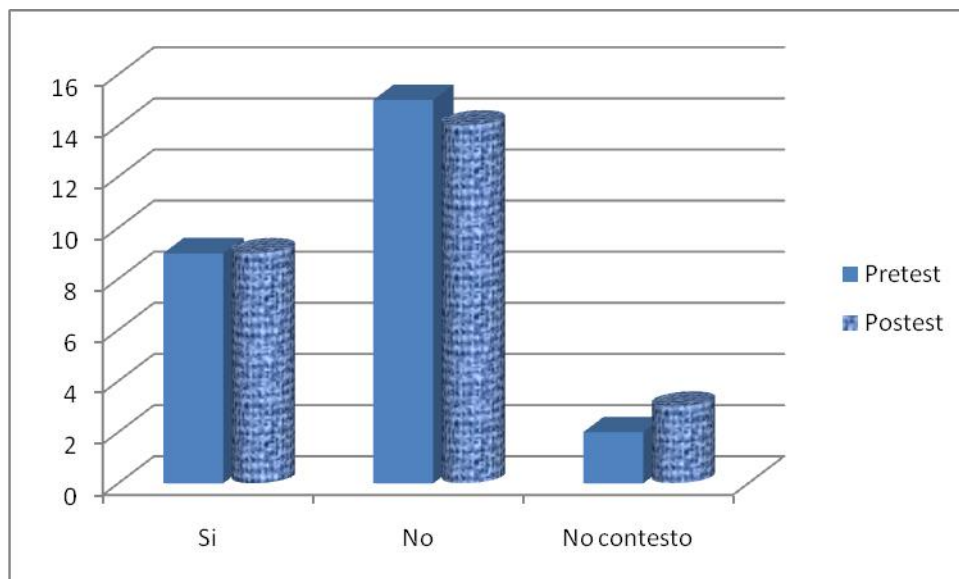


Los resultados de las gráficas de pretest y posttest de las preguntas 12, 13, 14, 31, 34, 35, 36, 37, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55 y 56 que corresponden a Mitos de la sexualidad son estadísticamente significativos al nivel .005 según la prueba t para muestras relacionadas ya que la significancia obtenida fue de .000 lo que significa que de replicarse la aplicación 1000 quizás en 1 ocasión saldría diferente, lo cual refleja un margen de error casi nulo.

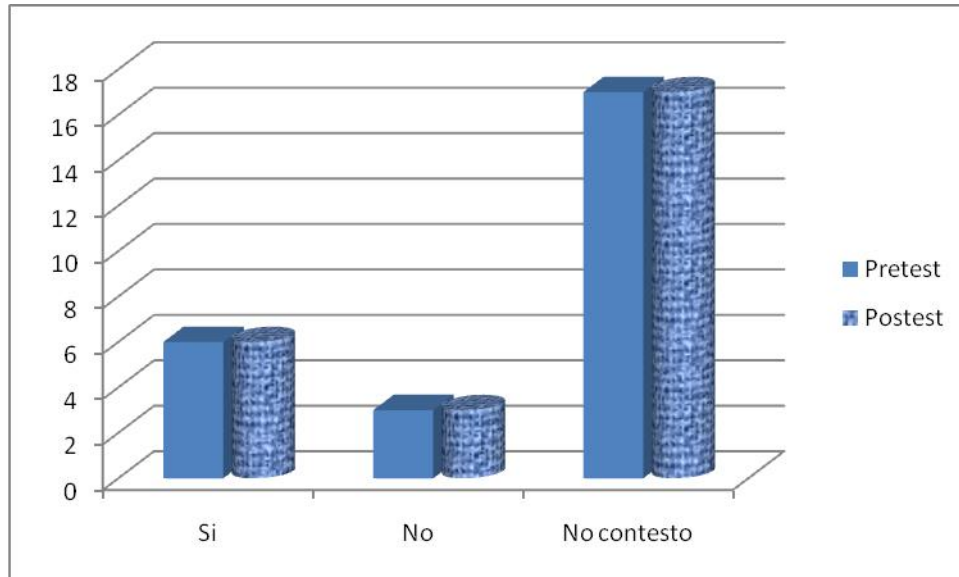
GRAFICAS DE VIDA SEXUAL

Se puede observar que los resultados de las gráficas de la vida sexual pretest postet muestran que la mayoría de los adolescentes no contestaron las preguntas 57 a la 67 debido a que no han tenido relaciones sexuales.

Pregunta 57 ¿Has tenido relaciones sexuales?

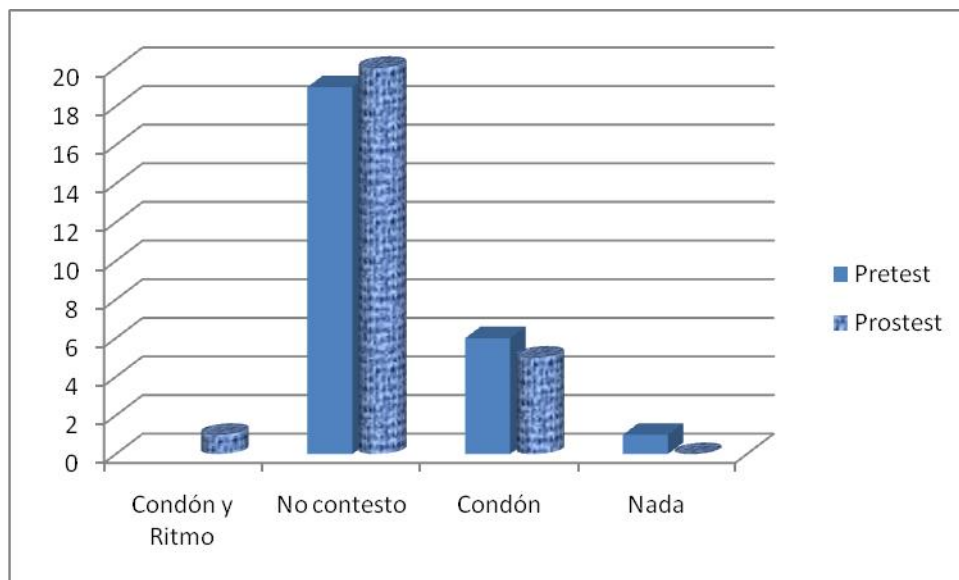


Pregunta 58 – En la primera relación sexual, tu y/o tu pareja ¿hicieron algo para prevenir el embarazo?

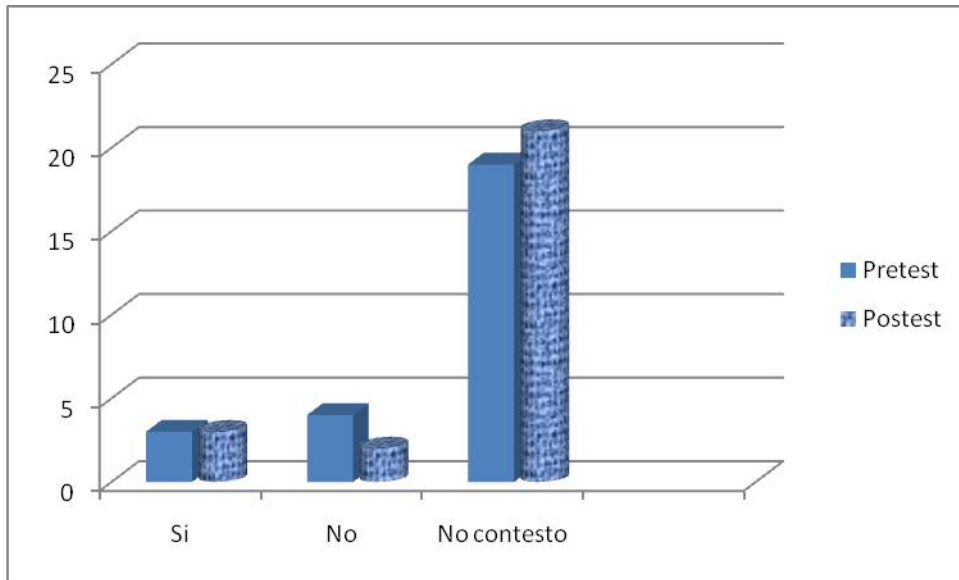


Se observa nuevamente que la mayoría de los adolescentes no contesto esta pregunta debido a que no ha tenido relaciones sexuales.

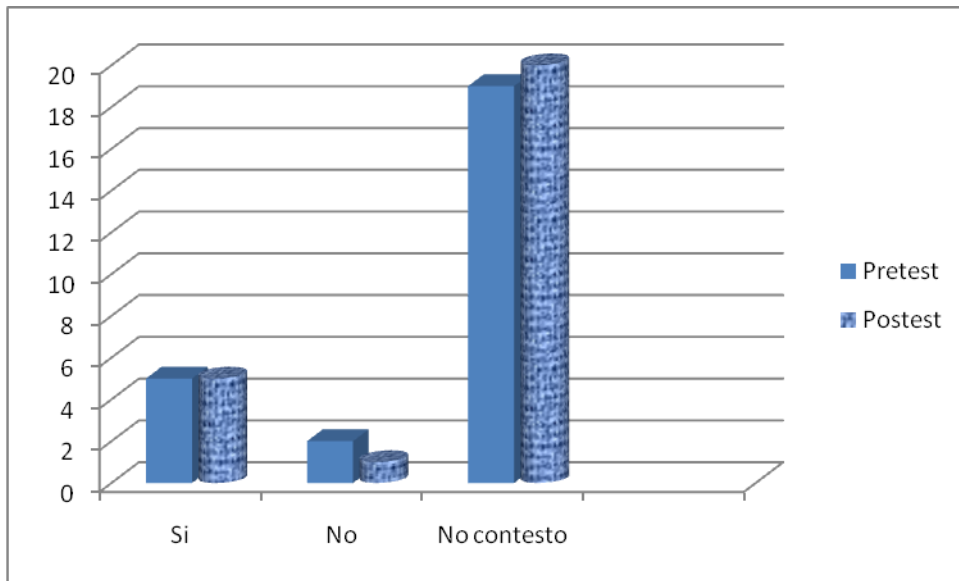
Pregunta 59 - ¿Qué hicieron para prevenir el embarazo



