

SS  
B  
1883

# UNIVERSIDAD AUTONOMA METROPOLITANA XOCHIMILCO

## DIVISION DE CIENCIAS BIOLÓGICAS Y DE LA SALUD.

### CARRERA DE MEDICINA.

### "Educación Sexual

### Con Jóvenes y Adolescentes"

I N T E G R A N T E S :

MPSS. ARIAS BARROSO LIZBETH. 91344739.

MPSS. CERVANTES VALLADOLID BARUSH M. 92340279.

MPSS. DE ALBA CEBALLOS AURELIO. 93338479.

MPSS. MARABOTO MILLAN JOSE ANTONIO. 93341601.

Servicio Social

Promoción 1° Agosto 1997- 31 Julio 1998

ASESORES :

DR. RICARDO GOVANTES MARTÍNEZ.

DR. ENRIQUE OMAÑA MENDOZA.



México D.F. Septiembre de 1998.

## INDICE

INTRODUCCIÓN	7
PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	8
ANTECEDENTES	8
La realidad mexicana	8
Antecedentes operativos	9
JUSTIFICACION	9
Entorno	11
Jóvenes y sexualidad en cifras	12
OBJETIVOS	14
Objetivo general	14
Objetivos específicos	14
DISEÑO	15
DESCRIPCION DE LA ESTRUCTURA OPERATIVA DEL PROYECTO Y PROYECCION DE CARGAS DE TRABAJO	15
Definición de ciclo	17
Descripción del ciclo	18
Etapas de formación de paves	19
CONTENIDO TEMATICO DE LOS CICLOS DE TRBAJO INTENSIVO	20
CICLO UNO      Cultura de la sexualidad I	20
CICLO DOS      Cultura de la sexualidad II	21
CICLO TRES      Embarazo y adolescentes I	21
CICLO CUATRO      Embarazo y adolescentes II	21
CICLO CINCO      Enfermedades de transmisión sexual I	21
CICLO SEIS      Enfermedades de transmisión sexual II	21
CICLO SIETE      Cultura de la sexualidad III	21
CICLO OCHO      Cultura de la sexualidad IV	22
POBLACION O UNIVERSO DE TRABAJO	22
Criterios de selección de promotores	22
VARIABLES O CATEGORÍAS DE ANÁLISIS	24
Transmisión de conocimientos	25
Desarrollo de habilidades	25
Cambio de actitud	26
INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE INFORMACION	27

PLAN DE EVALUACION CUALITATIVA DE LOS EFECTOS E IMPACTO DEL PROYECTO	27
RECUSOS HUMANOS	28
RECURSOS MATERIALES	29
RECURSOS ECONOMICOS	29
ASPECTOS ETICOS	29
ANEXO 1 BIBLIOGRAFIA DEL MARCO TEORICO	30
ANEXO 2 INDICE DE GRUPOS QUE PRACTICAN ACCIONES SOBRE EDUCACION SEXUAL EN EL AREA METROPOLITANA DEL D.F.	30
ANEXO 3. MATERIALES DE CAPTACION DE INFORMACION. CARTA DE AUTORIZACION A LOS PADRES	33 35
CICLO UNO DE CULTURA DE LA SEXUALIDAD I	38
¿Qué es la sexualidad?	38
Fisiología elemental de la sexualidad en la adolescencia	39
El hombre de niño a adolescente	40
La mujer de niña a adolescente	47
El código de valores	58
 DINAMICAS Y EJERCICIOS	
Valores	58
Amor con barreras	62
Fuego de amor	64
Caso juzgado	67
El naufragio	68
La matriz de valores	68
¿Es verdad que ...?	71
Factores inquietantes en el adolescente relacionados con Sexualidad	72
Bibliografía ciclo I	73
 CICLO DOS DE CULTURA DE LA SEXUALIDAD.	
Funciones de la sexualidad	74
 DINAMICAS Y EJERCICIOS	
Sexualidad y reproducción	74
Desensibilización de términos	85
Sabes cómo soy, di mi nombre	86
Jugando con plastilina	87
¿Es verdad que ...?	88

La comunicación	93
La asertividad	105
Bibliografía ciclo II	108
<b>CICLO TRES EMBARAZO Y ADOLESCENTES</b>	
Contenido temático	109
Objetivos	109
Premisas y contenido	109
Material de apoyo	113
<b>DINAMICAS Y EJERCICIOS</b>	
Embarazo y adolescentes	113
Identificando riesgos	114
Sociodrama de embarazo no deseado	118
¿Es verdad que...?	120
Bibliografía ciclo tres	121
<b>CICLO CUATRO EMBARAZO Y ADOLESCENTES II</b>	
Contenido temático	122
La anticoncepción	122
Objetivos	122
Premisas y contenido	122
Material de apoyo	128
<b>DINAMICAS Y EJERCICIOS</b>	
Eligiendo un método anticonceptivo para nosotros	131
Paso a pasito para el uso del condón	133
La botella de la anticoncepción	135
¿Es verdad que...?	137
Bibliografía ciclo tres	139
<b>CICLOS CINCO Y SEIS DE ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL</b>	
Objetivos	140
Premisas y contenido	140
Materiales de apoyo	142
<b>DINAMICAS Y EJERCICIOS</b>	
Adivinanzas.	142
El Buzón	142
Contenido temático	143
Tricomoniasis vaginal	143
Gonorrea	145

Mycoplasma	150
Citomegalovirus	151
Vaginosis bacteriana	154
Papiloma virus humano	155
Linfogranuloma venéreo	156
Sífilis	158
Chancro blando	162
Herpes	163
Hepatitis viral	166
Candidiasis	167
Enfermedad pélvica inflamatoria	169
Bibliografía ciclos 5 y 6	173
<b>CICLO SIETE CULTURA DE LA SEXUALIDAD III</b>	
Contenido temático	175
Autoestima	175
Asertividad	184
Sesión autoestima	186
Cuestionario de evaluación	188
Aborto	189
Violencia	200
Violencia contra la mujer	200
Abuso sexual a menores	204
Hostigamiento sexual en el área de trabajo	207
La violación sexual	209
Roles sexuales	220
Sesión de Roles sexuales	222
Identificando mi rol sexual	223
Ventajas y desventajas de los roles sexuales tradicionales	224
Cuestionario de evaluación	225
Bibliografía ciclo VII	226
<b>CICLO OCHO CULTURA DE LA SEXUALIDAD IV.</b>	
Controlar y decidir tu vida	227
Objetivos	227
Cuestionario de evaluación	229
Expectativas futuras	230
Objetivos	230
Premisas y contenido	230
Material de apoyo	232
La ruta de mi vida	233
Bibliografía ciclo VIII	234
<b>INFORME TECNICO FINAL</b>	
Introducción	237
Antecedentes	238
Diseño	238

Material y métodos	241
Realización de los ciclos 1 y 2	242
Realización de los ciclos 3 y 4	242
Realización de los ciclos 5 y 6	243
Realización de los ciclos 7 y 8	243
<b>Resultados</b>	<b>244</b>
Relatoría de los ciclos 1 y 2	244
Desarrollo de los ciclos 1 y 2	247
Factores que limitaron el proceso grupal	248
Factores que facilitaron el proceso grupal	249
Fenómenos relevantes en los procesos grupales	249
Relatoría del ciclo 3	250
Factores que limitaron el proceso grupal	253
Factores que facilitaron el proceso grupal	254
Relatoría del ciclo 4	254
Factores que limitaron el proceso grupal	257
Factores que facilitaron el proceso grupal	257
Relatoría de los ciclos 5 y 6	257
Factores que limitaron el proceso grupal	260
Factores que facilitaron el proceso grupal	261
Factores relevantes en los procesos grupales	261
Relatoría de los ciclos 7 y 8	262
Relatoría del ciclo 7	262
Relatoría del ciclo 8	265
Factores que limitaron el proceso grupal	266
Factores que facilitaron el proceso grupal	266
Fenómenos relevantes en los procesos grupales	267
Evaluación	
Ciclos 1 y 2	267
Análisis cuantitativo	268
Análisis cualitativo	269
Ciclos 3 y 4	270
Análisis cuantitativo	270
Análisis cualitativo	270
Ciclos 5 y 6	271
Análisis cuantitativo	271
Análisis cualitativo	271
Ciclos 7 y 8	272

Análisis cuantitativo	272
Análisis cualitativo	279
Análisis general	280
Conclusiones	288

## INTRODUCCION.

Ante una panorámica social, cultural y económica, en la que los adolescentes de las clases populares de la Ciudad de México encuentran una gran problemática para desarrollarse como seres humanos íntegros, nos propusimos, dentro de nuestras capacidades, contribuir a disminuir el grado de dificultad que enfrentan en el campo de la sexualidad.

De nuestra inquietud surge el diseño de un proyecto con las características de formar jóvenes que puedan transmitir información y construir conocimientos para adoptar responsablemente el ejercicio de la sexualidad.

Pretendemos implantar un modelo de educación sexual que se multiplique a través de la formación de promotores adolescentes en un grupo de alumnos de secundaria, desarrollando en ellos la capacidad de formar a otros promotores adolescentes. Por medio del diseño adecuado de materiales y sesiones de dinámicas de grupo en las que en un ambiente de libertad, privacidad, compañerismo y respeto se den las condiciones para que surja la transmisión de conocimientos, el desarrollo de habilidades y el cambio de actitudes que oriente al ejercicio de su sexualidad.

Un elemento central de nuestra investigación es la participación consiente de los adolescentes; para que esta fructifique adecuadamente a partir de la observación de cada grupo específico, se diseñaran formas de consulta y detección de sus requerimientos en educación sexual, ya conociendo las necesidades al respecto se diseñan contenido, materiales, y técnicas de las sesiones; simultáneamente al desarrollo de éste proceso se crean y aplican instrumentos de captación de datos que dan cuenta de la trayectoria del proyecto en su conjunto. Entre estos instrumentos encontramos entrevistas, cuestionarios, evaluaciones, etc.

De llevarse a cabo la implantación del proyecto, podría servir de modelo para que tomando en cuenta las singularidades culturales de las diferentes regiones, se podría extender en el ámbito nacional.



# EDUCACIÓN SEXUAL CON PROMOTORES ADOLESCENTES.

## PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

¿CUÁL ES LA VIABILIDAD OPERATIVA DE IMPLANTAR UN MODELO DE EDUCACIÓN SEXUAL QUE SE MULTIPLIQUE A TRAVÉS DE LA FORMACIÓN DE PROMOTORES ADOLESCENTES (EN UN GRUPO DE ALUMNOS DE SEGUNDO GRADO DE LA ESCUELA SECUNDARIA TÉCNICA No.46 "INGENIERO ESTANISLAO RAMÍREZ RUIZ", EN LA JURISDICCIÓN SANITARIA TLÁHUAC DURANTE EL PERIODO DE AGOSTO DE 1997 A JULIO DE 1998?.

## ANTECEDENTES.

### LA REALIDAD MEXICANA.

Por los datos que arrojan la demografía, sociología y estadística, sabemos que desde hace más de diez años, el crecimiento de la población de nuestro país es de los más altos del mundo, así como las consecuencias que trae en lo económico, que hacen difícil el mejoramiento de los niveles de vida. Las fuentes de trabajo son limitadas, el acceso a los servicios de salud es cada vez más difícil, la desnutrición permanente desde la infancia, condiciona en forma negativa la capacidad humana y las viviendas inadecuadas favorecen una promiscuidad y aglomeración no deseables. (1)

Entre tantos problemas de la familia, sobresale "el machismo", las madres solteras, abandonadas, separadas y divorciadas, problema que en México es grave y va aumentando, por lo tanto, la mujer carece con frecuencia de lo indispensable para desarrollarse como plataforma económica, social y cultural, por lo que se siente frustrada y rechazada y encuentra muchas dificultades para cumplir su labor educadora y suplir en la medida que pueda la labor del padre; que cuando este se ausenta temporalmente o definitivamente, puede provocar en los hijos traumas y problemas para el desarrollo de los mismos como personas equilibradas. (1)

" Además existen otros problemas familiares, como la desintegración familiar, la falta de oportunidades laborales para la mujer, la inmadurez e impreparación para iniciar la vida familiar, la irresponsabilidad y la inconsciencia en asumir la tarea educadora de los hijos, etc.". (1)

Nuestras primeras observaciones y contactos en el área de trabajo, efectuadas a través del servicio de consulta a la comunidad en Cuanto diferentes Centros de Salud Comunitaria en Tláhuac, coinciden y corroboran en el ámbito de nuestra región, estas citas generalizadas para el resto del país.

“La contrastada conformación socioeconómica y cultural del país es herencia histórica de nuestro pasado. Corresponde a los mexicanos de hoy mejorar con esfuerzos coordinados todos los sectores – económico, cultural, social y religioso -, para remediar las condiciones injustas en que vive la mayoría de las familias, y no detenernos ante los cambios profundos que sean necesarios en nuestra sociedad”. (1).

## **ANTECEDENTES OPERATIVOS.**

Por antecedentes operativos entendemos las fuentes de información afines con los objetivos de este trabajo, dichas fuentes provienen de grupos o instituciones que han realizado trabajos similares al nuestro, y que además han logrado sistematizar de alguna forma sus experiencias y pueden proporcionar valiosa información para nuestros fines, ya sean artículos, ensayos o paquetes pedagógicos en forma de cursos.

Hemos encontrado un conjunto de grupos que realizan acciones en el campo de la educación sexual. ( Ver Anexo 2). En la línea de investigación que hemos trazado encontramos que la experiencia concreta más cercana a lo que nosotros planteamos, la realiza el grupo que opera el programa denominado SEXUNAM, mismos que han efectuado la formación de promotores en salud reproductiva dentro de los planteles de bachillerato de la UNAM, sin embargo no hemos encontrado acciones tendientes a la formación de promotores adolescentes en el nivel de enseñanza secundaria que es lo que nosotros planteamos.

Aunque sabemos que los diversos grupos han realizado talleres de capacitación para docentes de secundaria, lo cual siendo loable, sigue estando a una considerable distancia de nuestro objetivo.

## **JUSTIFICACION.**

Hemos detectado a través de nuestra experiencia directa con pacientes en los consultorios y en entrevistas con personal de los Centros de Salud de nuestra área de trabajo con varios años de laborar en la Jurisdicción Sanitaria Tláhuac, una gran incidencia de embarazos en personas muy jóvenes, situación que arrastra toda una cauda de problemas cuando menos en dos vertientes; por un lado las jóvenes madres y padres no disponen de una plataforma económica, psicológica, cultural y física lo suficientemente sólida para enfrentar esas responsabilidades, produciéndose situaciones que pueden determinar

insuficiencias en el desarrollo nutricional, afectivo e intelectual de los infantes, así mismo el conjunto de problemáticas que recaen sobre los jóvenes padres pueden llevarlos a situaciones de frustración en su realización social, laboral y en general en su persona.

Por otro lado las problemáticas individuales de embarazos en personas muy jóvenes se están dando enmarcadas por la gran crisis de valores familiares, sociales, religiosos y culturales, que existen en todo el mundo, junto con la época de recesión y gran colapso económico.

Este problema del embarazo en jóvenes, a su vez incrementa y hace más profunda la desintegración familiar, rompiendo los esquemas donde la familia juega el papel de eje central de la sociedad, sin sustituirla, causa que los jóvenes busquen el apoyo de la familia en otras formas gregarias, como las pandillas, bandas, etc.

Aunado a todo esto es importante tratar el tema de introducción al ejercicio de las prácticas sexuales, debido a que por lo general la información obtenida por los jóvenes les llega de otros jóvenes o de personas mal informadas, de manera incorrecta, con distorsiones, mitos y deformaciones de la realidad; Por otro lado, la gran mayoría de las veces dicha información le llega al adolescente después de que este ya ha tenido experiencia al respecto, con el peligro de los embarazos no deseados y las enfermedades de transmisión sexual, entre ellas la actual pandemia que es el SIDA. Además que por desinformación puede perder la valiosa oportunidad de abstenerse de forma consciente y responsable cuando así lo decida.

La trascendencia de nuestra propuesta radica en el supuesto de que al verter información que además de ser veraz y que cumpla con los requisitos de actualización técnica y científica, tenga las cualidades de ser aplicable, suficiente, comprensible y transmisible para los adolescentes, éstos contarán con una base para poder elegir su decisión, ya sea esta la de abstenerse o la de ejercer su derecho a la sexualidad de manera sana y responsable.

Los temas a tocar serán sobre la fisiología de la sexualidad y el embarazo y lo que esto implica, así como las enfermedades de transmisión sexual (ETS), sin dejar de lado los aspectos socioculturales y psicosociales que acompañan a estas situaciones.

Ya que pretendemos formar promotores adolescentes en educación sexual con capacidad para a su vez formar a otros promotores, lo que aumenta las posibilidades de que el proyecto continúe, aún en el supuesto de que en el futuro no sea posible la presencia de nosotros como agentes inductores, esto es pretendemos implantar y desencadenar un proceso que al reproducirse por sí mismo en el mismo núcleo de la población afectada, al paso del tiempo conlleve a mantener la problemática en un nivel de razonable equilibrio.

Desde luego la intención de los Médicos Pasantes en Servicio Social (MPSS) de la Universidad Autónoma Metropolitana (UAM) en Tláhuac, así como de las autoridades sanitarias de esa jurisdicción, es darle cobertura el mayor tiempo posible, en el supuesto de que las autoridades educativas den su aceptación y se demuestre que el proyecto es viable.

Si lográsemos que la respuesta a la inducción de nuestra propuesta sea positiva y a la vez adoptada dentro de los hábitos cotidianos de la comunidad de jóvenes adolescentes, se habrá contribuido en una primera instancia a la solución de la problemática a nivel comunidad, y más aún, dadas las características de nuestro planteamiento, si se logran resultados positivos en la comunidad, el modelo implantado, está dotado de suficiente flexibilidad para adecuarse a singularidades de muchas otras áreas geográficas y culturales, por lo que de ser utilizado de una forma extensiva, también ayudaría a aliviar de esta responsabilidad a las instituciones de salud, que en su ya de por sí sobrecargado presupuesto, no cuentan con recursos ni humanos, ni materiales suficientes para abarcar con sus programas institucionales a toda la población que podríamos cubrir por este medio.

En cuanto a la contribución a la ciencia médica, lo que dejaría este trabajo, sería la experiencia de tratar de implantar programas que no necesiten a personal de alto curriculum académico para su seguimiento y deja la posibilidad de adaptar el formato a otros temas de interés en salud, con los que deseen trabajar las autoridades de salud.

Creemos que nuestro proyecto tiene una alta viabilidad debido a que descansa mucho más en el trabajo de sus integrantes, que en recursos materiales, lo que en caso de llevarse a cabo satisfactoriamente le da prospectivas con altas probabilidades de sobrevivencia, que se reflejarían en su factibilidad a corto, mediano y largo plazo.

Queremos señalar, que la línea en la que podemos evaluar con cierto grado de certeza la eficiencia de transmisión de conocimientos, esto es aplicando reactivos a la primera y segunda generación de promotores, puede ser rebasada en sus posibles ramificaciones sociales informales, propias de las líneas extraescolares de comunicación entre adolescentes, las cuales creemos funcionarían de forma natural en caso que los contenidos de nuestra información sean lo suficientemente interesantes para los jóvenes adolescentes. Lo cual de cualquier manera contribuye a la justificación social primaria del proyecto.

## **ENTORNO.**

La Ciudad de México es una de las aglomeraciones poblacionales más grandes del mundo al configurar una zona metropolitana con 17 municipios conurbados del Estado de México que, aunque cada cual tiene lo suyo, hacen que

el Distrito Federal enfrente serios problemas para mantener el nivel de vida de sus habitantes. (2)

El Distrito Federal es la entidad más densamente poblada del país, sus 1,500 Km<sup>2</sup> albergan a más de 8.2 millones de personas, de las cuales el 52 % son del sexo femenino. El promedio de habitantes por vivienda es de 4.6.

Por ser una ciudad eminentemente urbana, más del 80% de las casas habitación tienen techos y pisos de cemento y más del 95% disponen de agua entubada.

El 31.0% de la población femenina es económicamente activa, superior a la media nacional. La inestabilidad del mercado laboral y los bajos salarios, han provocado que la mujer se integre al trabajo para completar el gasto familiar, básicamente se desenvuelve en servicios domésticos, públicos o en el comercio, donde es de suponerse que la mayoría ha contribuido a engrosar el ambulante o la economía informal. Más del 60% de las mujeres trabajadoras reciben ingresos menores a tres salarios mínimos. (2)

Pese a que la ciudad ofrece el acceso a los servicios de salud, la atención de la mujer durante el embarazo, el parto y el puerperio, indica que están subutilizados.

Los datos reportados indican que el promedio de consulta a mujeres embarazadas para control prenatal fue de 1.3 en 1990, muy inferior al mínimo establecido de 7, y que éstas se inician tardíamente en el 80% de los casos. Lo anterior demuestra que es menester hacer algo para que la población femenina asuma conciencia y responsabilidad en esta etapa tan trascendental de la vida y así se podría reducir los partos distócicos (cesáreas, sufrimiento fetal, aplicación de fórceps, etc.), cuyo porcentaje total de partos atendidos en 1990 fue de 30.6%. (2)

## **JOVENES Y SEXUALIDAD EN CIFRAS.**

Según la Asociación No Gubernamental denominada Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE), alrededor de 850,000 muertes infantiles en niños menores de 5 años podrían evitarse al año de ampliarse los servicios de planificación familiar a parejas que no tienen planeado un embarazo, pero que a la vez no utilizan ningún método anticonceptivo. (3)

La mortalidad infantil puede prevenirse a través de un espaciamiento adecuado de los nacimientos y evitando embarazos entre mujeres extremadamente jóvenes y en aquellas que ya tienen cuatro hijos o más.

En varios países de Latinoamérica existen altas tasas de falla de métodos anticonceptivos que, de usarse correctamente, deberían ofrecer una gran

protección contra el embarazo. En Colombia y Perú, 17% de las mujeres que usaron cualquier método anticonceptivo reversible (preservativos, anticonceptivos hormonales orales o de depósito, etc.), quedan embarazadas dentro de los doce primeros meses de haber iniciado su uso. (3)

Nosotros consideramos que con una adecuada educación sexual entre jóvenes, lo anterior podría funcionar de manera más eficiente.

### **JOVENES Y SEXUALIDAD EN NÚMEROS. (3)**

CONCEPTO	CIFRA	FECHA
Tasa de Fecundidad en las mujeres adolescentes.	Por cada 1,000 adolescentes, 126 son madres solteras.	1987
Porcentaje de Mujeres jóvenes de 15 a 19 años, que ya han tenido relaciones sexuales y no usan métodos anticonceptivos.	Solteras 99.8 % Unidas 63.9 %	1995
Número de embarazos en México que culminan en nacimientos deseados	1,867,260 60 % del total.	1990
Número de embarazos no deseados en México	1,244,840 40 % del total.	1990
Número de embarazos en México que culminan en nacimientos no deseados.	715,783 23 % del total	1990
Número de embarazos no deseados que culminan en abortos inducidos	529,057 17 % del total = 1450 abortos diarios = 60 abortos por hora = 1 aborto por minuto	1990
Porcentaje de mujeres con más hijos de los deseados.	29 %	1990
Tasa anual de abortos inducidos por cada 1,000 mujeres en edad reproductiva.	23	cada año
Porcentaje de mujeres en edad fértil que han experimentado un aborto.	22.7%	1987
Total de casos acumulados de SIDA en México	26,651	hasta 1995
Total aproximado de personas seropositivas en México.	Entre 150,000 y 200,000	

Fuente :

Para más información acerca de cifras en nuestro país, consulte el Anexo 2 de Bibliografía

## OBJETIVOS.

### OBJETIVO GENERAL.

Implantar un modelo de educación sexual que se multiplique a través de la formación de promotores adolescentes en un grupo de alumnos de segundo grado de la Escuela Secundaria Técnica no.46 " Ingeniero Estanislao Ramírez Ruiz", en la jurisdicción sanitaria Tláhuac durante el periodo de agosto de 1997 a julio de 1998?

### OBJETIVOS ESPECIFICOS.

1.1. - Diseñar un modelo de educación sexual, operado por adolescentes que se multiplique.

1.1.1. - Diseñar una tecnología pedagógica apropiada que contenga:

- Métodos.
- Técnicas.
- Materiales.
- Herramientas.

Que sean entendibles y manejables por los adolescentes. Así como que les permita desarrollar la capacidad de diseñar sus propios materiales.

1.2. - Formar promotores adolescentes en educación sexual.

1.2.1. - Desarrollar en los promotores adolescentes la capacidad de transmitir conocimientos en materia de educación sexual.

1.2.2. - Desarrollar en los promotores adolescentes la capacidad de formar a otros promotores adolescentes a través de:

- a) Recibir capacitación en conducción de grupos, elaboración de materiales didácticos y desarrollo de procesos grupales para la construcción de conocimientos.
- b) Practicar los procesos anteriores por un período mínimo de un año, para posteriormente reproducir en otros el propio proceso de cambio experimentado.

1.3. - Evaluar la capacidad del investigador en formar promotores adolescentes primarios(\*) a través de la valoración del desempeño de los promotores formados.

1.4. - Evaluar la capacidad de los promotores adolescentes primarios, en transmitir sus conocimientos y habilidades a los promotores secundarios (\*\*). , a través de la estimación del desempeño de éstos.

\* Promotor Primario.- Es aquel que recibe la capacitación y adiestramiento directamente de los pasantes de Medicina de La UAM. O en su caso de otro personal de salud.

\*\* Promotor Secundario.- Es aquel que recibe la capacitación del promotor primario.

## **DISEÑO**

De acuerdo con el período en que se capte la información, el estudio que proponemos será prospectivo: partimos de tres plataformas o fuentes contenedoras de datos, esto es: la información técnica de temas biomédicos, la información estadística existente y la información basada en experiencias de los grupos que han trabajado en proyectos similares al nuestro.

La información sustantiva de nuestro proyecto se recabará de acuerdo a los avances en el desarrollo del proceso que pretendemos inducir, esta se captará para los fines específicos que determinemos y que se definen con mayor precisión de acuerdo a las condiciones concretas que surjan en el proceso. Aunque dicha obtención de datos, está orientada por nuestras variables primarias y secundarias que describimos más adelante.

De acuerdo con la evolución del fenómeno estudiado, nuestro trabajo puede ser clasificado como longitudinal, ya que las variables involucradas que en este caso son constituyentes de ciclos interiores del proceso enseñanza - aprendizaje, tales como: a) creación y recreación de conocimiento; b) captación, transmisión y reproducción del conocimiento; c) retroalimentación constituida por evaluación y planeación flexibles en cada ciclo, descritos más adelante.

## **DESCRIPCION DE LA ESTRUCTURA OPERATIVA DEL PROYECTO. Y PROYECCION DE CARGAS DE TRABAJO.**

En sus componentes más amplios nuestro proyecto de investigación se realizará en 6 grandes etapas:

- 1) Construcción del protocolo; (aproximadamente Septiembre y Octubre de 1997)
- 2) Contactos y sondeos con el grupo de trabajo, (Aproximadamente Noviembre 1997).
- 3) Rediseño de materiales y procedimientos específicos por ciclo; (Aproximadamente Diciembre 1997).