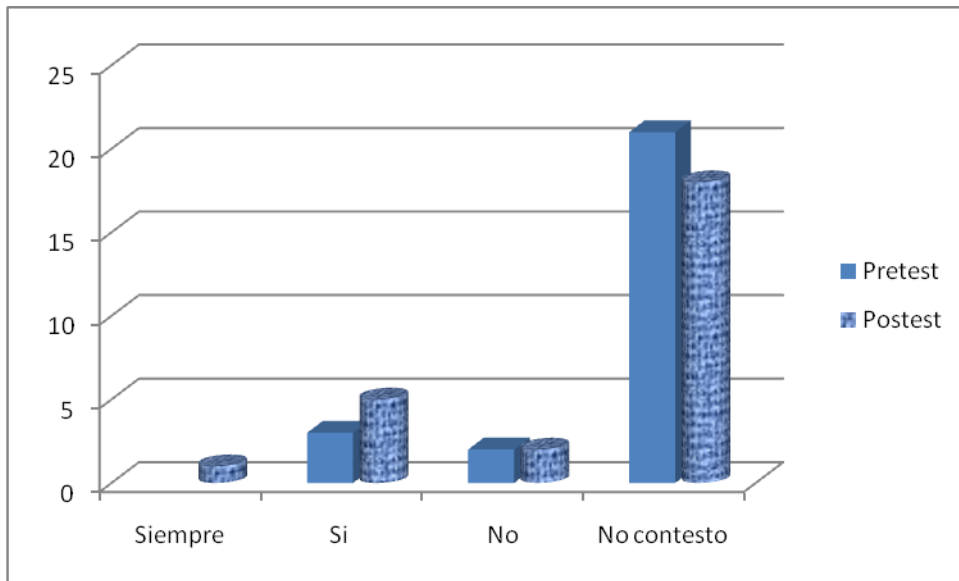
Pregunta 60 - Actualmente, ¿Tienes relaciones sexuales?



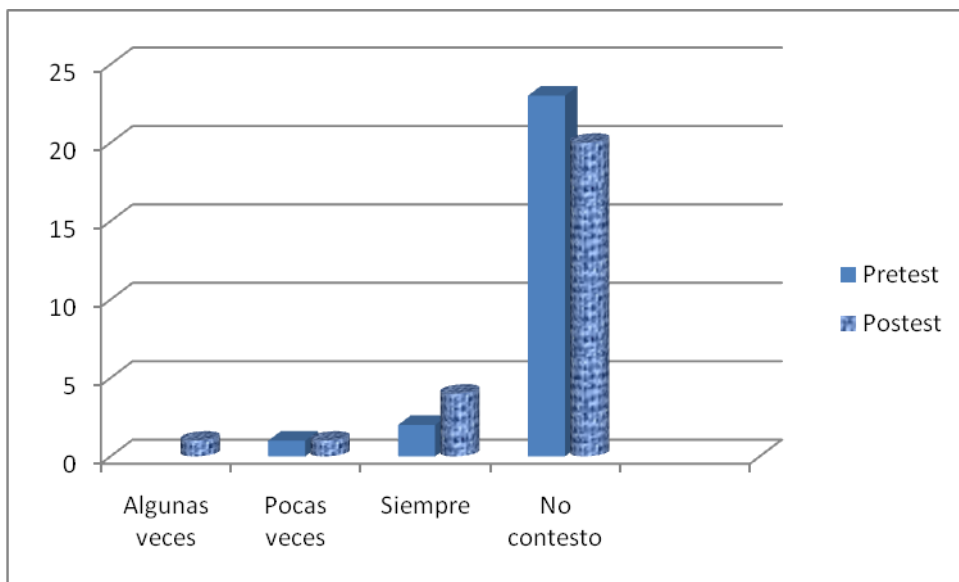
Pregunta 61 – Actualmente, tienes una pareja regular?



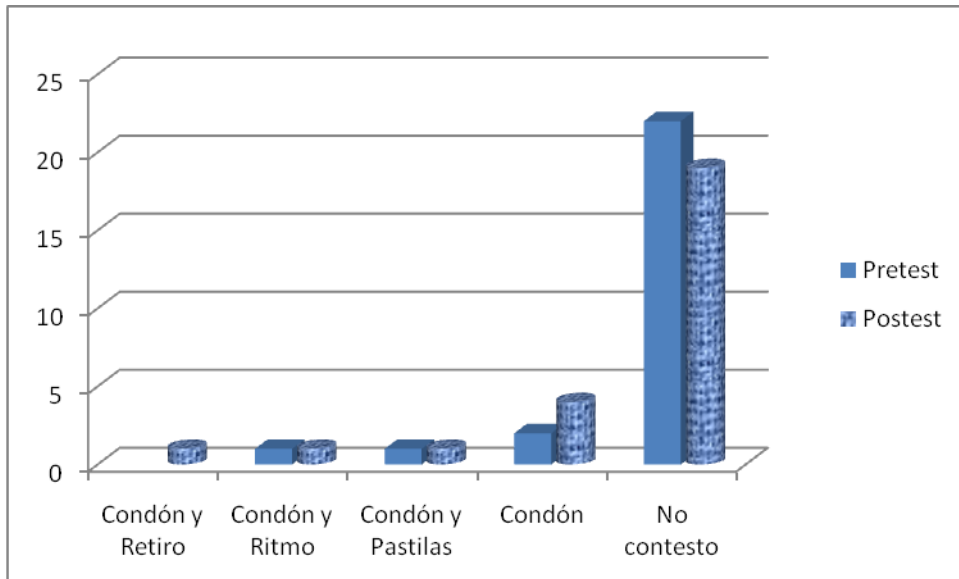
Pregunta 62 – Cuando tienes relaciones sexuales con tu pareja sexual regular, ¿Utilizas algún método anticonceptivo?



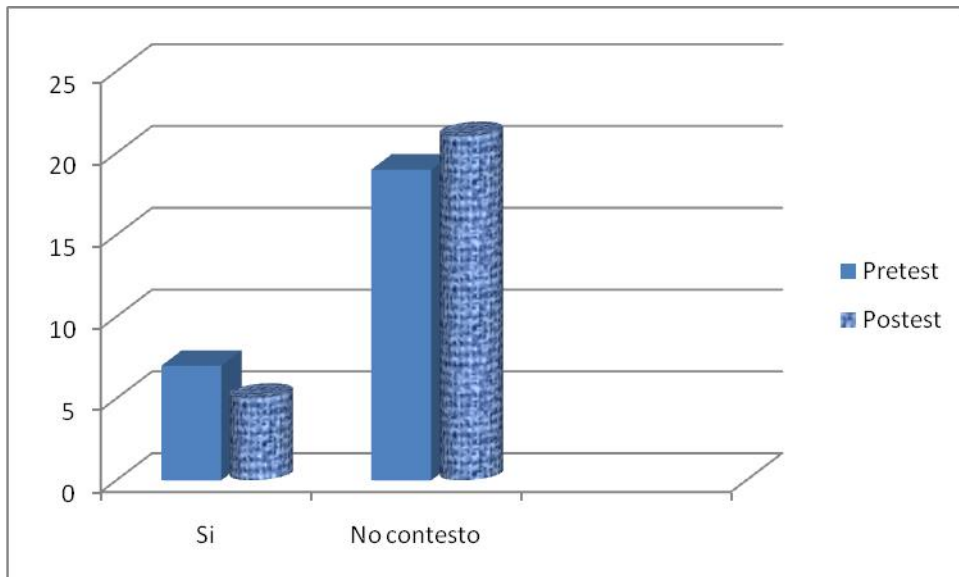
Pregunta 63 – Cuando tienes relaciones sexuales con tu pareja sexual regular, ¿Con qué frecuencia utilizas algún método anticonceptivo?



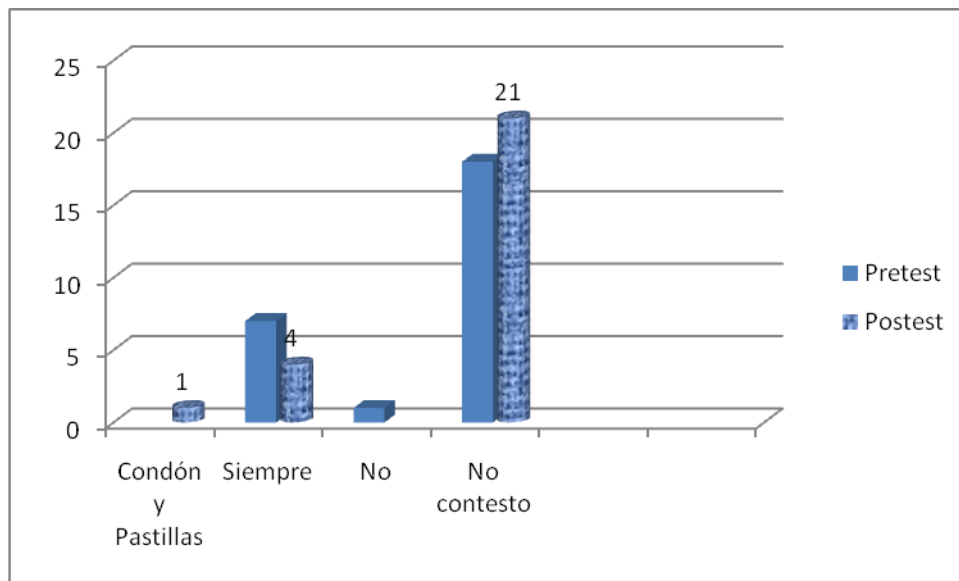
Pregunta 64 - ¿Cuál?