4) Período de trabajo intensivo:

a) Primeras sesiones directas de formación de PAVES. (Aproximadamente del 8 al 31 de Enero de 1998).

b) Inducción del proceso de enseñanza aprendizaje incluidas las sesiones de práctica de los promotores, en 8 semanas. Con dos sesiones semanales, la primera entre médicos y PAVES, y la segunda de práctica de los promotores con sus contactos, con acompañamiento de asesoría de los médicos. (Aproximadamente Febrero y Marzo de 1998).

5) Reajuste y refuerzo de los procesos concretos; y evaluación global (Abril y Mayo de 1998).

6) Período de reporte y redacción con asesoría esporádica paralela. (Junio y Julio de 1998).

Las diferentes etapas implican trabajos teóricos - prácticos contenidos en el mismo nombre de la etapa, con excepción del llamado "Periodo de Trabajo Intensivo", el cual requiere de una descripción más minuciosa.

De tal manera que las "Primeras sesiones directas de formación de PAVES." Implican :

- La creación de ambientes que faciliten la comunicación entre médicos y promotores, las nociones de adiestramiento en dinámicas de grupo para transmisión de conocimientos, el aprendizaje de algunas técnicas para la elaboración de materiales didácticos, adecuados y de bajo costo, la elaboración o instauración de un lenguaje común respecto a conocimientos técnicos y la construcción de un código de valores y el entendimiento del contexto social en el que se desenvuelven los actores del proceso.
- El conocimiento, revisión y adecuación de todos los subtemas contenidos dentro de los apartados que hemos denominado Cultura de la Sexualidad, Enfermedades de Transmisión Sexual y Embarazo del Adolescente, de tal manera que puedan estar contenidos en ocho cortes de contenido temático.
- El diseño estratégico de las dinámicas de grupo y materiales adecuados a cada uno de esos ocho cortes de contenido temático dentro de contenedores de tiempo de aproximadamente una hora y media, que implican acciones de revisión y discusión de materiales, discusión de grupo para la construcción colectiva de conocimiento con espacios dedicados a la solución de dudas específicas, retroalimentación y evaluación. Así como en cada una de estas sesiones indicar los accesos a fuentes de información y/o gestión en caso de que los participantes tengan intereses especiales para profundizar o ampliar sobre un tema.

- La construcción conjunta de una estrategia para los tiempos y espacios de los participantes, que incluye sesiones de ensayo de la puesta en marcha del proceso para afinar además de técnicas y contenidos, los tiempos y movimientos necesarios en cada caso, así como el manejo situaciones que se presenten.

La parte llamada "Inducción del proceso de enseñanza aprendizaje ", implica una serie de procesos que conforman la parte más sustantiva del proyecto. Dentro de estos procesos están comprendidos:

- Una sesión de inicio de semana entre médicos y PAVES, en la que se redondea el manejo del contenido temático correspondiente a ese ciclo semanal y se revisan materiales, técnicas y tiempos y movimientos. Calculamos que cada médico debe atender a un grupo de trabajo de 6 PAVES (+/- 2), este grupo representa la célula de trabajo, que a su vez proponemos determine la cantidad y en su caso la velocidad de expansión del proyecto.
- Otra sesión a mediados o fin de semana en la cual cada PAVE transmita a un grupo de 6 contactos o compañeros, los contenidos de la sesión de inicio de la semana, se propone que en esta sesión se trabaje en un espacio adecuado para tal fin en el que un médico pueda estar presente para ser utilizado solo si es necesario como asesor técnico en caso de que las preguntas que generen las dinámicas de grupo rebasen al PAVE encargado de determinado subgrupo.

### **Definición de ciclo:**

Para los objetivos de este trabajo, ciclo es el conjunto de procesos de trabajo contenidos en el lapso de una semana dentro de la etapa de trabajo intensivo denominada "Inducción del proceso de enseñanza aprendizaje" y que contiene:

- Una sesión de trabajo conjunto entre médicos y PAVES, en la cual se prepara al PAVE para la sesión de trabajo con los subgrupos de contacto y en su caso se realiza retroalimentación, evaluación y planeación del siguiente ciclo.
- Una sesión de trabajo del PAVE con su subgrupo de contacto en los que se crean las condiciones para la transmisión de información y construcción del conocimiento sobre una temática determinada, que a su vez contiene elementos de retroalimentación y evaluación de la misma.

Esto conformaría 8 ciclos en los que proponemos subdividir el período de trabajo intensivo en la formación de promotores adolescentes voluntarios en educación sexual (PAVES).

**Descripción del ciclo.** Cada uno de los ciclos temáticos semanales de enseñanza aprendizaje, está constituido por un conjunto de temas englobados en tres plataformas que son: Embarazo, Enfermedades De Transmisión Sexual (ETS) y Cultura de la Sexualidad, los subtemas contenidos en cada una de estas plataformas, se conformarán en ocho paquetes, con contenidos específicos.

Cada ciclo temático (tentativamente 2 de embarazo, 2 de ETS y 4 de Cultura), implica un contenido temático derivado de información bibliográfica, no rígido, con la flexibilidad de adaptarse para ser recreado y entendido a través de dinámicas de grupo y materiales flexibles.

La duración de cada ciclo será de una semana, contiene dos sesiones de trabajo grupal, con una duración aproximada de una hora.

**La primera sesión** es en la cual los pasantes, junto con los PAVES primarios, diseñan materiales y estrategias a un contenido temático, para que por medio de determinada estrategia o dinámica, se produzca la recreación y apropiación de dicho conocimiento. Terminando con una retroalimentación que contenga una evaluación de los logros de la sesión.

**La segunda sesión** del ciclo, la realizan los PAVES primarios con el grupo de sus compañeros, acompañados pero no sustituidos por el pasante de medicina. En el cual de manera similar realiza las técnicas y creación de sus materiales con sus compañeros, para la apropiación del conocimiento, cerrando con una breve evaluación que muy probablemente contenga un filtro de dudas a resolver al inicio de la siguiente sesión, o si hay disponibilidad de tiempo al final de la misma.

**Nota :** Aclaremos que dentro de la flexibilidad del proyecto se puede contar con la conversión de la primera sesión semanal de cada ciclo destinada a ensayo como sesión directa de trabajo entre PAVES primarios y sus contactos con asesoría de los médicos, en caso de que el volumen de información, las técnicas propuestas y el resultado del primer mes de trabajo entre médicos y PAVES primarios así lo determinen. Así mismo tal vez sea importante considerar la entrega de materiales para reproducir y que sean revisados por los grupos contacto como trabajo previo para algunas sesiones o ciclos determinados, que así lo ameriten.

Al terminar los ocho ciclos tentativamente planeados, es decir en la fase de Reajuste y refuerzo de los procesos concretos; sucederían varios procesos, siendo el principal el asesoramiento a los PAVES primarios para la formación de los secundarios, además de hacer los ajustes necesarios que hicieran falta.

Paralelamente se construirá el banco de datos y el manual que se irá modificando de acuerdo a la experiencia con los PAVES primarios.

En nuestro modelo teórico hablaríamos de un médico como asesor de un grupo compuesto a lo máximo por 6 subgrupos a su vez compuestos cada uno de ellos por un PAVE promotor y 6 compañeros contacto.

En este proceso inicial los Pasantes de la UAM están en posibilidad de proporcionar cuatro médicos que acompañen al proceso inicial descrito en las cinco etapas anteriormente, lo que implica que pasado ese tiempo, en su caso los PAVES requerirán de cierto apoyo logístico de parte de sus docentes para continuar este proceso a su propio ritmo y dentro de sus posibilidades concretas.

## **ETAPAS DE FORMACION DE PAVES.**

Creemos conveniente proponer que el grupo inicial al que hemos llamado PAVES primarios se seleccione de entre los alumnos de segundo año de secundaria de tal manera que ellos tengan un año y medio para completar el proceso, lo anterior lo conceptualizamos en tres etapas de seis meses cada una, en las cuales desarrollarían los siguientes objetivos programáticos:

**Primera etapa de PAVES.** (Enero - Junio de 1998), etapa de formación como promotores, recepción, adecuación y diseño de conocimientos, materiales y técnicas, así como su puesta en práctica, primero con asesoría directa y luego con asesoría específica.

En caso de existir las condiciones en el medio ambiente educativo y social que rodea a los PAVES, se proyecta:

**Segunda etapa de PAVES.** (Aproximadamente Julio a Diciembre de 1998) etapa de práctica y maduración en la cual los PAVES con apoyo en sus bancos de materiales y su experiencia previa, continúan la transmisión de sus ciclos con contenido temático según el modelo experimentado en la primera etapa, esto es una sesión de hora y media al inicio de la semana, donde se prepara la sesión de transmisión de contenidos y construcción del conocimiento a realizarse a mediados o finales de semana, también de una duración aproximada de hora y media y para subgrupos de 6 integrantes. En el entendido de que cuando cada subgrupo complete 8 sesiones, se podrá iniciar otro con lo que la carga máxima proyectada de trabajo para un PAVE en esta etapa es de 3 subgrupos.

**Tercera etapa de PAVES.** (Aproximadamente de Enero a Julio de 1999), en esta etapa con base a su experiencia previa acumulada, los PAVES y sus subgrupos seleccionarían a la siguiente generación de promotores o PAVES secundarios, y se pretende que reproduzcan el proceso formativo que ellos vivieron. De tal manera que a partir de este momento, si están dadas las condiciones se desencadene el proceso de multiplicación del modelo.

Observaciones : Lo anteriormente planteado depende de la existencia de un conjunto de situaciones y voluntades para realizarse y se han proyectado al

interior de un escenario académico propio de la enseñanza media básica, sin embargo no descartamos la posibilidad de existencia de otros procesos en los cuales los PAVES o sus contactos que no hayan agotado su interés por la temática de la salud reproductiva, puedan reproducirla o transmitirla en otros ambientes menos formales determinados por sus mismos espacios de actuación extraescolar.

De acuerdo con la comparación de poblaciones nuestro estudio será descriptivo, es decir que contará con una sola población (al menos inicialmente), la cual se pretenderá describir en función de un grupo de variables, principalmente las contenidas en el desglose del proceso enseñanza - aprendizaje descrito a través de nuestras variables, sin establecer comparaciones ni formular hipótesis centrales.

De acuerdo con la intervención como investigadores en el fenómeno que estudiaremos nuestro trabajo será cuasiexperimental, esto es modificaremos intencionalmente variables del fenómeno estudiado incluyendo las consideradas como causa, dentro de la relación causa - efecto.

Más aún, nuestro estudio contará con características propias de la investigación - acción, en la cual se requiere la participación consciente y organizada de los miembros de la comunidad, pretendiendo desencadenar condiciones que propicien el surgimiento de procesos autogestivos que le den permanencia en el tiempo a los efectos buscados con la implantación del proyecto.

## **CONTENIDO TEMÁTICO DE LOS CICLOS DE TRABAJO INTENSIVO.**

En esta sección exponemos la propuesta inicial del grupo de médicos asesores externos, consideramos que contiene los elementos esenciales para la formación de los PAVES. Sin embargo estos temas pueden tener variaciones, producto de las etapas de consulta con los estudiantes previas a la etapa de trabajo intensivo.

### **CICLO UNO DE CULTURA DE LA SEXUALIDAD.**

Contenido Temático:

- ¿Que es la sexualidad? .
- Fisiología elemental de la sexualidad.
- ¿Que le está pasando a mi cuerpo?.
- Códigos de valores actuales entre los adolescentes.
- Efectos de los códigos de valores de los adolescentes en su vida concreta.
- Miedos y Sexualidad.
- Culpa y Sexualidad.
- Religión y Sexualidad.

- Ignorancia y Sexualidad.

## **CICLO DOS DE CULTURA DE LA SEXUALIDAD.**

Contenido Temático:

- Funciones de la Sexualidad.
- Sexualidad y Reproducción.
- Sexualidad, Placer y Estabilidad Emocional.
- Sexualidad y permanencia de los adultos durante el crecimiento y desarrollo humano.

## **CICLO TRES. EMBARAZO Y ADOLESCENTES. I**

Contenido Temático:

- Consecuencias de un embarazo no deseado en la adolescencia.
- El miedo a estar solo.
- La posibilidad de sentirse adulto.
- La posibilidad de reafirmarse como hombres o mujeres.

## **CICLO CUATRO. EMBARAZO Y ADOLESCENTES. II**

Contenido Temático

- ¿Puedo ser padre?. “¿Yo papá?”.
- Madres adolescentes, sesión de hijos en adopción y daño psíquico.
- Anticoncepción.

## **CICLO CINCO. ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL.I**

Contenido Temático:

- Identificación de las ETS más comunes, reconociendo sus síntomas.
- Adolescentes que aprenden a realizarse un autoexamen genital.
- Historia Natural de:
  - Sífilis, Herpes, Gonorrea, Condiloma, Vaginitis Monilial.

## **CICLO SEIS. ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL.II**

Contenido Temático:

- Historia Natural de:
  - Chlamydia, Tricomoniasis, Hepatitis Tipo B, Pediculosis. VIH y SIDA.
- Jóvenes que previenen las ETS mediante la práctica de conductas de higiene básicas.
- Sexo Seguro.

## **CICLO SIETE. CULTURA DE LA SEXUALIDAD. III.**

Contenido Temático:

- Autoestima.
- Aborto.
- Violación.

- Roles Sexuales. (Machismo y Virginidad, Heterosexualidad y Bisexualidad)

## **CICLO OCHO. CULTURA DE LA SEXUALIDAD. IV.**

Contenido Temático:

- Expectativas Futuras.
- Inventario de Posibilidades (Abstención - Ejercicio de la Sexualidad Responsable).
- Controlar y decidir tu vida.

### **POBLACION O UNIVERSO DE TRABAJO.**

Para definir o delimitar nuestra población objetivo, necesitamos utilizar dos puntos de abordaje, en uno de ellos definiríamos la población de trabajo directo y en otro definiríamos la población de impacto.