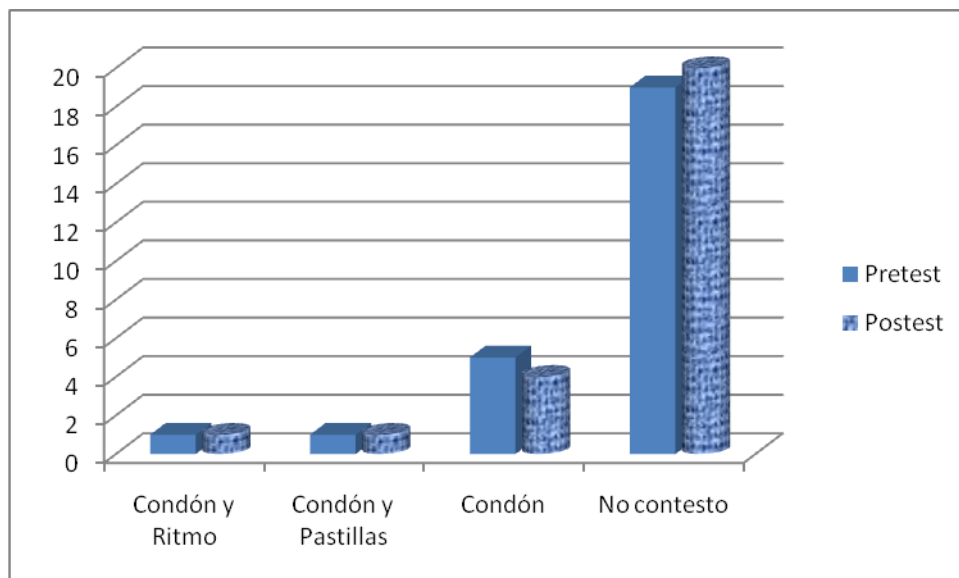
Pregunta 65 – Cuando tienes relaciones sexuales con tu pareja sexual ocasional, ¿Utilizas algún método anticonceptivo?



Pregunta 66 – Cuando tienes relaciones sexuales con tu pareja sexual ocasional, ¿Con que frecuencia utilizas algún método anticonceptivo?



Pregunta 67 - ¿Cuál?





Actividad: Proyecto de vida sesión 2. En esta imagen podemos observar que la adolescente se visualiza dando su primer concierto. Desea ser actriz y cantante.



Actividad: Las cosas como son, sesión 3 los adolescentes al pasar a escribir los diferentes términos que se emplean en la sexualidad.



Actividad: sexualidad, sesión 3, donde los adolescentes tenían que cantar o recitar de acuerdo al tema que les haya tocado



Actividad: Proyecto de vida, sesión 2, en esta imagen podemos observar al adolescente visualizo el día en el que presentaba su examen profesional.



Actividad: proyecto de vida, sesión 2, se puede observar que la adolescente represento con la plastilina su vida profesional como una administradora de empresas



Actividad fuego de amor, sesión 5, en donde los adolescentes participan de manera activa.



Actividad: Y ahora ¿Qué hago?, sesión 4 en esta imagen los adolescentes participan de manera activa, de acuerdo a los roles que se les fueron asignados para la actividad.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

A partir de los resultados obtenidos se puede observar que los objetivos tanto general como específicos se cumplen porque se aplicó un taller para adolescentes sustentado en un marco teórico. Por lo que se puede decir que existe lógica y coherencia en cuanto a las actividades que se desarrollaron. El programa fue racionalmente planeado, proporcionó información de tipo teórica, científica y veraz, basado en el desarrollo sexual del adolescente. También se realizaron diferentes actividades y técnicas que permitieron que se interactuara con la información de manera didáctica.

A pesar de que no existen cambios significativos en los resultados estadísticos del análisis del cuestionario contestado de manera cualitativa se puede decir que a los adolescentes les pareció interesante y les gusto el tipo de técnicas que se utilizaron ya que refieren que aprendieron cosas nuevas y aunque algunos de ellos no pudieron estar en todas las sesiones del taller por actividades deportivas demostraron su interés y motivación para las actividades del taller al solicitar que se realizara en otro horario para que pudieran estar. A pesar de las peticiones de los jóvenes las actividades lamentablemente no se pudieron cambiar de hora debido al tiempo y horario al que ya estaba sujeto. Sin embargo, los adolescentes solicitaron que se aplique posteriormente porque refieren que las actividades estaban muy divertidas y les resultaron significativas.

Se considera que la hipótesis planteada al principio respecto a las diferencias que se esperaban entre los resultados del pretest y postest del cuestionario aplicado no se cumplió debido al tiempo tan corto (ocho sesiones) en el que se aplicó el taller y a las diversas actividades deportivas en las que se encontraban integrados algunos de los adolescentes. La cual también nos permite reflexionar en la importancia que tiene la formación integral y recurrente a lo largo de todos los ciclos respecto a la sexualidad y al diseño del proyecto de vida. No se forma o desarrolla una persona en un taller de ocho sesiones, sino es un proceso

evolutivo gradual a lo largo de la vida. Y son muchos los factores y los agentes educativos que contribuyen a ayudar a este desarrollo.

Es muy importante fortalecer el desarrollo de la personalidad del adolescente, porque es en esta etapa donde se enfrenta a diversos cambios, a nivel físico, emocional, afectivo, sexual y requiere de apoyos psicológicos y sociales para alcanzar ciertas metas, tales como la definición de la identidad y el planteamiento y desarrollo de un proyecto de vida satisfactorio. Porque se pudo observar que al inicio del taller no tenían bien definidas sus metas y el tiempo tan corto del taller no logró que las definieran plenamente pero si hay evidencia de la evolución de su redacción en las mismas. Al principio, en algunas personas las metas eran muy vagas, generales e incluso irrealizables y al final hay claridad, más especificidad y realismo de su definición.

Aquí cabe resaltar que el concepto de proyecto de vida es considerado como la significación y el valor

Desafortunadamente se presentó una limitante durante la aplicación del taller porque estuvo sujeta a un tiempo, cuestiones administrativas y a planes curriculares definidos. Dentro de estos planes definidos no se contempla la sexualidad y el proyecto de vida a lo largo de los tres años de bachillerato, sólo en un semestre, pero en tiempos diferentes. Lo que genera que surja la iniciativa de realizar este tipo de proyecto para trabajar de manera recurrente en la formación de estos temas tan importantes para la adolescencia. Se trata de formar personas, de educarlas para que tengan un propósito para su vida basado en normas y valores universales fundamentados en los derechos y en la armonía social y con la naturaleza. En todo esto juega un papel trascendente la formación para el ejercicio sano de su sexualidad y el desarrollo general de su persona dirigido por un proyecto de vida. Pero como se decía es un proceso gradual y siempre perfectible. Sin embargo, la falta de tiempo y al tratarse de una tesina no fue posible. Pero al encontrarme laborando dentro del Bachillerato, en donde se

realizó esta investigación, me da la oportunidad de integrar estas actividades en lo cotidiano, porque no solo por lo que se dice en la tesina, sino porque la sexualidad y el proyecto de vida son parte importante y fundamental en la vida de las personas, porque si se desea iniciar una vida sexual sana y se tienen de alguna forma clarificados los aspectos profesionales y personales de acuerdo a capacidades, habilidades y demás factores que rodean el contexto histórico social y cultural de una persona seguramente ésta ejercerá si es de su interés una conducta preventiva, por ejemplo para evitar un embarazo no planeado o contraer una infección de transmisión sexual que modifique total o parcialmente sus proyectos del adolescente de acuerdo a la situación social o económica en la que se encuentre.

La propuesta de cambio de este proyecto es que los adolescentes al tener bien definido su vida profesional y sexual van a pensar de manera más detenida que es lo que más les conviene de acuerdo a sus necesidades y alcances, porque

Para dar continuidad es necesario seguir implementando propuestas como éstas, vienen nuevas generaciones y hay que volver a replicarlo, pero con innovaciones, con mejoras, involucrar más a los adolescentes y ya no hacerlo a manera de taller de ocho sesiones, sino más recurrente e integrada en toda la materia de orientación vocacional, e incluso en otras asignaturas.

Una posible investigación es que ahora se pueda promover desde todas las materias el desarrollo de la persona, no importando si son matemáticas o física, por ejemplo, los docentes pueden hablar más de estas ciencias en términos de los profesionales que las ejerzan y entonces así los jóvenes pueden visualizar las carreras y quizás identificarse con ellas y definirse por una, lo que hace necesario observar la falta de un proyecto de vida para todos los ámbitos. Eso como parte de la formación integral que se le proporciona al adolescente desde la orientación vocacional. A pesar de que la idea no está muy concreta, esto podría dar pauta a nuevas y mejores investigaciones que den continuidad a esta tesina.

REFERENCIAS

- Aguilar, J. A., y Mayén, B. (1997). *Hablemos de sexualidad* (Mexfam ed.). México.
- Alpizar, G. (1996). *Estudio comparativo de conocimientos y actitudes hacia la sexualidad y necesidades de educación sexual en adolescentes de secundaria*. Tesis No publicada, Universidad Pedagógica Nacional, México, D. F.
- Bono, O. (2006). *Propuesta de formación de jóvenes promotores en salud sexual con perspectiva de género y enfoque constructivista*. Tesis No publicada, Universidad Nacional Autónoma de México, México, D. F.
- Bosco, J. (2001). *Sexualidad en la adolescencia (Fundamentos para la creación de un programa de Educación Sexual)*. Tesis No publicada, Universidad Salesiana, México, D. F.
- Carrillo, A. (2000). *Prepara tu sexualidad. Adolescencia y anticoncepción*. Tesis No publicada, Universidad Nacional Autónoma de México, México, D. F.
- CONAPO (2001). Cuadernos de salud reproductiva, Hidalgo. In CONAPO (Eds.),
- CONASIDA. (2006). Estadísticas del Sida en México. Recuperado 15 de Noviembre del 2006, desde <http://www.salud.gob.mx/conasida/estadis/2006/elsidaencifras15nov2006.pdf>
- Contreras, L., y Javier, C. (2007). *Propuesta de un taller vivencial e educación e la sexualidad para adolescentes de 12 a 15 años*. Tesis No publicada, Universidad Nacional Autónoma de México, México, D. F.
- Cordero, X., y Rodríguez, X. (2008). Reflexiones sobre educación sexual desde una perspectiva holística. *Journal*,
- Correa, S. (2007). *Trayectoria amorosa e implicación sexual en universitarios*. Tesis No publicada, Universidad Nacional Autónoma de México, México, D. F.
- Cueli, J., Reidl, L., Martí, C., Lartigue, T., y Michaca, P. (1990). *Teorías de la Personalidad* (3a, ed.). México: Trillas.
- Cultural. (1994). *Sexualidad Programa Educativo, La vida sexual* México, D. F: Cultural S. A.
- Chavez, A. M., Hermosillo, C., Cortés, M., y Medina, M. (2006). Prevención del Suicidio en Jóvenes de Nivel Medio Superior en el Estado de Guanajuato. *Journal*,
- Delgado, A. (2006). *La educación sexual y los riesgos del ejercicio de la sexualidad en el adolescente* Tesis No publicada, Universidad Nacional Autónoma de México, México, D. F.