Entenderíamos la población de trabajo directo, como un grupo de estudiantes de secundaria, del cual, se extraerían los posibles PAVES, hacia los que verteríamos los contenidos técnicos, las técnicas y dinámicas de grupo, y la realización de los ciclos de enseñanza aprendizaje, en este sentido, nuestro universo de trabajo de población de trabajo directo, quedaría delimitado a los PAVES y sus primeros contactos.

El definir la población de impacto, requiere de una visión prospectiva del proceso que pretendemos desencadenar y en este sentido, nuestra población objetivo, abarcaría una población mucho mayor, que tal vez comprendiera a la totalidad de los estudiantes de dicha secundaria, así como a sus contactos multilaterales, a nivel de familia, vecinos, compañeros de deportes, etc. Así mismo de tener éxito este modelo, y ser aplicado en otras áreas y poblaciones, tendría una población de impacto difícil de determinar, tanto en su magnitud numérica, como en su trascendencia en el tiempo.

### **CRITERIOS DE SELECCIÓN DE PROMOTORES.**

Más que definir un perfil rígido al cual debe ajustarse un PAVE, en esta sección proponemos una forma en la que pueden ser seleccionados, a partir de considerar los elementos que constituyen el medio ambiente de un estudiante de secundaria, considerados desde el punto de vista de los objetivos de este trabajo y en su caso darle cierto peso para la selección a la opinión de los representantes de cada elemento.

Los elementos que consideramos constituyen el medio ambiente de un estudiante de secundaria son:

1. El subconjunto constituido por los compañeros de estudio, al que llamaremos "los estudiantes".
2. El subconjunto constituido por los representantes del medio académico, que incluyen a las autoridades escolares, los orientadores y los docentes, al que llamaremos "las autoridades escolares".
3. El subconjunto constituido por los médicos asesores técnicos del proyecto, a quien llamaremos "los médicos".
4. El subconjunto constituido por los núcleos familiares o tutores, de los cuales provienen los estudiantes, al cual llamaremos " los padres de familia".
5. El subconjunto que incluye vecinos, elementos y situaciones que determinan características como, clase social y religión, al cual llamaremos "la sociedad".

Desde nuestro punto de abordaje a este medio ambiente, consideramos en nuestro criterio son imprescindibles las opiniones de los tres primeros subconjuntos, es decir: "los estudiantes", "las autoridades escolares" y "los médicos".

Sin embargo las autoridades escolares determinan que se realicen consultas o pláticas con los padres de familia, los médicos estaríamos dispuestos a intervenir en sesiones con ellos, que faciliten el desarrollo de nuestro proyecto.

Para los médicos, los principales criterios de selección son dos:

- 1º El carácter de voluntario del PAVE, teniendo este que armonizar con el segundo criterio que es:
- 2º El hecho de que los estudiantes consideren adecuado al elemento candidato.

Respecto a los criterios que puedan tener las autoridades escolares con respecto a la selección del candidato a PAVE, nosotros estamos dispuestos a respetar su opinión, ya que esta proviene de la experiencia de la convivencia diaria con los estudiantes, sin embargo por ser requisito para la elaboración de un protocolo, nos atrevemos a sugerir un conjunto de reactivos que tal vez pudieran ayudar a orientar dicha selección, mismos que incluso también puedan servir como puntos de reflexión para los estudiantes antes de su decisión.

Conjunto de reactivos propuesto por los médicos, el cual puede ser modificado libremente, tanto por el subconjunto de los estudiantes como de las autoridades escolares. :



## QUEREMOS UN PROMOTOR O PROMOTORA QUE:

- Sea amable.
- Sea responsable.
- Sea honrado.
- Tenga una personalidad de respeto hacia los demás.
- Tenga interés por la salud y el trabajo comunitario.
- Se sienta igual y no superior a los demás.
- No tenga proyectado abandonar o cambiarse de escuela.
- Sea aceptado y respetado por la mayoría.
- Tenga el acuerdo y cooperación de su familia.
- Sea alumno regular.
- Esté ansioso por aprender y abierto a ideas nuevas.
- Sea buen líder y organizador.
- Tenga interés en aprender a construir y manejar materiales didácticos.
- Tenga buenas relaciones con compañeros de todos los grados y tipos de personalidades.
- Sea participativo en las actividades comunitarias.
- Tenga inclinaciones hacia el cuidado de la salud o curar (se prefiere, no es necesario).
- Se interese e identifique las necesidades de los más débiles y los defienda.

Insistimos en decir que el anterior listado de reactivos, es simplemente una sugerencia que puede ayudar a orientar la toma de decisiones y no determina un perfil rígido, en todo caso en la selección se puede decir que deben de coincidir los criterios y voluntades de los diferentes elementos del medio ambiente del estudiante.

## VARIABLES O CATEGORIAS DE ANÁLISIS

Para este estudio tomamos la definición de variable como una cualidad, propiedad o característica de las personas o cosas en estudio, que puede ser enumerada o medida cuantitativamente, y que varía de un sujeto a otro, ejemplificando. Variable serían los elementos, características o atributos que se desea estudiar en el problema planteado.

Dadas las singularidades de nuestro trabajo, entre las cuales destaca el de ser una investigación - acción, con manipulación directa de las variables principales, en el cual el logro de la misma propuesta satisface los requerimientos de la investigación, se puede decir, que es uno de los casos en los que no se está trabajando para la comprobación de una hipótesis, tanto como para la descripción de un proceso inducido.

Por lo que nuestro objeto principal es un proceso de enseñanza aprendizaje y las características que de él más destacan en nuestros campos de interés y que a su vez puedan ser evaluables, son la capacidad de transmitir conocimientos, el desarrollo de nuevas habilidades y las modificaciones de algunas actitudes en y entre los actores del proceso. Por lo que la definición de nuestras variables quedaría de la siguiente manera:

En primera instancia el modelo de educación sexual, corresponde a nuestra variable independiente o principal, e implica al proceso de enseñanza aprendizaje, constituido por:

- TRANSMISION DE CONOCIMIENTOS.
- DESARROLLO DE HABILIDADES.
- CAMBIO DE ACTITUDES.

Que para los efectos o fines de este estudio definimos:

## **TRANSMISIÓN DE CONOCIMIENTOS**

Para los efectos de este estudio definimos “transmisión de conocimientos”, alejándonos del modelo informativo en el cual el maestro tiene un papel preponderante ante el aprendiz y en el que determinada cantidad de conceptos o información pasa en forma vertical y fuera de contexto al aprendiz apoyándose sobre todo en procesos memoristas.

De tal manera que nosotros definimos la transmisión de conocimientos acercándonos más a los modelos de “construcción de conocimiento”, el que los aprendices interactúan entre ellos y con materiales a través de dinámicas en las que tiene un alto valor su participación su experiencia y su creatividad, lográndose así una apropiación del conocimiento mucho más completa.

Luego entonces transmisión de conocimientos es el proceso de interacción entre participantes y materiales que lleva de un menor a un mayor entendimiento de determinado tema.

## **DESARROLLO DE HABILIDADES.**

Para los fines de este trabajo nos alejamos de definir desarrollo de habilidades en el contexto competitivo y nos acercamos al campo en el que nos interesa se creen las condiciones para que exista un ambiente de confianza, armonía y camaradería para que puedan surgir libremente las dudas, inquietudes, temores, anhelos, deseos y se puedan tratar estos tópicos de forma natural y armónica. Suponemos que los espacios escolares no siempre son los idóneos para crear este tipo de atmósfera, por lo que nos interesa el desarrollo de habilidades para crear esos escenarios a través de diversas técnicas y dinámicas de grupos.

Luego entonces entendemos desarrollo de habilidades como la capacidad de facilitar el surgimiento de las condiciones que produzcan escenarios que propicien el libre intercambio de experiencias y la construcción de conocimientos.

## **CAMBIO DE ACTITUD.**

Como punto de referencia tomamos la siguiente definición de actitud.

**ACTITUD.** Es una organización de creencias relativamente perdurables sobre el objeto o situación que nos predispone a responder de una manera preferencial .(2)

Nosotros percibimos que el adolescente se mueve en una gama de actitudes que van desde un polo en el que se encuentran predominantemente sentimientos de culpa, vergüenza, inseguridad, ignorancia, miedo, morbo, etc.; hasta otro polo en el que los sentimientos predominantes son identidad definida, realización, libertad, cariño, seguridad, comprensión, conocimiento.

Lo que nosotros pretendemos es aliviar la tensión que sufre el adolescente que permanece demasiado tiempo dentro de esta gama negativa de sentimientos, disolviendo la ignorancia con conocimientos, y el aislamiento con solidaridad y compañerismo a través de las técnicas que planteamos, sin embargo, todo esto aún no es seguro de que suceda en los casos más difíciles, pero de cualquier forma va a representar un cambio de actitud.

Entonces para nosotros, cambio de actitud es que el adolescente se mueva dentro de la escala de sentimientos descrita en cualquier magnitud hacia una mayor realización.

Esta variable central se concreta en tres grandes grupos de información a transmitir por medio del "modelo desarrollado". Dichos grupos a su vez corresponden a nuestras variables dependientes que están contenidas dentro de la educación sexual y son Enfermedades de Transmisión Sexual, Embarazo y Cultura de la Sexualidad.

## **FUENTES DE INFORMACION.**

VER ANEXO 1. BIBLIOGRAFIA.

VER ANEXO 2. INDICE DE GRUPOS QUE PRACTICAN ACCIONES SOBRE EDUCACION SEXUAL EN EL AREA METROPOLITANA DEL D.F.

## **INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE INFORMACION.**

Pretendemos tener una batería de instrumentos de captación de datos versátil, desde los más evidentes, como sería la construcción de conjuntos de evaluación de conocimientos previos y posteriores al proceso de trabajo intensivo, así como los reactivos específicos por cada ciclo de enseñanza aprendizaje, hasta los complementarios, ya sea con puntajes definidos o abiertos, tales como, la entrevista dirigida o abierta, a los principales actores directos del proceso, por ejemplo: PAVES en cierta situación de liderazgo, o su contraparte, adolescentes con tendencia al aislamiento.

Por otro lado pretendemos obtener información de algunos actores indirectos del proceso, como podrían ser autoridades y trabajadores, tanto de la docencia como de los servicios de salud, así como líderes comunitarios representantes de tendencias religiosas o políticas, que pudieran tener injerencia en la situación actual y los posibles cambios o bloqueos del proceso que pretendemos desencadenar.

También será uno de nuestros instrumentos de captación de datos la observación directa, sobre todo en situaciones de contexto y consenso.

Ver Anexo 3 para más detalles.

## **PLAN DE EVALUACION CUALITATIVA DE LOS EFECTOS E IMPACTO DEL PROYECTO.**

Principios de la evaluación.

El proceso de evaluación se basa en ciertos criterios generales que lo orientan y sirven como norma para apreciar la efectividad de los procedimientos utilizados.

Estos principios son:

- La evaluación como proceso integral, debe estar articulada metodológica y operativamente al proceso de capacitación, en sus diferentes etapas, momentos, componentes; para poder retroalimentarlo y contribuir al logro de los objetivos planteados.
- Como proceso sistemático, utiliza medios científicos de conocimiento para responder a criterios y objetivos que previamente fueron determinados en el marco general del programa de capacitación,.
- Como proceso permanente debe estar presente desde la planeación hasta el seguimiento del evento y retroalimentarlo en forma continua.
- Como proceso participativo, debe permitir el actuar consciente de los capacitándolos en las acciones evaluativas y promover la autoevaluación de todos involucrados.
- Como proceso funcional, debe ofrecer respuestas oportunas a las necesidades concretas del proceso capacitador.
- Las acciones evaluativas como procesos didácticos, contribuyen a incrementar la capacidad crítica de los participantes sobre el trabajo y acciones que desarrollan, les apoya para que su acción sea más sistemática.

La evaluación debe entenderse como un medio que ayuda al alcance de los fines del programa de capacitación; su objetivo deberá estar encaminado a obtener información que permita ofrecer elementos para la toma de decisiones y medidas que orienten y retroalimenten al proceso recapacitador. Es decir la evaluación es un medio y no un fin en si mismo.(3)

## **RECURSOS HUMANOS.**

Los recursos con los que contamos son los cuatro Médicos Pasantes En Servicio Social de la Promoción Agosto del 97, cuatro trabajadoras sociales, directores de los centros de salud comunitario Miguel Hidalgo, San José, San Juan Ixtayopan y Zapotitla, además se cuenta con el apoyo de las autoridades de la Jurisdicción Sanitaria Tláhuac y de la Universidad Autónoma Metropolitana, así como la Asesoría del Dr. Enrique Omaña Mendoza, y está a punto de integrarse como asesora de nuestro proyecto, la Maestra en Psicología Patricia Piñones, coordinadora general del proyecto SexUnam.

## **RECURSOS MATERIALES.**

Se cuenta con cuatro computadoras compatibles, con procesador 486 o superior, con la paquetería De Microsoft Office, en versiones compatibles, así mismo requeriremos de aproximadamente 5,000 hojas para la formación de materiales, plumines, cartulinas, pegamento, cinta adhesiva, etc.

Se reproducirá el paquete de imágenes que utiliza la OMS y el de la secretaría de salud sobre los temas de educación sexual, sexualidad, embarazo y ETS.

También se gestionará con las autoridades de la Jurisdicción Sanitaria y de la Universidad Autónoma Metropolitana acerca de la posibilidad de subsidiar :

- Hojas
- Fotocopias
- Cartulinas.
- Plumones.
- Lápices de colores.
- Marcadores

Se negociarán los espacios para la realización de las sesiones, así como el préstamo de proyectores de acetatos, dispositivos, videocasetera y televisión, extensiones y energía eléctrica.

## **RECURSOS ECONOMICOS.**

Para la realización de este proyecto se calcula una inversión de aproximadamente \$ 10,000.00., entre gastos de impresiones del documento y , transporte de los miembros del equipo, fotocopiado de materiales, papel, engargolados, luz eléctrica, etc.