- Díaz, M. (2001). *La sexualidad en la adolescencia. Propuesta de un programa educativo sobre salud sexual y reproductiva de las y los adolescentes para el ISSSTE*. Tesis No publicada, Universidad Nacional Autónoma de México, México, D. F.
- Educativa, I. d. L. y. C. (2008). SIDA. Recuperado 28/10/2008, desde http://redescolar.ilce.edu.mx/redescolar2008/educontinua/educ_civica/La_Gracia/SIDA/Inf_detallada.htm
- Feldman, R. (2007). *Desarrollo psicológico a través de la vida* (4ta ed.). México: Prentice Hall.
- Foucault, M. (1997). *Historia de la sexualidad. El uso de los placeres* (14 ed.). España: Siglo XXI.
- Galvan, R., y Veites, G. (2006). *Educación sexual para pares y madres de preadolescentes: Un programa de asesoría psicoeducativa*. Tesis No publicada, Universidad Nacional autónoma de México, México, D.F. .
- García, C. (2007). *Curso taller sobre enfermedades de transmisión sexual y métodos anticonceptivos para adolescentes desde el enfoque de habilidades para la vida*. Tesis No publicada, Universidad Nacional Autónoma de México, México, D: F:.
- García, J., y Reséndiz, M. (2006). *Taller teórico-vivencial de sexualidad dirigido a adolescentes de secundaria*. Tesis No publicada, Universidad Nacional Autónoma de México, México, D. F.
- García, L. M., y Sánchez , G. (2007). *Propuesta de un programa para que los adolescentes ejerzan su sexualidad de manera responsable. .* Tesis No publicada, Universidad Nacional Autónoma de México, México, D. F.
- Gentejoven. (2008). Información Métodos anticonceptivos. Recuperado 30 de Noviembre del 2008, desde http://www.gentejoven.org.mx/informacion_metodos.asp
- GIRE. (2009). Leyes sobre el aborto en México,. Recuperado 25 de enero del 2009,, desde <http://www.gire.org.mx/contenido.php?informacion=70>
- Gobierno del Distrito Federal. (2008). *Tu futuro en libertad. Por una sexualidad y salud reproductiva con salud*. México: Gobierno del Distrito Federal.
- Gobierno del Estado de Hidalgo. (1990). *Leyes Penales*. México: Gobierno del Estado de Hidalgo.
- Grimberg, M. (2001). Sexualidad, cuidado sexual y Vih-Sida. In N. Educativas (Ed.), *Sexualidad y Educación, Educación para la sexualidad y Vih-Sida, El embarazo Adolescente* (pp. 23). México, D. F.
- Healthsystem. (2009a). La anorexia nerviosa. Recuperado 22 de abril del 2009, desde http://www.healthsystem.virginia.edu/uvahealth/peds_mentalhealth_sp/anorexia.cfm

- Healthsystem. (2009b). La bulimia nerviosa. Recuperado 22 de abril del 2009, desde http://www.healthsystem.virginia.edu/uvahealth/adult_mentalhealth_sp/edb_ulin.cfm
- Hermenegildo, M. (2006). *Taller teórico-vivencial de autoconcepto, asertividad y sexualidad dirigido a adolescentes de una secundaria pública*. Tesis No publicada, Universidad Nacional Autónoma de México, México. D: F.:
- Hernández, M. (2001). *La educación sexual en adolescentes con Síndrome de Down*. Tesis No publicada, Universidad Nacional Autónoma de México, México, D. F.
- Hernández, R., Fernández, C., y Baptista, L. (2007). *Metodología de la investigación* (cuarta ed.). México: McGrawHill.
- Ituarte de Ardaín, A. (2004). *Adolescencia y Personalidad*. México: Trillas.
- Juárez, T., Soto, M. I., y Zarco, D. (2007). *El cambio de actitud en los adolescentes hacia la sexualidad. Curso taller*. Tesis No publicada, Universidad Pedagógica Nacional, México, D. F.
- Juventud, I. M. d. I. (2008). Manual de elementos pedagógicos para la Educación Sexual. *Journal*,
- Lamas, M. (2002). *Cuerpo: diferencia sexual y género*. México, D. F: Taurus.
- Latorre, A., y Candi, M. (2002). *Psicología escolar. Programas de intervención*. Málaga: Aljibe.
- Martinez, M. B. (2005). *Estudio descriptivo sobre conocimientos y actitudes ante la sexualidad en adolescentes de secundaria*. Tesis No publicada, Universidad Pedagógica Nacional, México, D. F.
- Martínez, P., y Fernández, H. (2008). Autoconcepto sexual: Una nueva aproximación a la sexualidad de los adolescentes. *Journal*,
- MEXFAM. (2008). El embarazo de las adolescentes en México. Recuperado 31 de marzo del 2009, desde http://www.mexfam.org.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=65:el-embarazo-de-las-adolescentes-en-mexico&catid=50:blog-direccion-general&Itemid=81
- Nava, E. (2007). *Elaboración y aplicación de talleres para el nivel superior para estudiantes de la UNAM: "Toma de decisiones", "Proceso de una Elección para mi elección" y "Estrategias de Aprendizaje"*. Tesis No publicada, Universidad Nacional Autónoma de México, México, D. F.
- OCEANO (Ed.) (2001) *Enciclopedia de la Psicopedagogía, Pedagogía y Psicología*, . España: Oceano,.
- Oliva, A. (2008). Desarrollo de la personalidad durante la adolescencia. In Alianza (Ed.), *Desarrollo psicológico y educación* (2da ed., pp. 471-491). Madrid.

- OMS. (2003). Estadísticas de la salud sexual y reproductiva. Recuperado 26 de abril del 2009, desde www.who.int/whr/2003/chapter3/es/indexl.html
- Osorno, J., Vallejo, A., Mazadiego, T. d. J., Vázquez, A., Cruz, A. G., Hernández, J., y otros. (2006). Identificación de Problemas Librementemente Expresados de Adolescentes Veracruzanos. Utilización de un Sistema de Categorías. *Journal*,
- Palacios, M. L. (2002). *Lo Orientación Educativa en busca de un desarrollo integral de estudiante, propuesta de un taller para la educación de la sexualidad*. Tesis No publicada, Universidad Pedagógica Nacional, México, D. F.
- Papalia, D., Wendkos, S., y Duskin, R. (2002). *Desarrollo Humano* (8va ed.). México: McGrawHill.
- Parrao, M. (2008). *Descontextualización social en el embarazo en la adolescencia*. Tesis No publicada, Universidad Nacional Autónoma de México, México, D. F.
- peques. (2009). Depresión adolescente. Recuperado 23 de abril del 2009, desde http://www.peques.com.mx/cifras_para_analizar.htm
- Peralta, R. (2007). *Viviendo la adolescencia dese un enfoque humanista*. Tesis No publicada, Universidad Nacional Autónoma de México, México, D. F.
- Pérez, C. (2006). *Evaluación de un programa de habilidades para la vida y sexualidad en adolescentes*. Tesis No publicada, Universidad Nacional Autónoma de México, México, D. F.
- Portal.educar. (2009). La obesidad en los adolescentes un problema mundial con sustrato social. Recuperado 23 de marzo del 2009, desde <http://portal.educar.org/edgar-zamora-carrillo/la-obesidad-en-los-adolescentes-un-problema-mundial-con-sustrato-social>
- Portillo, R., Reyes, C., y Vega, M. C. (2001). *Conocimientos, actitudes y prácticas de un grupo de adolescentes de Educación Media Superior ante la sexualidad*. Tesis No publicada, Universidad Pedagógica Nacional, México, D. F.
- Ramírez, M. P., Galindo, O., González, M. P., y Hidalgo, J. A. (2006). Factores Comunes en Suicidio, Ideación Suicida o Tentativa en Adolescentes. *Journal*,
- Raya, C. (2006). *Curso de Educación sexual para adolescentes*. Tesis No publicada, Universidad Nacional Autónoma de México,, México, D. F.
- Rodríguez, G., y Aguilar, J. A. (1998). *Hablemos de sexualidad con la gente joven. Modelo educativo para profesores y profesionistas que trabajan con jóvenes* (Mexfam ed.). México, D.F.
- Saludfamiliar. (2009). Obesidad en los adolescentes un problema de mucho peso. Recuperado 22 de abril del 2009, desde <http://www.esmas.com/salud/saludfamiliar/adolescentes/464542.html>

- Sánchez, R. E., y Valdes, M. (1998). *Influencia de la familia en la actitud hacia la elaboración del proyecto de vida de los adolescentes*. Tesis No publicada, Universidad Nacional Autónoma de México, México, D. F.
- SEP. (2000). *Sexualidad infantil y juvenil*. México, D. F.: SEP.
- SEP Instituto Nacional para la Educación de los Adultos. (2005). *Educación para la vida, Enfermedades de transmisión sexual* (Vol. 5). México, D. F. : SEP.
- Solano, R. (2005). *Construyendo tu sexualidad. Un taller alternativo de Educación*., Tesis No publicada, Universidad Nacional Autónoma de México, México, D. F.
- Valadez, K. (2001). *Educación sexual para adolescentes un propuesta e taller*. Tesis No publicada, Universidad Nacional Autónoma de México, México, D. F.
- Vargas, M. (2005). *Curso de educación sexual para púberes con Síndrome de Down*., Tesis No publicada, Universidad Nacional Autónoma de México, México, D. F.
- Warren, H. (1998). *Diccionario de psicología*. México: Fondo de cultura económica.
- Zacatelco, C. (1998). *Adolescencia y Sexualidad*., Tesis No publicada, Universidad Nacional Autónoma de México, México, D. F.