## **ASPECTOS ETICOS.**

La información de la cual se pretende se apropien los adolescentes, que entren en contacto con este proyecto, no tiene caracteres coercitivos y tiene la flexibilidad suficiente para respetar los núcleos ideológicos de cada quién. Incluidos los de estructura social y religioso.

De tal manera, pretendemos que ante el adolescente, se despliegue una colección de posibilidades dentro de las cuales él pueda decidir su propia actuación, llegando a ella a través de un proceso consciente de racionalización y toma de decisiones; las cuales pueden ir desde la abstención, hasta el ejercicio de su sexualidad, de manera responsable.

## **ANEXO 1.**

### **BIBLIOGRAFIA.**

1. SOLA MENDOZA, JUAN. "INTRODUCCION A LAS CIENCIAS DE LA SALUD. LA REALIAD MEXICANA." Editorial Trillas, México 1980. P.p
2. Secretaría de Salud," Análisis situacional sobre la salud de la mujer en México, por entidades federativas", México, 1994 P.p .
3. Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE),"Jóvenes y Sexualidad en Cifras", México, Apuntes Viena No 160 Esquina Centenario, Coyoacán; D.F.

## **ANEXO 2.**

### **INDICE DE GRUPOS QUE PRACTICAN ACCIONES SOBRE EDUCACION SEXUAL EN EL AREA METROPOLITANA DEL D.F.**

#### **INSTITUTO MEXICANO DE PERINATOLOGIA.**

Dra. Dafna Feljoz . 520-9900 ext. 120  
Temática: "Embarazo del adolescente".

---

#### **TELSIDA.**

207-4077  
Temática:" Información sobre S.I.D.A.

---

#### **SEXUNAM.**

Dra. Patricia Piñones. Vista hermosa esquina con Bélgica, Col. Portales. Tel. 6749417  
Temática: "Formación de Promotores Adolescentes A Nivel Bachillerato"

---

#### **IMIFAP**

(Instituto Mexicano De Investigación De Familia Y Población)  
611-5896  
598-5673  
615-0995

Málaga Norte No.25 Col. Insurgentes Mixcoac.  
Temática: " Producción de Libros y Talleres"  
(- Planeando Tu Vida, Editorial. Planeta-)  
(- Yo Adolescente, Editorial. Planeta-)

---

CIESEX.  
(Centro De Investigación Y Estudios Sobre La Sexualidad.).  
395-8750  
Ejercito Nacional No. 886. Polanco, Casi Esquina. Con Sócrates.  
Edgar González.  
Josefina Franzoni.  
Raquel Slosa.

---

UAM XOCHIMILCO.  
Departamento De Atención A La Salud.

Dra. Dora Cardachi.  
Dra. Deyanira González.

---

ADIVAC  
(Asociación Para El Desarrollo Integral De Víctimas De La Violencia; A.C.).  
277-5592

---

COVAC  
(Asociación Mexicana Contra La Violencia Familiar)  
538-9801  
519-3145

Mitla 145 Colonia Narvarte.

---

Instituto Mexicano De Sexología.  
564-2850  
Tepic No.86 Colonia Roma; D.F.  
Temática: Cursos, Materiales Y Diplomado En Sexología.

---

CORIAM  
(Colectivo de Hombres Por Relaciones Igualitarias.  
Dr. Francisco Cervantes  
604-1178  
Temática: "Formación de Promotores Adolescentes A Nivel Bachillerato"

---

GIRE  
Grupo de Información en Reproducción Elegida  
Area de Capacitación : Gabriela Infante  
Directora : Marta Lamas.  
Viena 160 Esquina Centenario, Coyoacán ; D.F.  
Tel. 658-6634

---

MEXFAM  
Asociación Mexicana de Planeación Familiar.  
Calle Juárez No 208. Col Tlalpan.  
573-70-70.



CORA  
Centro de Orientación para Adolescentes  
Tenayuca No. 29. Col. Vértiz Narvarte  
CP 0320 DF.

605-4370

605-8841

---

## ANEXO 3.

### MATERIALES DE CAPTACION DE INFORMACION.

#### CUESTONARIO DE EVALUACION DE CONOCIMIENTOS, HABILIDADES Y ACTITUDES.

	TA	DA	IN	D	TD
1. ¿Es verdad que aproximadamente el 95 % de las madres adolescentes dan a sus hijos en adopción?					
2. ¿Es verdad que si una adolescente se embaraza, se va a sentir más tranquila y mejor consigo misma?					
3. ¿Es verdad que la única forma de mostrar que uno es muy hombre, es teniendo un hijo?					
4. ¿Es verdad que para conseguir el amor de un hombre es necesario tener un hijo con él?					
5. ¿Es verdad que todas las mujeres que abortan se deprimen?					
6. ¿Es verdad que a las adolescentes que abortan ya no las quiere el hombre?					
7. ¿Es verdad que los hombres están en contra el aborto?					
8. ¿Es verdad que si una adolescente decide embarazarse no necesita consultar con su pareja?					
9.- La abstinencia es el único método anticonceptivo 100% efectivo?					
10.- Cuando una mujer se aplica limón en la vagina, no hay posibilidad de embarazo.					
11.- El método del ritmo es el más eficaz para los jóvenes.					
12.- Cuando una mujer se toma una píldora anticonceptiva después del coito, se previene el embarazo.					
13.- Un condón se puede usar más de una vez					
14.- Está prohibido venderle anticonceptivos a los adolescentes.					
15.- Si un hombre saca el pene de la mujer antes de eyacular (venirse), no se provoca el embarazo					
16.- La mujer no debe ayudar a colocar el condón.					
17.- La ducha vaginal, después de las relaciones sexuales, no previene el embarazo.					
18.-¿Es verdad que las muchachas y los muchachos pueden tener alguna enfermedad de transmisión sexual, sin tener alguna molestia?					
19.-¿Es cierto que todas la enfermedades de transmisión sexual se pueden contraer varias veces, después de que ya se está curado?					
20.-¿Es verdad que el SIDA es una enfermedad de transmisión sexual?					
21.- El SIDA solo afecta a los homosexuales (maricones) ?					
22.- Solo las prostitutas pueden contagiar una enfermedad de transmisión sexual					
23.- Las enfermedades de transmisión sexual solo se pueden prevenir utilizando condón.					
24.- Si tengo relaciones sexuales con muchas personas (parejas sexuales), aumenta el riesgo contagiarme de una enfermedad de transmisión sexual.					

- 25.- Convivir con una persona enferma de SIDA, puede contagiarme
- 26.- Utilizar baños públicos o albercas, aumenta el riesgo de contraer algunas enfermedades de transmisión sexual.
- 27.- ¿ Es verdad que existe cura para el SIDA?.
- 28.- ¿ Es verdad que cuando sea adulto voy a tener los mismos valores que en la adolescencia?
- 29.- ¿ Es verdad que debo tener los mismos valores que mis padres?
- 30.- ¿ Es verdad que nuestra conducta sería un desastre si tuviéramos valores?
- 31.- ¿ Es verdad que la gente liberada no tiene valores?
- 32.- Las personas pasivas son mejor aceptadas.
- 33.- Puedo manipular a otros para que hagan lo que yo quiero
- 34.- Los hombres usan las mismas estrategias de manejo del afecto que las mujeres.
- 35.- La mejor forma de arreglar los problemas es con la violencia
- 36.- Se puede platicar en pareja y buscar soluciones a los problemas juntos
- 37.- ¿ La mujer debe trabajar?
- 38.- ¿ Es verdad que la mujer debe de obedecer a su hombre en todo momento?
- 39.- ¿ Si reviso un trabajo de un amigo y está mal hecho es mejor decirselo?
- 40.- ¿ Es verdad que si alguien se quiere mucho se vuelve egoísta ?
- 41.- ¿ Es verdad que a los hombres inseguros, nadie los quiere ?
- 42.-¿ Es verdad que para sentirse seguro de uno mismo es necesario ser atractivo físicamente?


## **CARTA DE AUTORIZACION PARA PARTICIPAR EN EL PROYECTO EDUCACION SEXUAL CON JOVENES ADOLESCENTES, SAN JUAN IXTAYOPAN TLAHUAC 1998.**

### **Señores Padres de Familia :**

Ante una panorámica social, cultural y económica, en la que los adolescentes de las clases populares de la Ciudad de México encuentran una gran problemática para desarrollarse como seres humanos íntegros, nos propusimos, dentro de nuestras capacidades, contribuir a disminuir el grado de dificultad que enfrentan en el campo de la sexualidad.

De nuestra inquietud surge el diseño de un proyecto con las características de formar jóvenes que puedan transmitir información y construir conocimientos para adoptar responsablemente el ejercicio de la sexualidad.

Pretendemos implantar un modelo de educación sexual que se multiplique a través de la formación de promotores adolescentes en un grupo de alumnos de secundaria, desarrollando en ellos la capacidad de formar a otros promotores adolescentes. Por medio del diseño adecuado de materiales y sesiones de dinámicas de grupo en las que en un ambiente de libertad, privacidad, compañerismo y respeto se den las condiciones para que surja la transmisión de conocimientos, el desarrollo de habilidades y el cambio de actitudes que oriente al ejercicio de su sexualidad.

Un elemento central de nuestra investigación es la participación consiente de los adolescentes ; para que esta fructifique adecuadamente a partir de la observación de cada grupo específico, se diseñaran formas de consulta y detección de sus requerimientos en educación sexual, ya conociendo las necesidades al respecto se diseñan contenido, materiales, y técnicas de las sesiones ; simultáneamente al desarrollo de éste proceso se crean y aplican instrumentos de captación de datos que dan cuenta de la trayectoria del proyecto en su conjunto. Entre estos instrumentos encontramos entrevistas, cuestionarios, evaluaciones, etc.

Aunado a lo anterior, hemos detectado a través de nuestra experiencia directa con pacientes en los consultorios y en entrevistas con personal de los Centros de Salud de nuestra área de trabajo con varios años de laborar en la Jurisdicción Sanitaria Tláhuac, una gran incidencia de embarazos en personas muy jóvenes, situación que arrastra toda una cauda de problemas cuando menos en dos vertientes ; por un lado las jóvenes madres y padres no disponen de una plataforma económica, psicológica, cultural y física lo suficientemente sólida para enfrentar esas responsabilidades, produciéndose situaciones que pueden determinar insuficiencias en el desarrollo nutricional, afectivo e intelectual de los infantes, así mismo el conjunto de problemáticas que recaen sobre los jóvenes padres pueden llevarlos a situaciones de frustración en su realización social, laboral y en general en su persona.

Por otro lado las problemáticas individuales de embarazos en personas muy jóvenes se están dando enmarcadas por la gran crisis de valores familiares, sociales, religiosos y culturales, que existen en todo el mundo, junto con la época de recesión y gran colapso económico. A continuación se enlista el temario propuesto.

## CONTENIDO TEMÁTICO DE LOS CICLOS DE TRABAJO INTENSIVO.

En esta sección exponemos la propuesta inicial del grupo de médicos asesores externos, consideramos que contiene los elementos esenciales para la formación de los PAVES. Sin embargo estos temas pueden tener variaciones, producto de las etapas de consulta con los estudiantes previas a la etapa de trabajo intensivo.

### CICLO UNO DE CULTURA DE LA SEXUALIDAD.

#### Contenido Temático:

- ¿Que es la sexualidad?.
- Fisiología elemental de la sexualidad.
- ¿Que le está pasando a mi cuerpo?.
- Códigos de valores actuales entre los adolescentes.
- Efectos de los códigos de valores de los adolescentes en su vida concreta.
- Miedos y Sexualidad.
- Culpa y Sexualidad.
- Religión y Sexualidad.
- Ignorancia y Sexualidad.

### CICLO DOS DE CULTURA DE LA SEXUALIDAD.

#### Contenido Temático:

- Funciones de la Sexualidad.
- Sexualidad y Reproducción.
- Sexualidad, Placer y Estabilidad Emocional.
- Sexualidad y permanencia de los adultos durante el crecimiento y desarrollo humano.

### CICLO TRES. EMBARAZO Y ADOLESCENTES. I

#### Contenido Temático:

- Consecuencias de un embarazo no deseado en la adolescencia.
- El miedo a estar solo.
- La posibilidad de sentirse adulto.
- La posibilidad de reafirmarse como hombres o mujeres.

### CICLO CUATRO. EMBARAZO Y ADOLESCENTES. II

#### Contenido Temático

- ¿Puedo ser padre?. "¿Yo papá?".
- Madres adolescentes, sesión de hijos en adopción y daño psíquico.
- Anticoncepción.

### CICLO CINCO. ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL.I

#### Contenido Temático:

- Identificación de las ETS más comunes, reconociendo sus síntomas.
- Adolescentes que aprenden a realizarse un autoexamen genital.
- Historia Natural de:
  - Sífilis, Herpes, Gonorrea, Condiloma, Vaginitis Monilial.

### CICLO SEIS. ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL.II

#### Contenido Temático:

- Historia Natural de:
  - Chlamydia, Tricomoniasis, Hepatitis Tipo B, Pediculosis. VIH y SIDA.
- Jóvenes que previenen las ETS mediante la práctica de conductas de higiene básicas.
- Sexo Seguro.

CICLO SIETE. CULTURA DE LA SEXUALIDAD. III.

Contenido Temático:

- Autoestima.
- Aborto.
- Violación.
- Roles Sexuales. (Machismo y Virgindad, Heterosexualidad y Bisexualidad)

CICLO OCHO. CULTURA DE LA SEXUALIDAD. IV.

Contenido Temático:

- Expectativas Futuras.
- Inventario de Posibilidades (Abstención - Ejercicio de la Sexualidad Responsable).
- Controlar y decidir tu vida.

Cada ciclo se verá en un día de trabajo, es decir que se verán dos ciclos por semana. Cada una de las sesiones de trabajo tendrán una duración aproximada de 90 minutos, (una hora y media) y se efectuarán dentro del horario de clases, se calcula su inicio a las 10 :00 AM. los días martes y jueves. Se calcula un período de trabajo de aproximadamente dos meses.

El inicio del curso dependerá de la cooperación ustedes, los padres, es decir en cuanto recabemos todas las autorizaciones de los jóvenes para que participen con nosotros, dará inicio nuestro proyecto.

Por su atención mil gracias y reciban un cordial saludo.

Atentamente.

Médicos Pasantes En Servicio Social y

Personal de Trabajo Social.

Centro de Salud Comunitaria TII San Juan Ixtayopan.

Abril de 1998.

\_\_\_\_\_

NOMBRE DEL PADRE O TUTOR QUE AUTORIZA :

\_\_\_\_\_

FIRMA

\_\_\_\_\_

FECHA

\_\_\_\_\_

NOMBRE DEL ALUMNO :

\_\_\_\_\_

## CICLO UNO DE CULTURA DE LA SEXUALIDAD

### ¿QUE ES LA SEXUALIDAD?

Cuando se preguntaba a William Masters, el más prestigiado sexólogo de la fisiología de la sexualidad en Estados Unidos; ¿qué es el sexo?, ¿qué es la sexualidad?, respondía: "Es un misterio".

Quisimos empezar con este ejemplo el abordaje de este tema con la intención de que el adolescente se sienta cómodo consigo mismo y con los demás sea cual sea el grado de conocimientos, información o experiencias que al respecto tenga en el momento de iniciar el conjunto de sesiones que lo conducirán a formarse como promotor adolescente en educación sexual.

Si observamos que uno de los hombres que más ha estudiado la respuesta sexual humana, reconoce que la siguiente considerando un misterio, esto nos puede llevar a diversas reflexiones, entre estar a visualizar que es un tema que siempre tendrá más de una forma de interpretarse, de tal manera que desde un principio invitamos al adolescente a abandonar actitudes pasivas y de aprendizaje de memoria de la información, propias de las tensiones en las que el aprendizaje tiene entre sus fines más importantes el aprobar evaluaciones para acumular créditos académicos; instalándose ahora en dinámicas participativas donde en un ambiente de compañerismo acceda a participar en un proceso conjunto de construcción de conocimiento, a partir tanto de los elementos presentados en las sesiones como de su propia experiencias y la de los demás participantes, de tal manera que en lo futuro el también se convierta en un facilitador de procesos de construcción de conocimiento, a partir de poner a disposición de los demás los elementos o materiales de un tema y crear las condiciones que propicien la participación y el intercambio de ideas, experiencias, propuestas, para la construcción de conceptos, o más propiamente dicho para llegar a la propia construcción de conocimientos.

De esta manera simplemente proponemos para respondernos ¿qué es la sexualidad?. En nuestro enfoque, sexualidad humana es un término que engloba un conjunto de funciones integradas en los diversos niveles de lo humano, tanto en lo biológico y lo psíquico como en lo social.

Entre las más evidentes funciones encontramos las de reproducción de los individuos y por ende de la especie en su conjunto, también la de brindar estabilidad emocional tanto a los individuos como a los grupos, a proporcionar el surgimiento de lazos de relación a largo plazo entre los adultos encargados de cuidar el prolongado proceso de crecimiento y desarrollo del cachorro humano, el mas prolongado de cuantas especies conocemos.

Aquí en la sesión inducimos un ejercicio para ver que otras funciones encuentran los participantes agrupadas bajo el término sexualidad y/o que variables o detalles encuentran en las ya mencionadas, y posteriormente se hace el ejercicio de ensayar en los subgrupos sus propias definiciones de sexualidad, surgidas del proceso grupal durante esta parte del ciclo uno. Materiales: tarjetas con las funciones sugeridas, para ser enriquecidas por los subgrupos.

## **FISIOLOGIA ELEMENTAL DE LA SEXUALIDAD EN LA ADOLESCENCIA**

En esta sección no proponemos brindar a los participantes los elementos para que en forma clara puedan dar respuesta a las interrogantes que se agrupan en la pregunta ¿qué le está pasando a mi cuerpo? para esto nos apoyamos en dos tipos de materiales con los que proponemos una estrategia. El primer material da información básica sobre el paso de niña a mujer y de niño a hombre, de los materiales analizados decidimos apoyarnos en el de Pick, en "Yo Adolescente" el cual si bien no está organizado en forma de sesión, si no expositiva, contiene los elementos que consideramos necesarios para desencadenar los procesos que en los participantes permitan "llenar" vacíos de conocimiento formal sobre el tema, manejados de tal manera que logren por un lado proporcionar los insumos mínimos que homogenicen al grupo para transitar productivamente por la primera parte del ciclo dos de esta serie de eventos formativos en los que se retomará el tema de funciones y alternativas de ejercicio de la sexualidad y por otro lado puedan disminuir los grados de incertidumbre que padecen los adolescentes ante los cambios de su estructura física, en especial los que carecen de información adecuada.

Además para los que por iniciativa propia decidan profundizar con mayor grado de detalle en los procesos fisiológicos de los adolescentes proponemos (y anexamos) el que les sea proporcionada una copia del trabajo del Dr. Jordan W. Finkelstein "endocrinología de la adolescencia", el cual creemos puede satisfacer la mayoría de los cuestionamientos de índole formal que al respecto puedan hacerse los participantes en estos trabajos.

La estrategia propuesta es flexible y depende de el tiempo disponible o acordado para el manejo del tema, por lo que en el caso del primer material, que presentamos en seguida puede tener tres variables:

Con mucho tiempo para realizarse (más de 4 horas) se pueden hacer dinámicas que incluyan lectura colectiva con reflexiones para enlistar dudas o comentarios por cada subgrupo para ser expuestas y sintetizadas en plenaria con tiempo medio (entre 2 y 4 horas) se realizarían síntesis previas del material y se generarían dinámicas en torno a tarjetas con las ilustraciones que acompañan los textos.



Con poco tiempo (menos de 2 horas) se haría una entrega previa de materiales con tiempo aproximado de 1 semana para lectura y reflexionan en casa de tal manera que se realicen las dinámicas de reflexión, dudas y construcción del conocimiento en base a el trabajo previo.

Respecto al material de Finkelstein siempre sería para proporcionarlo a quien lo solicite con espacios breves en posteriores reuniones para solucionar o aclarar algún detalle técnico.

## **EL HOMBRE: DE NIÑO A ADOLESCENTE (1)**

### **¿Cuáles so los principales cambios entre la niñez y la adolescencia?**

Los cambios más importantes en el paso de la niñez a la adolescencia se manifiestan de manera física, social y psicológica.

**Cambios sociales:** Se expresa un cuestionamiento del medio familiar, escolar y social. Al mismo tiempo, hay un mayor acercamiento e identificación con grupos de la misma edad y el mismo sexo.

**Cambios Psicológicos:** Surge una inquietud por conocer más sobre sexualidad. Se despierta un interés por el sexo opuesto. El carácter termina de formarse. Se adquiere una manera de pensar o concebir el mundo. También, se medita acerca de como le gustaría llegar a ser. En este período, se inspiran los proyectos, la vocación y el plan de existencia o de vida. Los valores propios se integran a las experiencias y al estilo de vida. Al llegar a la etapa adulta, cada persona crea por sí misma la historia de su propia vida: decide el curso que seguirá para alcanzar sus objetivos y anhelos, y toma el mando de su destino.

**Cambios físicos:** El desarrollo del cuerpo alcanza su madurez sexual. Para ello, se dan muchos cambios internos y externos y un crecimiento general acelerado. Pero toma más años aprender a adaptarse a la nueva madurez sexual y a ejercer una paternidad responsable.

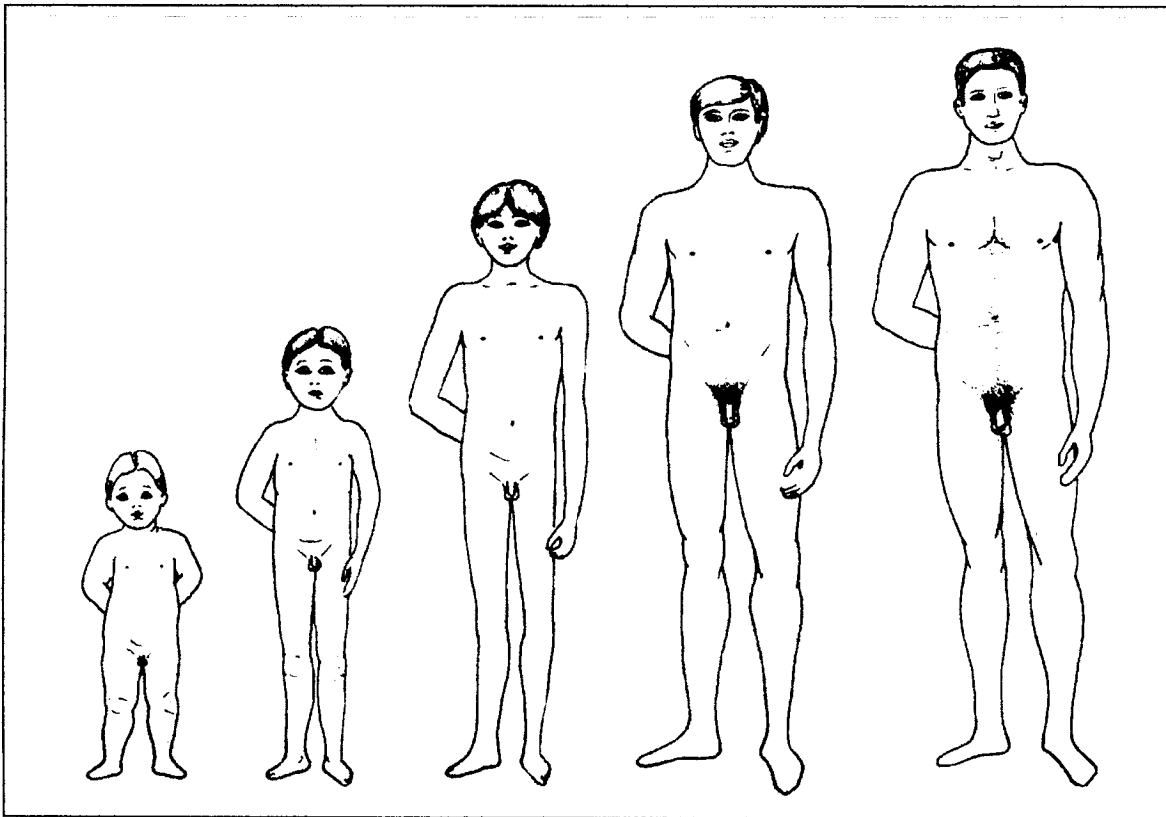
### **¿En qué consiste el aparato reproductor masculino?**

La mayoría de los órganos sexuales del varón se encuentran en la parte exterior del cuerpo. Los órganos que podemos ver son el escroto y el pene. El escroto es una bolsa de piel que contiene y protege a los dos testículos, en los cuales se producen las células llamadas espermatozoides. Los espermatozoides atraviesan un período de maduración, después del cual, se dirigen hacia unas glándulas que se encuentran cercanas a la vejiga, llamadas próstata y vesículas seminales, a través del conducto deferente. Allí se mezclan con otros líquidos formándose el semen. El pene es el órgano externo a través del cual circulan los espermatozoides para salir del cuerpo. Es la parte mas sensible a los estímulos

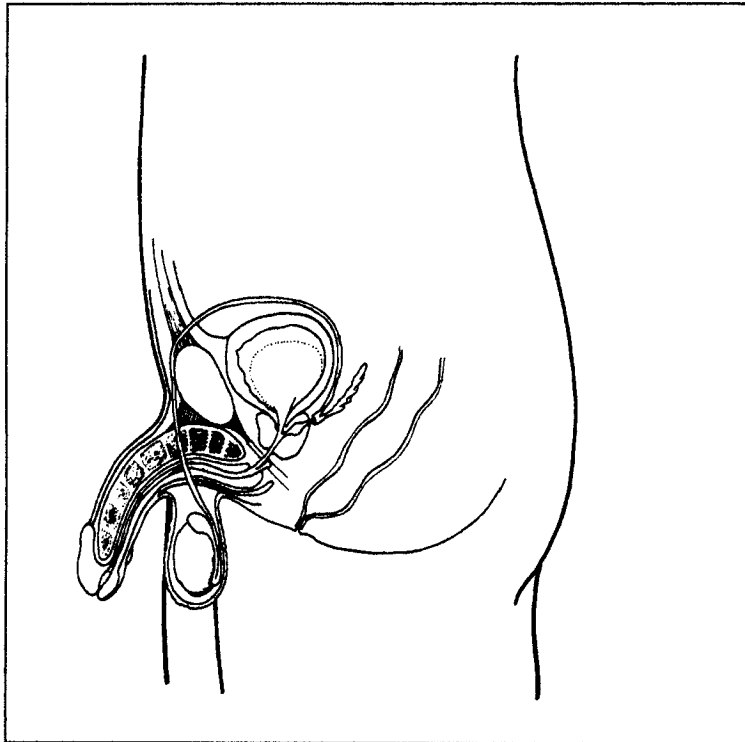
sexuales, especialmente en la punta o glande. Al nacer, la punta del pene está cubierta por una delgada capa de piel que se llama prepucio.

### ¿Cuáles son los primeros indicios de que el niño se está convirtiendo en hombre?

Alrededor de los trece o catorce años los niños comienzan a aumentar de estatura y peso y su voz comienza a cambiar. El escroto es arruga y se vuelve más oscuro; los vasos sanguíneos se notan más en la superficie del pene. Lo más evidente es el vello suave y más bien incoloro que aparece en la base del pene. Todos estos cambios físicos suceden en la etapa llamada pubertad. A lo largo de la adolescencia este vello púbico se va volviendo más oscuro, grueso, espeso y rizado. El vello de las axilas sigue al vello púbico, al igual que la barba, el vello del pecho y del cuerpo, que aparecen mucho más tarde, hacia los 20 años o más.