ANEXOS

CRONOGRAMA GENERAL DEL TALLER “EDUCACIÓN SEXUAL Y PROYECTO DE VIDA”

Núm. de la sesión	Nombre de la sesión	Objetivos	Actividades	Tiempo
1	Presentación Evaluación inicial	<ul style="list-style-type: none"> • Dar a conocer a los asistentes el objetivo general del taller y el temario. • Conocer la información que posee cada uno de los asistentes acerca de la sexualidad 	Introducción Aplicación del cuestionario	60 min.
2	Proyecto de vida	<ul style="list-style-type: none"> • Dar a conocer al adolescente un marco teórico referencial. • Que el adolescente identifique sus metas a corto y largo plazo y como se visualiza en su vida futura. 	Exposición Qué es lo que quiero	60 min
3	Sexualidad y	<ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar a los adolescentes un 	Exposición	60 min

Núm. de la sesión	Nombre de la sesión	Objetivos	Actividades	Tiempo
	proyecto de vida	<p>marco teórico referencial a cerca de la sexualidad.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Que los adolescentes conozcan los conceptos utilizados en la sexualidad y que sean capaces de llamar a cada cosa por su nombre de manera que al utilizarlos se sientan cómodos • Que el adolescente empiece a elaborar su proyecto de vida a partir de los recursos que disponen. 	<p>Las cosas como son</p> <p>Mi proyecto de vida</p>	
4	Embarazo no deseado, aborto y proyecto de vida	<ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar a los adolescentes un marco referencial del embarazo no deseado, el aborto y sus consecuencias. • Que el adolescente visualice a partir 	<p>Exposición</p> <p>Y ahora ¿Qué hago?</p>	60 min

Núm. de la sesión	Nombre de la sesión	Objetivos	Actividades	Tiempo
		<p>de la dramatización las consecuencias psicológicas y sociales de un embarazo no deseado.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Que el adolescente continúe elaborando su proyecto de vida a partir de los recursos que disponen. 	<p>La línea de mi vida</p>	
5	Enfermedades de transmisión sexual y proyecto de vida	<ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar a los participantes la información básica sobre infecciones de transmisión sexual/SIDA • Que los adolescentes analicen cómo las conductas sociales pueden repercutir en la salud sexual. • Que el adolescente continúe 	<p>Exposición</p> <p>Fuego de amor</p> <p>Planeando mi futuro</p>	60 min

Núm. de la sesión	Nombre de la sesión	Objetivos	Actividades	Tiempo
		elaborando su proyecto de vida a partir de los recursos que disponen		
6	Métodos anticonceptivos y proyecto de vida	<ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar a los adolescentes un marco teórico referencial para que aprenda a utilizar adecuadamente los métodos anticonceptivos. • Que el adolescente aprenda los pasos adecuados para utilizar el condón. • Que los asistentes visualicen su pareja sentimental en los aspectos físico, emocional y profesional. 	<p>Exposición</p> <p>Paso a pasito para el uso del condón</p> <p>Me gustaría que mi pareja fuera....</p>	60 min
7	Centros de información y proyecto de vida	<ul style="list-style-type: none"> • Que los adolescentes conozcan los centros de información a los cuales pueden solicitar información. • Que a través de la información 	Exposición	60 min

Núm. de la sesión	Nombre de la sesión	Objetivos	Actividades	Tiempo
		proporcionada los asistentes seguirán generando de manera adecuada su proyecto de vida.	Planeando mi futuro	
8	Cuestionario final	Identificar cambios en los asistentes después de haber asistido al taller	Aplicación del cuestionario Agradecimientos	60 min

TALLER “SEXUALIDAD Y PROYECTO DE VIDA”

SESIÓN 1

PRESENTACIÓN			
ACTIVIDADES	OBJETIVO	MATERIAL	PROCEDIMIENTO
<p>“Introducción”</p> <p>DURACIÓN: 10 MINUTOS</p>	<p>“Dar a conocer a los asistentes el objetivo general del taller y el temario”</p>	<p>No se requieren</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. El instructor se presentará ante los asistentes mencionando su nombre, profesión y objetivos personales para impartir el taller. 2. El instructor comentará a los asistentes, el objetivo general del taller y el temario.
EVALUACIÓN INICIAL			
ACTIVIDADES	OBJETIVO	MATERIAL	PROCEDIMIENTO
<p style="text-align: center;">APLICACIÓN DEL CUESTIONARIO</p> <p>DURACIÓN: 50 MINUTOS</p>	<p>“Conocer la información que posee cada uno de los asistentes a cerca de la sexualidad.”</p>	<p>Un Formato de cuestionario para cada asistente y lápices.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Proporcionar a cada uno de los asistentes el formato del cuestionario y un lápiz 2. Solicitar que lo contesten de manera honesta. 3.- Informarles que en cuanto terminen de contestar el cuestionario se podrán retirar y se les informará la hora, fecha y lugar de la siguiente sesión.

El propósito de este cuestionario es saber lo que los jóvenes saben, piensan y sienten acerca de la sexualidad. Toda la información que nos proporciones será manejada de forma anónima y confidencial. Esto significa que nadie podrá saber que las respuestas son tuyas. Por favor, contesta todas las preguntas de forma completa y honesta. GRACIAS

I. Datos generales

- Nombre
- Edad
- Sexo: Masculino _____ Femenino _____
- Grado
- Fecha de aplicación _____
Día Mes Año
- Actualmente eres:
_____ Soltero\ a sin novio \ a
_____ Soltero\ a con novia \ o
_____ Casado \ a
_____ Divorciado \ a
_____ Otro. Especifique _____

II INSTRUCCIONES. A continuación te presentamos una lista de afirmaciones, por favor indica si estas de acuerdo o en desacuerdo con cada una de ellas. Las opciones son las siguientes:

Totalmente de acuerdo = 1

De acuerdo = 2

En desacuerdo = 3

Totalmente en desacuerdo = 4

Por favor, tacha el número que corresponda de acuerdo a tu respuesta

1. Si se presentara la oportunidad de tener relaciones sexuales, Lo haría aunque no tuviera un anticonceptivo a la mano..... 1 2 3 4
2. Aunque se que corro el riesgo de contagiarme de ITS\ SIDA, Tendría relaciones sexuales sin usar condón.....1 2 3 4
3. Si mi pareja me pidiera que tuviéramos relaciones sexuales sin usar anticonceptivos, aceptaría.....1 2 3 4
4. Sólo tendría relaciones sexuales, usando el condón en cada ocasión.....1 2 3 4

Totalmente de acuerdo = 1
De acuerdo = 2
En desacuerdo = 3
Totalmente en desacuerdo = 4

- 5.- Usaría métodos anticonceptivos al tener relaciones sexuales, para prevenir un embarazo.....1 2 3 4
- 6.- Me costaría trabajo decirle no a mi pareja, si me propusiera tener relaciones sexuales sin usar condón.....1 2 3 4
- 7.- Me gustaría decirle a mi pareja que usemos métodos anticonceptivos, pero temo que desconfíe de mí.....1 2 3 4
- 8.- Si mi pareja insistiera en tener relaciones sexuales sin usar condón le explicaría mis razones para usarlo.....1 2 3 4
- 9.- Si mi pareja me presionará para tener relaciones sexuales sin usar condón, le diría de manera clara y abierta que no estoy de acuerdo.....1 2 3 4
- 10.- Si mi pareja me pidiera que tuviéramos relaciones sexuales sin usar ningún tipo de método anticonceptivo, le diría de manera clara y abierta que no estoy de acuerdo con él\ella.....1 2 3 4
- 11.- Si mi pareja me pidiera tener relaciones sexuales sin usar condón no las tendría.....1 2 3 4

III. Por favor; contestas las siguientes preguntas de acuerdo a lo que piensas o sabes; las opciones son las siguientes;

SI = 1
NO = 2
NO SÉ = 3

Si no sabes la respuesta, no adivines, recuerda que no es un examen.

- 12.- La ovulación ocurre entre los días 20 y 26 antes de que inicie la menstruación.....1 2 3
- 13.- La masturbación permite liberar a las personas la tensión sexual sin exponerse al contagio de ITS\SIDA.....1 2 3
- 14.- Tener una vida sexual inactiva perjudica la salud.....1 2 3
- 15.- Las ITS se pueden volver a contraer después de que ya se esta curado.....1 2 3
- 16.- El Herpes Genital es una ITS que puede curarse con tratamiento.....1 2 3

17.- El virus del Papiloma Humano puede producir esterilidad en la mujer.....	1	2	3
18.- La Sífilis es una ITS que provoca trastornos en la piel, huesos, corazón y sistema nervioso central.....	1	2	3
19.- Orinar después del coito ayuda a prevenir el contagio de ITS.....	1	2	3
20.- Hombres y mujeres pueden tener alguna ITS sin presentar ningún síntoma.....	1	2	3
21.- El virus del Papiloma Humano es una ITS relacionada con la aparición de cáncer cervicouterino en las mujeres.....	1	2	3
22.- El ritmo es un método anticonceptivo con baja eficacia para prevenir un embarazo.....	1	2	3
23.- El uso correcto y sistemático del condón reduce de manera eficaz La transmisión de ITS\SIDA.....	1	2	3
24.- Es necesario revisar el buen estado y la fecha de caducidad de los condones antes de ser utilizarlos.....	1	2	3
25.- La píldora anticonceptiva protege contra las ITS.....	1	2	3
26.- El dispositivo intrauterino (DIU) es un método anticonceptivo que previene el contagio de ITS\SIDA.....	1	2	3
27.- El condón se debe colocar desarrollándolo directamente sobre el pene erecto hasta su base.....	1	2	3
28.- Los espermaticidas deben aplicarse 15 minutos antes del coito.....	1	2	3
29.- Los espermaticidas deben aplicarse en la parte superior de la vagina.....	1	2	3
30.- Las ITS solo se presentan en personas que tienen contacto sexual Con homosexuales.....	1	2	3
31.- Las mujeres con senos grandes tienen mayor sensibilidad.....	1	2	3