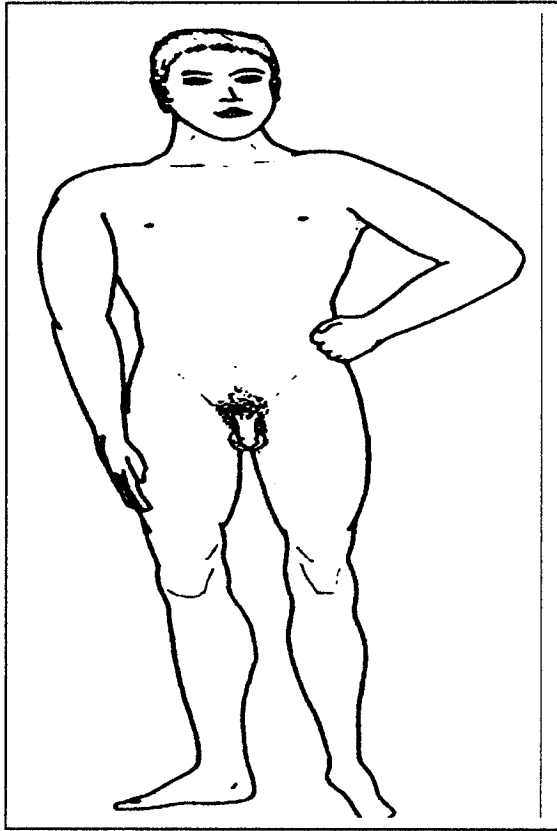
**CRECIMIENTO FISICO DE NIÑO A HOMBRE.**



### **ORGANOS SEXUALES MASCULINOS.**

**¿A qué edad comienza el crecimiento y desarrollo de los órganos sexuales en el hombre?**

El crecimiento del pene comienza lentamente a los 11 ó 12 años. A los 14 años su crecimiento es más rápido. A los 16 años su tamaño es de doble del que tenía en la infancia; su máximo crecimiento se alcanza al final de la adolescencia. En esta etapa también se desarrollan otros órganos sexuales como la próstata, las vesículas seminales y los testículos, que alcanzan su máximo desarrollo alrededor de los 16 años. En esta etapa puede presentarse la eyaculación, de la cual hablaremos más adelante.



### **¿Qué es una erección?**

Una parte del pene está formada por un tejido esponjoso que se puede llenar con sangre. Con la excitación sexual, o cuando se estimula el pene, se incrementa el flujo de sangre hacia él. Esto produce aumento del tamaño, endurecimiento y elevación del pene, fenómeno que se conoce con el nombre de erección. Las erecciones empiezan desde la infancia y durante la pubertad; cuando están madurando los órganos sexuales, ocurren con más frecuencia. La erección no sólo ocurre por causas relacionadas con la excitación sexual: también se puede dar durante el sueño o en las situaciones más inesperadas.

### **¿Que es una eyaculación?**

La eyaculación es la salida de semen del cuerpo. Mediante contracciones musculares, el semen es expulsado a través de un conducto del pene llamado uretra.

Esto puede suceder durante el coito o la masturbación, por caricias recibidas de otras personas y en sueños ("sueños mojados"). No siempre que hay erección hay eyaculación, aunque durante la erección pueden salir algunas gotas de líquido seminal.

### **¿De qué está compuesto el semen?**

El semen contiene espermatozoides producidos por los testículos, secreciones de las vesículas seminales y secreciones de la próstata.

### **¿Cuánto tiempo vive un espermatozoide?**

Dentro de los conductos deferentes, el espermatozoide tiene una vida media de 42 días aproximadamente. Una vez eyaculado y depositado en la vagina, tiene una vida máxima de 72 horas.

### **¿Qué es un "sueño mojado" o "sueño húmedo"?**

Muchas veces en la pubertad, así como en la edad adulta, los varones pueden tener un sueño erótico que lleve a la erección y a la eyaculación. El sueño puede o no recordarse al despertar. El muchacho se puede avergonzar de que su cama esté mojada, pero no debe preocuparse. Es normal tener sueños mojados y no está relacionado con orinarse en la cama accidentalmente. Los sueños mojados son parte normal de desarrollo.

### **¿Por qué tienen los hombres muchos espermatozoides?**

La función de los espermatozoides es la fecundación. Los espermatozoides deben hacer un largo viaje antes de que alguno de ellos pueda llegar al óvulo. Deben atravesar la vagina, el cuello de la matriz (cérvix), el útero y parte de las trompas de Falopio. La probabilidad de que alguno de los espermatozoides fecunde el óvulo es mayor si son muchos los que hacen el intento.

### **¿Qué pasa con los espermatozoides que no son utilizados en una eyaculación?**

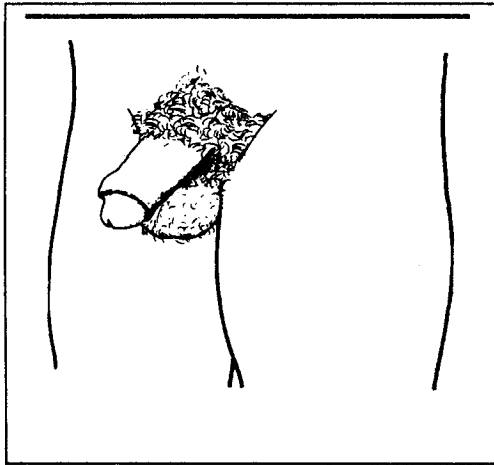
Los espermatozoides que no son eyaculados se degeneran dentro de los testículos, sin ningún problema.

### **¿Por qué algunos muchachos tienen penes más grandes que otros?**

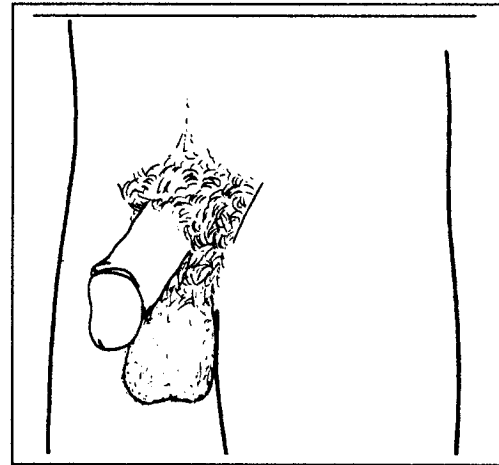
El tamaño del pene, al igual que el tamaño o la forma de otras partes del cuerpo, dependen de factores hereditarios. No tiene ninguna relación con la función o capacidad. El tamaño del pene no debe preocupar al varón, ni a la mujer. Así como hay muchachos altos y bajos, flacos y gordos, hay penes más gruesos o más delgados, más largos o más cortos. El tamaño del pene no se relaciona con el grado de placer sexual, ni para el hombre, ni para la mujer. La vagina se amolda durante el coito el tamaño del pene, cualquiera que este tenga.

## ¿Por qué los testículos suben o bajan?

Los testículos pueden subir o bajar de acuerdo a algunas situaciones como el frío, el miedo o la excitación. Este es un mecanismo normal e interesante que tiene el organismo para regular la temperatura a la que deben permanecer los espermatozoides. Esta temperatura es ligeramente inferior a la del resto del cuerpo.



**ESCROTO CONTRAIDO**



**ESCROTO DISTENDIDO**

## ¿A qué se debe que a veces no bajan los testículos?

La existencia de unos testículos que no han descendido a su posición habitual, condición que es conocida como Criptorquidia, es bastante más frecuente de lo que se cree. Se encuentra en uno de cada 50 muchachos en la edad de la pubertad. El retardo en el descenso puede ser causado por:

- a) Una producción insuficiente de la hormona gonadotrópica (sustancia que tiene efecto estimulante sobre las glándulas sexuales y los testículos)
- b) un defecto de nacimiento:
- c) una alteración física: ya sea porque hay órganos que bloquean el descenso del testículo, o porque éste se baja a un lugar que no le corresponde.

Si los dos testículos permanecen sin descender después de la pubertad, degenerará progresivamente y se desarrollarán algunas características físicas que recuerdan al eunuco (hombre castrado). Generalmente, el tratamiento se hace con hormonas. Cuando el problema es por un defecto físico se realiza una sencilla cirugía.

### **¿Por qué a veces baja sólo un testículo?**

La monorquidia es el defecto de tener solamente un testículo en el escroto. Esta anomalía sólo puede ser confirmada por un médico después de un examen muy minucioso. La monorquidia no es un problema, ya que el testículo bien descendido generalmente produce suficiente cantidad de hormonas y espermatozoides para un funcionamiento sexual normal. En caso de existir otro testículo, que no haya descendido todavía al escroto, debe ser tratado o quitado mediante una cirugía. De cualquier modo, los jóvenes pueden, durante el baño diario o al explorar su cuerpo, darse cuenta si sus dos testículos están en el escroto mediante el tacto. Si no es así, deben acudir al médico.

### **¿Qué consecuencias pueden tener los golpes en el pene o los testículos?**

Además del dolor y de las lesiones que aparecen después de cualquier golpe (morados, inflamación, etc.) no existen consecuencias más severas por las cuales un joven deba preocuparse.

### **¿Qué es la circuncisión?**

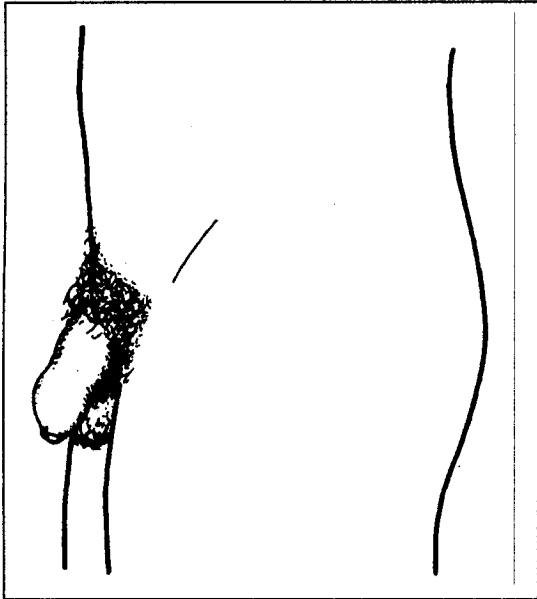
Es un procedimiento quirúrgico mediante el cual se quita una porción del prepucio por razones higiénicas, funcionales o religiosas. Generalmente, se le realiza al recién nacido entre los 2 a 7 días; aunque diferentes grupos culturales la llevan a cabo en distintas edades, a veces inclusive en la adolescencia. Cuando la circuncisión se realiza en la edad adulta, las razones de ello son principalmente: la tradición cultural, la existencia de un prepucio muy largo que no se mueve hacia atrás durante el coito, o el riesgo de infecciones o enfermedades sexualmente transmisibles como, el herpes.

### **¿Cuál es la diferencia entre los varones que no han y que si han tenido la circuncisión?**

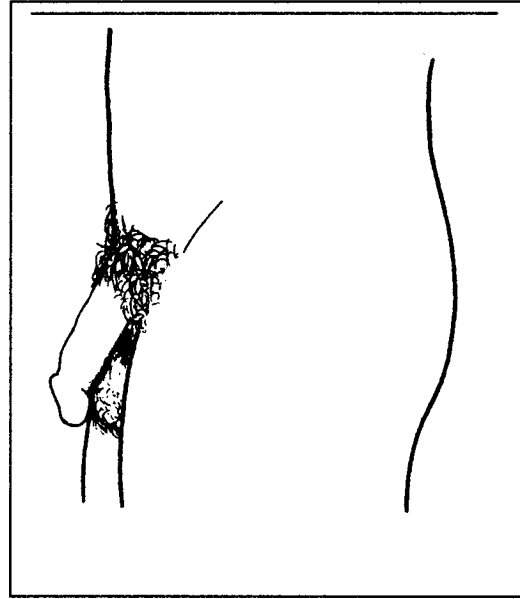
La principal diferencia es que los que no la han tenido deben asear el prepucio con mucho más cuidado. El desempeño sexual y su capacidad para disfrutar del placer sexual es igual para circuncisos e incircuncisos.

### **¿Qué es un varicocele?**

Es una hinchazón de las venas (semejante a las varicelas de las piernas) que van a los testículos. Puede haber dolor intenso, acompañado de la sensación de jalonamiento y apretamiento de los testículos. Los síntomas de varicocele tienden a desaparecer con el reposo cuando la persona se acuesta. Habitualmente, se requiere cirugía para corregir el problema.



**PENE NO CIRCUNCIDADO**



**PENE CIRCUNCIDADO**

## **LA MUJER DE NIÑA ADOLESCENTE (1)**

**¿Cuáles son los principales cambios entre la niñez y la adolescencia en la mujer?**

Al igual que en el hombre, los cambios más importantes en la transición de la niñez y la adolescencia en la mujer se manifiestan en la esfera física, social y psicológica.