SI = 1
NO = 2
NO SE=3

32.- El uso frecuente de pastillas anticonceptivas causa esterilidad a largo plazo.....	1	2	3
33.- El DIU causa esterilidad en las mujeres que lo usan.....	1	2	3
34.- La masturbación produce enfermedad mental.....	1	2	3
35.- La mayoría de las mujeres experimentan dolor en su primer coito.....	1	2	3
36.- El embarazo hace madurar emocionalmente a las mujeres.....	1	2	3
37.- Las mujeres solteras que se embarazan pierden todo su valor.....	1	2	3
38.- El condón solo debe utilizarse con parejas ocasionales.....	1	2	3
39.- Los hombres necesitan tener diversas parejas sexuales la mismo			

tiempo.....	1	2	3
40.- Las mujeres deben llegar vírgenes al matrimonio.....	1	2	3
41.- Los hombres sienten más deseo sexual que las mujeres.....	1	2	3
42.- Si una mujer se niega a tener relaciones sexuales con su novio, este terminara abandonándola.....	1	2	3
43.- Usar condón disminuye el placer sexual en las relaciones sexuales.....	1	2	3
44.- Las personas que usan condones se acuestan con cualquiera.....	1	2	3
45.- Usar condón hace que las relaciones sexuales sean menos románticas....	1	2	3
46.- Las mujeres que se visten de manera provocativa pueden tener SIDA.....	1	2	3
47.- Solo las prostitutas pueden contagiar el SIDA.....	1	2	3
48.- Las mujeres decentes no toman la iniciativa para tener relaciones Sexuales.....	1	2	3
49.- Los hombres deben tener una amplia experiencia sexual antes de casarse.....	1	2	3
50.- Las mujeres que toman la iniciativa para tener relaciones sexuales pueden tener SIDA.....	1	2	3
51.- Las ITS son un castigo para las personas que tienen muchas parejas Sexuales.....	1	2	3
52.- Los hombres deben aceptar siempre a un encuentro sexual.....	1	2	3
53.-Cualquier contacto íntimo que no involucre la penetración no tiene chiste.....	1	2	3
54.-Las adolescentes que se embarazan, aseguran matrimonio.....	1	2	3
55.-El embarazo en la adolescencia dificulta terminar los estudios.....	1	2	3
56.-Abortar es una buena solución para el embarazo no deseado.....	1	2	3

IV. Ahora te haremos algunas preguntas sobre tu vida sexual, recuerda que tus respuestas son confidenciales y anónimas, por lo que te pedimos que contestes de forma sincera.

57.- ¿Has tenido relaciones sexuales?

- Si
- No

Si no has tenido relaciones sexuales por favor pasa a la pregunta No. 68

58.-En la primera relación sexual, tu y/o tu pareja, ¿hicieron algo para prevenir el embarazo?

Si
No

Si contestas **No** a la pregunta anterior, por favor pasa a la pregunta 60

59.-¿Qué hicieron para prevenir el embarazo?

60.-Actualmente, ¿tienes relaciones sexuales?

*Si contestaste No a la pregunta anterior, por favor pasa a la pregunta 62

61.-Actualmente, ¿Tienes una pareja regular?

Si
No

Con el término “pareja regular sexual**”, nos referimos a la persona (hombre o Mujer) con la que hayas tenido relaciones sexuales por más de un año, o también a la persona que hayas tenido relaciones sexuales por menos de un año, pero con quien pretendes seguirlas teniendo. El o ella puede ser tu novia/o, esposo/a, con quien vives, o alguien que no vive contigo.*

Las siguientes preguntas se refieren a la relación con tu pareja sexual regular, si no la tiene por favor pasa a la pregunta 65

62.-Cuando tienes relaciones sexuales con tu pareja sexual regular, ¿Utilizas algún método anticonceptivo?

Si
No

*Si contestaste No a la pregunta anterior, por favor pasa a la pregunta 65

63.-Cuando tienes relaciones sexuales con tu pareja sexual regular, ¿Con qué frecuencia utilizas algún método anticonceptivo?

Siempre
Algunas veces
Pocas veces

64.-¿Cuál? (Tacha todas las que utilices)

Condón o preservativo
Pastillas
Ritmo
Óvulos, jaleas, espermaticidas
Dispositivo Intrauterino (DIU)
Inyecciones
Retiro o coito interrumpido

65.-¿Cuándo tienes relaciones sexuales con tu pareja sexual ocasional, ¿Utilizas algún método anticonceptivo?

Si
No

Con el término “pareja sexual ocasional**”, nos referimos a la pareja sexual (hombre o mujer) con la que hayas tenido relaciones sexuales por menos de un años. El o ella pudo haber sido tu novio/a , esposo/a, con quien viviste o alguien que no vive contigo.*

66.- Cuando tienes relaciones sexuales con tu pareja sexual ocasional, ¿Con qué frecuencia utilizas algún método anticonceptivo?

Siempre
Algunas veces
Pocas veces

67.- ¿Cuál? (Tacha todas las que utilices)

Condón o preservativo
Pastillas
Ritmo
Óvulos, jaleas, espermaticidas
Dispositivo Intrauterino (DIU)
Inyecciones
Retiro o coito interrumpido

V. A continuación te presentamos una lista de afirmaciones, por favor indica si estas de acuerdo o en desacuerdo con una de ellas. Las opciones son las siguientes.

Totalmente de acuerdo = 1

De acuerdo = 2

En desacuerdo = 3

Totalmente en desacuerdo =4

Por favor, tacha el número que corresponda a tu elección de respuesta.

68.-Si mi pareja y yo decidiéramos tener relaciones sexuales, le pediría que antes nos hiciéramos un examen para diagnosticar alguna Infección de Transmisión sexual/SIDA.....1 2 3 4

69.- Si mi pareja me pidiera que tuviéramos relaciones sexuales sin usar un método anticonceptivo, le diría que no estoy de acuerdo y no lo hago...1 2 3 4

VI Ahora te presentamos algunas preguntas sobre el proyecto de vida

70.-¿Cuáles son las cosas que más te gustan de tu vida actual?

71.-¿Cuáles son tus metas a largo plazo?

72.- ¿Cuáles son tus metas a corto plazo?

73.- ¿Cómo influiría en el desarrollo de tus metas el que tú y tu pareja estén esperando un bebé?

74.- Imagina que estamos en el 2015, quién eres tú, a qué te dedicas, dónde vives y con quién?

75.- ¿Qué debo hacer para cumplir mis metas? ¿Las hago?

76.-Imagina que estas en el año 2065 y justo antes de fallecer tienes oportunidad de escribir una última nota de reflexión sobre tu vida, ¿cómo sería?

¡MUCHAS GRACIAS POR TU COOPERACIÓN!

SESIÓN 2

PROYECTO DE VIDA			
ACTIVIDADES	OBJETIVO	MATERIAL	PROCEDIMIENTO
<p>EXPOSICIÓN</p> <p>DURACIÓN: 20 MINUTOS</p>	<p>“Dar a conocer a los asistentes un marco teórico referencial”</p>	<p>*Láminas colocadas en la pared con la información correspondiente.</p>	<p>Exponer a los asistentes el tema correspondiente con los recursos que se dispongan. También el aplicador se apoyará de la lluvia de ideas, referente al tema, qué es lo que consideran que sea un proyecto de vida y que se requiere para realizar un proyecto de vida.</p>
<p>“Que es lo que quiero”</p> <p>DURACIÓN: 40 MINUTOS</p>	<p>Que el adolescente identifique sus metas a corto y largo plazo y como se visualiza en su vida futura.</p>	<p>*Plastilina de varios colores (rojo, azul, verde, blanca, morada, amarilla, etc.)</p> <p>*Hojas blancas tamaño carta</p> <p>*Lápices</p>	<p>Se les proporciona a los adolescentes plastilina y que representen con figuras sus metas a corto plazo, o que como visualizan su vida futura. Se debe insistir en los jóvenes para que realicen la figura que deseen, mencionando que no se les evaluará por la calidad de la figura. Cuando terminen comentaran de manera voluntaria que figura es y que representa para</p>

PROYECTO DE VIDA			
ACTIVIDADES	OBJETIVO	MATERIAL	PROCEDIMIENTO
			<p>ellos. Una vez que hayan terminado se les proporcionará una hoja blanca a cada uno de los asistentes y se les solicitará que le pongan su nombre en la parte superior, posteriormente que de acuerdo a la figura que realizaron enlisten los recursos que se requieren para lograr la meta.</p> <p>Cuando hayan terminado se les solicitará que entreguen la hoja al instructor para que se les anexe a un folder con el nombre correspondiente a cada asistente.</p>

PROYECTO DE VIDA

Es la planeación de la realización personal y profesional; se basa en el derecho de toda persona a la libertad y al desarrollo integral de su personalidad. Tiene que ver con las metas, planes y sueños, con las pasiones y la posibilidad de realizarlas.

El proyecto de vida tiene los siguientes objetivos:

1. Lograr independencia como persona
2. Conocerse a sí mismo
3. Jerarquizar necesidades y establecer prioridades en la vida
4. Reconocer habilidades innatas y otras a desarrollar
5. Lograr la autodisciplina y el aprendizaje
6. Lograr un equilibrio entre la vida personal, familiar, laboral y social
7. Adquirir un nivel social y económico.
8. Aprender a asumir que las metas son acordes con el ciclo de vida.
9. Mejorar la autoestima y capacidad de decisión.
10. Tener un estilo de vida propio.

ASPECTOS IMPORTANTES PARA CONSTRUIR UN PROYECTO DE VIDA

Para realizar un proyecto de vida se deben tomar en cuenta las siguientes características: tener una visión crítica, reflexiva y creativa de las diferentes esferas de la vida:



En medida en la que el proyecto de vida es claro y definido, las personas pueden desempeñar un importante papel activo relacionado con cada una de sus transformaciones, pero también con el destino de sus actos.

SESIÓN 3

SEXUALIDAD			
ACTIVIDADES	OBJETIVO	MATERIAL	PROCEDIMIENTO
<p>“EXPOSICIÓN”</p> <p>DURACIÓN: 15 minutos</p>	<p>Proporcionar a los adolescentes un marco teórico referencial acerca de la sexualidad”</p>	<p>*Láminas con la información correspondiente colocadas alrededor del aula.</p>	<p>1.-El instructor formará nueve equipos de acuerdo a la cantidad de asistentes.</p> <p>2.-Asignar a cada equipo un término y de acuerdo al que les haya tocado deberán buscar las características de este en las láminas que se encuentren colocadas en la pared y en base a ello deberán realizar una poesía que hable del término asignado y sus características.</p> <p>3.-Se les proporcionará a los equipos 15 min. Para que se organicen y una vez que hayan terminado se les solicitará que pasen al frente del grupo a decir sus poesía.</p>
<p>“Las cosas como son”</p>	<p>Que los adolescentes conozcan los</p>	<p>Hojas con los términos, diurex y marcadores.</p>	<p>1.- Anotar en cada hoja uno de los siguientes términos: mujer, hombre, senos,</p>

SEXUALIDAD			
ACTIVIDADES	OBJETIVO	MATERIAL	PROCEDIMIENTO
DURACIÓN: 15 MINUTOS	conceptos utilizados en la sexualidad y que sean capaces de llamar a cada cosa por su nombre de manera que al utilizarlos se sientan cómodos.		<p>pene, nalgas, masturbación, acto sexual, menstruación, testículos.</p> <p>2.- Comenzar la actividad comentando que la gente utiliza muchos términos populares para referirse a la sexualidad y sin embargo, frecuentemente no conocen los términos sexuales correctos o no se sienten cómodos al usarlos.</p> <p>3.- Pegar cada hoja en los muros y proporcionarles los marcadores a los asistentes.</p> <p>4.- Pedir a los asistentes que anoten en las hojas los términos equivalentes que conozcan.</p> <p>5.- Conceder 15 minutos para realizar la actividad.</p> <p>6.- Reunir a los asistentes para que discutan.</p> <p>7.- Solicitar a algún</p>

SEXUALIDAD			
ACTIVIDADES	OBJETIVO	MATERIAL	PROCEDIMIENTO
			<p>voluntario para que lea las listas en voz alta.</p> <p>8.-Preguntar como se sintieron y que pensaron mientras escribían las palabras.</p>
<p>“Mi proyecto de vida”</p> <p>DURACIÓN: 30 min.</p>	<p>“Que el adolescente empiece a elaborar su proyecto de vida a partir de los recursos que disponen”</p>	<p>*Formato Proyecto de Vida y lápices para cada asistente.</p>	<p>1-Proporcionarles a cada asistente el formato de Proyecto de Vida.</p> <p>2.-Solicitarles que lo contesten de acuerdo a las indicaciones correspondientes al formato.</p> <p>3-Solicitar de manera voluntaria a los asistentes que lean en voz alta su proyecto de vida.</p> <p>4.-Al terminar la actividad se les solicitará el para agregarlo al expediente del asistente.</p>

NOMBRE _____

INSTRUCCIONES: Llena el siguiente formato en el que colocarás del uno al siete tus metas, por orden de importancia.

JERARQUIZACIÓN DE METAS	
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	
7.	

SESIÓN 4

EMBARAZO NO DESEADO Y ABORTO			
ACTIVIDADES	OBJETIVO	MATERIAL	PROCEDIMIENTO
<p>“EXPOSICIÓN”</p> <p>DURACIÓN: 15 MINUTOS</p>	<p>Proporcionar a los adolescentes un marco referencial de el embarazo no deseado, el aborto y sus consecuencia</p>	<p>*Imágenes correspondientes al tema.</p> <p>Diurex</p> <p>*Un muñeca</p>	<p>1.- De acuerdo con las imágenes mencionar las consecuencias físicas, psicológicas y sociales de un embarazo adolescente no planeado. 2.- El instructor pasará por el aula y de manera aleatoria proporcionará la muñeca a uno de los asistentes y le preguntará ¿Qué pasaría si a tu edad tienes un bebé y el padre de este se desatiende y por lo tanto estas sola ante esta situación?</p> <p>3.- El asistente que le haya tocado la muñeca mencionará como influiría este acontecimiento en su vida.</p> <p>4.-Proporcionar nuevamente la muñeca a dos de los asistentes (uno</p>

EMBARAZO NO DESEADO Y ABORTO			
ACTIVIDADES	OBJETIVO	MATERIAL	PROCEDIMIENTO
			de sexo femenino y un masculino) mencionarles que en ese momento son pareja y resulta que van a hacer papás, ¿Qué harían?
Y ahora ¿Qué hago? Duración 25 minutos	“Que el adolescente visualice a partir de la dramatización las consecuencias psicológicas y sociales de un embarazo adolescente no deseado	No se requieren	1.- El instructor formará 3 equipos de acuerdo al número de los asistentes. 2.- A cada equipo les proporcionará un tema: *Pareja de adolescentes con embarazo no deseado y el novio la lleva a abortar ¿Qué pasa? *Una chica embarazada y el novio y la familia no la apoya y la sacan de la escuela, se queda sola ¿Qué sucede? *Pareja de adolescentes y la chica resulta embarazada, sigue estudiando y su familia y novio la apoyan.

EMBARAZO NO DESEADO Y ABORTO

ACTIVIDADES	OBJETIVO	MATERIAL	PROCEDIMIENTO
<p>“La línea de mi vida”</p> <p>Duración: 20 Minutos</p>	<p>Que el adolescente continúe elaborando su proyecto de vida a partir de los recursos que disponen”</p>	<p>*Proporcionar a los adolescentes el formato correspondiente y lápices para cada uno de los asistentes.</p>	<p>1-Proporcionarles a cada asistente el formato de Proyecto de Vida. (anexo 3)</p> <p>2.-Solicitarles que se propongan una meta importante para realizarla en cuatro semanas.</p> <p>3.-Al terminar la actividad se les solicitará el anexo para agregarlo al expediente del asistente.</p> <p>4.-Antes de que los asistentes se retiren dejarles de tarea para la sesión número siete que investiguen que se necesita para realizar sus metas a corto plazo</p>

NOMBRE _____

INSTRUCCIONES: En el siguiente formato organiza los avances que has tenido para lograr un adecuado proyecto de vida.

CONTROL DE AVANCES EN MI PROYECTO DE VIDA					
Conceptos/Avances	Metas	1 ^a semana	2 ^a Semana	3er Semana	Avances del años y propósitos para el siguiente
Personal					
Familia					
Proyectos profesionales					
Estudios					
Aficiones					
Finanzas					
Salud					

SESIÓN 5

ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL			
ACTIVIDADES	OBJETIVO	MATERIAL	PROCEDIMIENTO
<p>EXPOSICIÓN”</p> <p>DURACIÓN: 15 MINUTOS</p>	<p>Proporcionar a los participantes la información básica sobre infecciones de transmisión sexual y SIDA</p>	<p>* Láminas de colores con información correspondiente</p> <p>*Una pelota pequeña de color rojo.</p>	<p>1.- El instructor formará un círculo dentro del salón, se colocará en el centro y aventará la pelota a uno de los asistentes y le dirá tu eres el sida, sífilis o alguna otra ITS y le preguntará ¿Qué haces con el cuerpo humano, que síntomas presentas en hombres y mujeres cómo te curas?</p> <p>2.- La actividad se repetirá con cada una de las ITS que están en las láminas.</p>
<p>“Fuego de amor”</p> <p>Duración: 20 minutos</p>	<p>Que los adolescentes analicen cómo las conductas sociales pueden repercutir en la salud sexual</p>	<p>*Tarjetas de colores</p> <p>a).Verde limón: SIDA</p> <p>b).- Anaranjado: Sífilis</p> <p>c).- Amarillo: Herpes Genital</p> <p>d).-Rojo:</p>	<p>1.- Dividir al grupo en 5 equipos. Solicitar a los asistentes que coloquen su butaca o silla en forma de círculo para que quede libre el área del centro.</p> <p>2.- Proporcionar a cada integrante del equipo una hoja blanca por asistente, un plumón, diurex y cinco</p>

ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

ACTIVIDADES	OBJETIVO	MATERIAL	PROCEDIMIENTO
		<p>Gonorrea</p> <p>e).- Azul:</p> <p>Sanas</p> <p>*Diurex</p> <p>*Hojas blancas tamaño carta</p> <p>*Plumones</p>	<p>tarjetas del mismo color.</p> <p>Para cada equipo el color será diferente.</p> <p>3.- Pedir a los participantes que escriban en la hoja blanca, con letra grande, cinco características personales que los identifiquen y que se los peguen en el pecho.</p> <p>4.- Indicarles que caminen por toda el aula, en forma azarosa y mientras caminan lean las hojas de sus compañeros eligiendo a cuatro personas con cuyas características se identifiquen. Si lo desean, no pueden elegir a nadie.</p> <p>5.- Una vez elegidas las cuatro personas deberán preguntarles si quieren intercambiar tarjetas con él o con ella; de ser así, deberán pegar la tarjeta en alguna parte del cuerpo del</p>

ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

ACTIVIDADES	OBJETIVO	MATERIAL	PROCEDIMIENTO
			<p>compañero, en el orden que esté las va recibiendo. No deben intercambiarse necesariamente todas las tarjetas.</p> <p>6.- Una vez que ha concluido todo el intercambio, el instructor informará a los participantes el código de cada color y el objetivo de este ejercicio.</p> <p>7.- Hay que insistir en conservar el orden en el que se fueron pegando las tarjetas, ya que esto indicará el momento del contagio y como se dio la propagación.</p> <p>8.- Enfatizar la relación analógica del ejercicio de la transmisión de la enfermedad sexual. Es decir, el contagio casual no es un medio de transmisión. Pero si es comparable en la elección de las personas</p>

ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

ACTIVIDADES	OBJETIVO	MATERIAL	PROCEDIMIENTO
			<p>con las que se relacionan, la cual generalmente realizan por lo que a simple vista realizan o por lo que la otra persona quiere o el amigo o pareja vea.</p> <p>9.- Recordar la importancia que tiene el uso de protección (condón) en una relación sexual que implica coito de cualquier tipo, o bien, intercambio de fluidos corporales.</p> <p>10.-Cerrar el ejercicio remarcando la importancia que tiene nuestra conducta social para la salud sexual.</p> <p>11.-Código de colores</p> <p>a).- Verde limón: SIDA</p> <p>b).- Anaranjado: Sífilis</p> <p>c).- Amarillo: Herpes Genital</p> <p>d).-Rojo: Gonorrea</p> <p>e).- Azul: Sanas</p>

ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

ACTIVIDADES	OBJETIVO	MATERIAL	PROCEDIMIENTO
<p>Duración: 25 Minutos</p> <p>“Planeando mi futuro”</p>	<p>Que el adolescente continúe elaborando su proyecto de vida a partir de los recursos que disponen”</p>	<p>*Proporcionar a los adolescentes el anexo No. 4 y lápices para cada uno de los asistentes.</p>	<p>1-Proporcionarles a cada asistente el formato de Proyecto de Vida. (anexo 4)</p> <p>2.-Mencionarles lo importante que es organizar y planear el futuro para conseguir lo que uno desea, pero siempre y cuando se lleven a cabo las actividades para lograrlas.</p> <p>3.-Al terminar la actividad se les solicitará el anexo 4 para agregarlo al expediente del asistente.</p>

SESIÓN 6

MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS			
ACTIVIDADES	OBJETIVO	MATERIAL	PROCEDIMIENTO
<p>“EXPOSICIÓN”</p> <p>DURACIÓN 20 MINUTOS</p>	<p>Proporcionarle a los adolescentes un marco teórico referencial para que aprenda a utilizar adecuadamente los métodos anticonceptivos</p>	<p>*Láminas con la información correspondiente</p> <p>*Doce pliegos de papel bond</p> <p>*Marcadores</p> <p>*Engrapadora</p> <p>*Grapas</p>	<p>Los asistentes colocarán sus butacas en forma de círculo de para que quede más espacio.</p> <p>El instructor formará seis equipos y a cada equipo les proporcionará dos pliegos de papel bond y marcadores, a cada equipo les asignará un método anticonceptivo y les solicitará que en el papel bond dibujen el que les haya tocado y que elijan a uno de sus integrantes para que le coloquen el papel en su cuerpo de modo que uno quede en la espalda y el otro en el pecho, y que lo unan en los hombros con las grapas, el integrante que hayan elegido se paseará por el salón mencionando sus características.</p>

MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS			
ACTIVIDADES	OBJETIVO	MATERIAL	PROCEDIMIENTO
<p>Paso a pasito para el uso del condón”</p> <p>Duración: 20 minutos</p>	<p>Que el adolescente aprenda los pasos adecuados para utilizar el condón</p>	<p>*Tarjetas tituladas “paso a pasito para el uso del condón</p> <p>*Cinco condones</p> <p>*Un pepino</p>	<p>1.- Describir el condón y mostrarlo.</p> <p>2.- Solicitar a los asistentes que formen 5 equipos de acuerdo a la cantidad de asistentes y que ellos, a partir de el anexo 5 van a demostrar la forma correcta de utilizar el condón, pero se les informara que deberán dar las indicaciones cantando del estilo que ellos lo prefieran (rap, norteña, pop, corrido, etc.)</p> <p>3.- Proporcionar 10 minutos para que se organicen los equipos.</p> <p>4.-Una vez que hayan terminado cada equipo se parará al frente para hacer su demostración.</p> <p>Para finalizar la</p>

MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS			
ACTIVIDADES	OBJETIVO	MATERIAL	PROCEDIMIENTO
			actividad mencionar que se requiere tiempo para adaptarse a las sensaciones producidas por el condón.
<p>“Me gustaría que mi pareja fuera....”</p> <p>Duración: 20 minutos</p>	<p>Que los asistentes visualicen su pareja sentimental en los aspectos físico, emocional y profesional</p>	<p>*Hoja con el formato correspondiente</p> <p>*Lápiz o lapicero para cada asistente</p>	<p>1.- Proporcionarle a los alumnos el formato correspondiente y solicitarles que lo contesten de acuerdo a las indicaciones.</p> <p>2.- Una vez que hayan finalizado solicitar a los asistentes que quien desee compartir su actividad puede hacerlo.</p> <p>3.- Al finalizar se les solicitará la hoja para anexarla al expediente.</p>

“PASO A PASITO PARA EL USO DEL CONDÓN”

- Revisión del buen estado de la envoltura y la fecha de caducidad
- Excitación sexual
- Erección
- Detenerse un momento
- Colocar el condón desenrollándolo
- Penetración
- Eyaculación
- Sostenerlo del borde
- Extracción del pene
- Perdida de la erección
- Quitar el condón con cuidado
- Tirarlo a la basura
- Utilizar un condón nuevo para cada coito

NOMBRE _____

INSTRUCCIONES: Imagina que tienes una pareja o puedes llegar a tenerla. Cómo te gustaría que fuera su relación:

Me gustaría que mi pareja fuera físicamente.....

Me gustaría hacer o compartir con mi pareja.....

Me gustaría que mi pareja fuera

No me gustaría que mi pareja hiciera.....

SESIÓN 7

CENTROS DE INFORMACIÓN PARA LOS ADOLESCENTES			
ACTIVIDADES	OBJETIVO	MATERIAL	PROCEDIMIENTO
<p>“Centros de Información”</p> <p>25 Min.</p>	<p>Que los adolescentes conozcan los centros de información a los cuales pueden solicitar apoyo.</p>	<p>Hojas tamaño carta con la información correspondiente</p>	<p>1.- Proporcionarles la hoja de los centro de información para adolescentes.</p> <p>2.- Explicar para que sirven cada uno de los centros de información y en qué momento recurrir a ellos.</p> <p>3.- Explicar cómo ingresar a la página web o como llamar por teléfono si así lo requieren.</p>
ACTIVIDADES	OBJETIVO	MATERIAL	PROCEDIMIENTO
<p>“Planeando mi futuro”</p> <p>Duración: 35 minutos</p>	<p>Que a través de la información proporcionada los asistentes seguirán generando de manera adecuada su Proyecto de Vida.</p>	<p>Formato de proyecto de vida.</p>	<p>1.- Proporcionarle a los alumnos su formato de proyecto de vida (anexo) para que sigan trabajando en su proyecto de vida, solo que en esta ocasión deberán terminarlo.</p> <p>2.-Una vez que hayan terminado solicitarles el formato para anexarlo a su carpeta.</p>

CENTROS DE INFORMACIÓN²

A continuación se presentan una lista de instituciones civiles para que tengas mayor conocimiento acerca de servicios médicos, sexualidad y métodos anticonceptivos.

1.-**MEXFAM** - Fundación Mexicana para la Planeación Familiar, A. C. Es una institución que brinda información, educación y servicios clínicos de calidad en salud sexual y reproductiva a los grupos de población vulnerable, las mujeres y los(as) adolescentes. Por lo que se te recomienda consultar siguientes páginas en internet:

www.mexfam.org.mx

www.gentejoven.org.mx

2.-**GIRE** - Grupo de Información de Reproducción Elegida es una institución que te brinda los servicios de biblioteca y de centro de documentación acerca de la sexualidad, la página en internet es la siguiente:

www.gire.org.mx

Para que tengas mayor información sobre la prevención y control del **SIDA/VIH** consulta las siguientes páginas en internet:

www.conasida.org.mx

² Hoja que se les proporcionó a los adolescentes

www.censida.org.mx

O si prefieres llamar, puedes hacerlo a los siguientes números sin costo alguno:

PLANIFICATEL – Te brinda información sobre instituciones que te pueden brindar atención relacionada con sexualidad, métodos anticonceptivos y planificación familiar llama al teléfono

01 800 624 64 64

Horario de atención:

Lunes a viernes de 8:00 a 20:00 horas

Sábados, domingos y días festivos de 8:00 a 18:00 horas

(Hora del centro de la República)

También puedes acudir al centro de salud de tu comunidad para solicitar información sobre planificación familiar y te puede proporcionar algunos métodos anticonceptivos adecuados para ti sin costo alguno.

¡TÚ DECIDES!

NOMBRE _____

INSTRUCCIONES: En el siguiente formato organiza los avances que has tenido para lograr un adecuado proyecto de vida.

CONTROL DE AVANCES EN MI PROYECTO DE VIDA					
Conceptos/ Avances	Metas	1 ^a Semana	2 ^a semana	3er Semana	Avances del años y propósitos para el siguiente
Personal					
Familia					
Proyectos profesionales					
Estudios					
Aficiones					
Finanzas					
Salud					

SESIÓN 8

CUESTIONARIO FINAL			
ACTIVIDADES	OBJETIVO	MATERIAL	PROCEDIMIENTO
<p>“APLICACIÓN DE CUESTIONARIO” (pretest y postest) Mismo instrumento</p> <p>DURACIÓN: 45 MINUTOS</p>	<p>Identificar cambios en los asistentes después de haber asistido al taller</p>	<p>*formato de cuestionario y lápices para cada uno de los asistentes.</p>	<p>1.- Proporcionar a cada asistente un cuestionario y un lápiz.</p> <p>2.- Pedir que lo contesten con la mayor honestidad posible.</p> <p>3.- Comentar que se aplicará nuevamente el cuestionario para conocer los cambios producidos.</p> <p>4.- Recordarles que las respuestas son confidenciales.</p>
ACTIVIDADES	OBJETIVO	MATERIAL	PROCEDIMIENTO
<p>“Agradecimientos”</p> <p>DURACIÓN: 15 MINUTOS</p>	<p>Que el adolescente se sienta comprometido a llevar a cabo la información recibida.</p>	<p>No se requieren</p>	<p>Darles las gracias a todos los asistentes por su participación en el taller y decirles que fue un placer trabajar con ellos.</p>