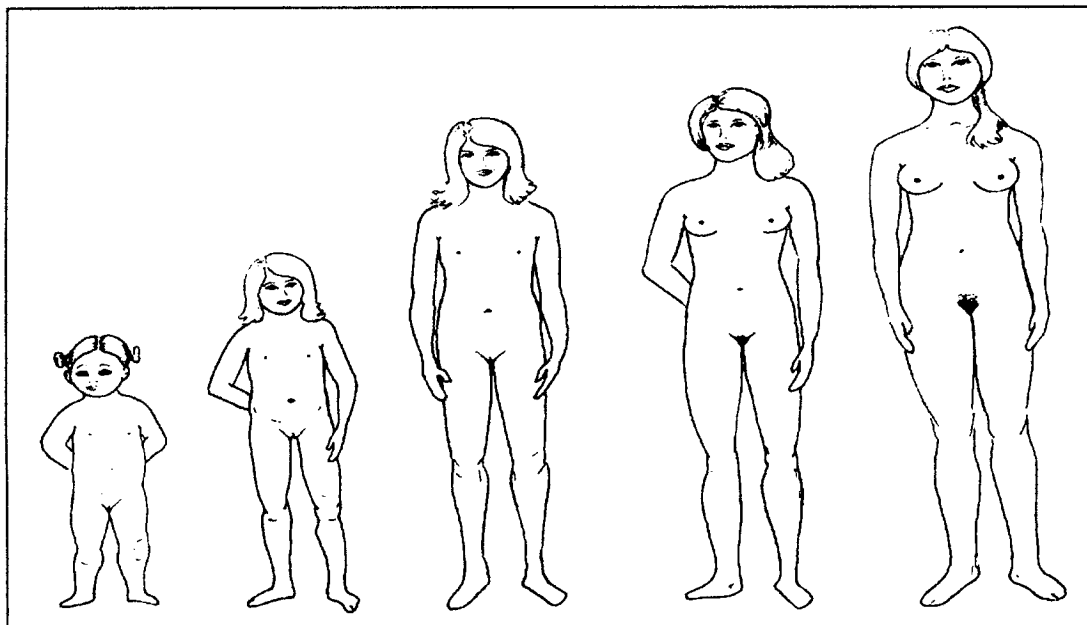
**Cambios Sociales:** Se expresa un cuestionamiento del medio familiar, escolar y social. Al mismo tiempo, hay un mayor acercamiento e identificación con grupos de la misma edad y el mismo sexo.

**Cambios Psicológicos:** Surge una inquietud por conocer más sobre la sexualidad. Se despierta un interés por el sexo opuesto. El carácter termina de formarse. Se adquiere una manera de pensar o concebir el mundo. También, se medita acerca de cómo le gustaría llegar a ser. En este período, se inspira los proyectos, la vocación y el plan de existencia o de vida. Los valores propios se integran a las experiencias y al estilo de vida. Al llegar a la etapa adulta, cada persona crea por sí misma la historia de su propia vida: decide el curso que seguirá para alcanzar sus objetivos y anhelos, y toma el mando de su destino.

**Cambios Físicos:** El desarrollo del cuerpo alcanza su madurez sexual: Para ello, toman lugar muchos cambios internos y externos y un crecimiento



general acelerado. Pero toma más años aprender a adaptarse a la nueva madurez sexual y a ejercer una maternidad responsable.



### **CAMBIOS FISICOS DE NIÑA AMUJER.**

#### **¿En qué consiste el aparato reproductor femenino?**

A la parte que se encuentra entre las piernas se le conoce con el nombre de vulva. Dos pares de dobleces de piel se encuentran bordeando la vulva y se conocen con el nombre de labios mayores o exteriores, y labios menores o inferiores. Observando la vulva desde al parte delantera de cuerpo hacia atrás, se observa que, cubierto en parte por los labios inferiores, se localiza el clítoris, un órgano pequeño del tamaño de una semilla de naranja. Es uno de los órganos que provocan más sensaciones sexualmente placenteras en la mujer y es muy sensible. Los labios, al igual que el clítoris, se agrandan al llenarse de sangre cuando la mujer está excitada sexualmente.

#### **¿Cuáles son los principales cambios físicos por los que pasa la mujer en la pubertad?**

Probablemente, el primer cambio que se nota y que preocupa a las niñas es el desarrollo de sus pechos. El pezón se empieza a oscurecer y el volumen del pecho aumenta. Otros de los cambios que suceden durante la pubertad es que las caderas se empiezan a redondear haciendo que la cintura parezca más reducida. Esto les da la forma que tienen la mayoría de las mujeres en la edad adulta.

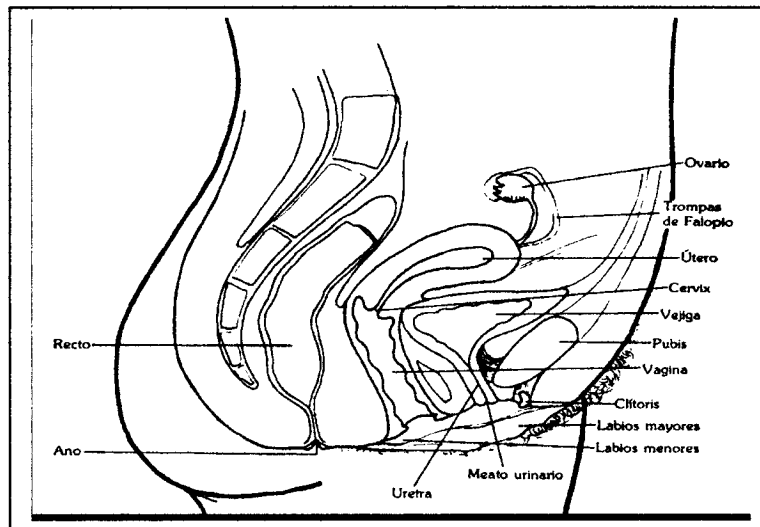
Otros cambios que aparecen en la mujer son los que se dan en los genitales externos, los cuales se localizan entre las piernas. Durante la pubertad comienza a crecer vello liso y fino y ligeramente más oscuro que el del resto del cuerpo.

Abajo del clítoris se encuentra una pequeña abertura, donde desemboca la uretra, la cual lleva orina de la vejiga al exterior del cuerpo. Debajo se localiza la entrada a la vagina o introito que es la abertura más grande conectada con los órganos reproductivos internos. Muchas niñas y adolescentes tienen en el introito una membrana de piel muy delgada que se conoce con el nombre de himen. La mujer adulta rara vez tiene himen o lo tiene incompleto, ya que a través del ejercicio, en exámenes médicos, al usar tampones o al tener la primera relación sexual se puede estirar o romper.

La vagina es un órgano de cualidades especiales. Está hecha de un tejido muy flexible y normalmente sus paredes están plegadas como un globo desinflado. Las paredes internas de la vagina producen una pequeña cantidad de flujo o moco. Este empieza a ser producido en la pubertad, como consecuencia del incremento de sangre que llega a la vagina cuando hay excitación o estimulación sexual. Este líquido lubrica el interior de la vagina. La vagina es también el camino de salida de la sangre del útero durante la menstruación y el lugar en que el hombre introduce su pene y deposita semen durante el coito. Asimismo, se le conoce como el canal del nacimiento, ya que durante el parto el bebé pasa a través de la vagina.

El cervix o cuello uterino se localiza arriba de la vagina, es la parte inferior del útero o la matriz. Una pequeña abertura en el cervix lleva al interior del útero. El útero es un órgano muscular hueco en forma de pera cuyo interior está formado por un revestimiento de tejido blando que tiene muchos vasos sanguíneos. En la menstruación tiene una función especial. Arriba del útero, en ambos lados, se conectan las trompas de Falopio: que son dos tubos que desembocan en los ovarios.

Los ovarios son dos glándulas que tienen forma de almendra; dentro de ellos se encuentran los óvulos. A diferencia de los espermatozoides masculinos que comienzan a producirse en la pubertad, la mujer nace con cerca de 200,000 a 400,000 óvulos dentro de los ovarios. Al igual que los testículos del hombre, los ovarios producen hormonas. Estas hormonas se empiezan a producir en la pubertad y son responsables de los cambios de la mujer durante esta etapa (como el desarrollo de los pechos y el crecimiento del vello púbico).



## ORGANOS INTERNOS FEMENINOS

### ¿Qué es la menstruación?

Cada mes, como consecuencia de la producción de hormonas de una glándula llamada hipófisis, se produce el crecimiento y maduración de un óvulo que sale del ovario hacia las trompas de Falopio, donde puede llevarse a cabo la fecundación durante primeras 12 a 24 horas siguientes. Al mismo tiempo, el revestimiento del útero se prepara para servir de albergue al óvulo fecundado o huevo, llenándose la capa de células y vasos sanguíneos (endometrio), los cuales permitirán al huevo alimentarse y crecer. Si no ocurre la fecundación, este revestimiento comienza a desprenderse produciendo el sangrado que se presenta cada 25 a 28 días y que dura entre 3 y 7 días (menstruación). Este sangrado que viene acompañado de pequeños trozos de tejido, permite que el útero se libere de esta capa de tejido inútil para que se inicie nuevamente el proceso que se conoce como ciclo menstrual o menstruación.

### ¿Por qué algunas mujeres menstrúan antes que otras?

Cada persona se desarrolla a un ritmo diferente, unas antes y otras después, lo cual es totalmente normal. Hay diferencias que se deben, por ejemplo, a la raza, la nutrición, el peso, el clima y a enfermedades, durante la niñez.

### ¿A qué edad es normal que empiece la menstruación?

Entre los 10 y 14 años empieza generalmente la menstruación. Es normal, y no debe causar ninguna preocupación, si empieza entre los 9 y 18 años. Si se presenta antes o después de esa edad, se recomienda consultar a un médico.

### ¿Por qué las mujeres dejan de menstruar después de los 45 años?

La menopausia, es decir, la etapa en la vida de toda mujer en que se deja de menstruar y no puede tener más hijos, es causada por una disminución en la

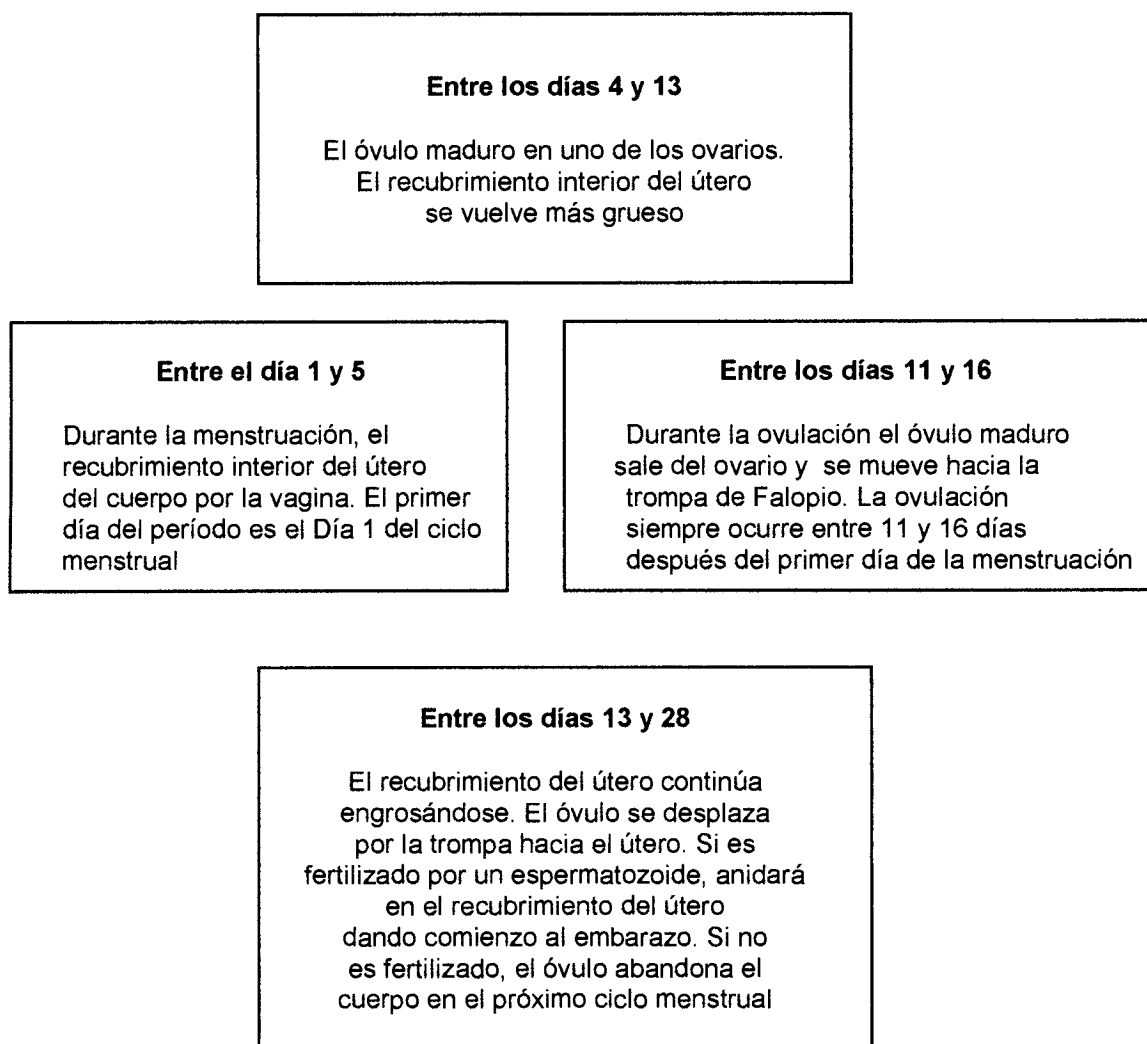
producción de estrógenos (hormona producida por los ovarios), la cual da lugar a la terminación de la ovulación.

### ¿Por qué a veces el sangrado de la menstruación dura muchos días?

Un flujo menstrual excesivo, con una duración mayor a 7 días, puede deberse a enfermedades, problemas hormonales o anomalías de los órganos sexuales. Cuando esto sucede, se recomienda consultar a un médico.

### ¿Qué pasa si se tiene coito durante la menstruación?

No causa ningún daño al hombre ni a la mujer.



Etapas del ciclo menstrual

### ¿Una mujer puede embarazarse si tiene coito durante la menstruación?

Es muy raro pero puede suceder. Es el período del ciclo menstrual en el que existe una menor probabilidad de embarazo. Sin embargo, se han presentado casos de mujeres que tienen varias ovulaciones en un ciclo y que quedan embarazadas aunque estén menstruado.

**¿Se suspende la menstruación si la mujer se baña o si tiene relaciones sexuales?**

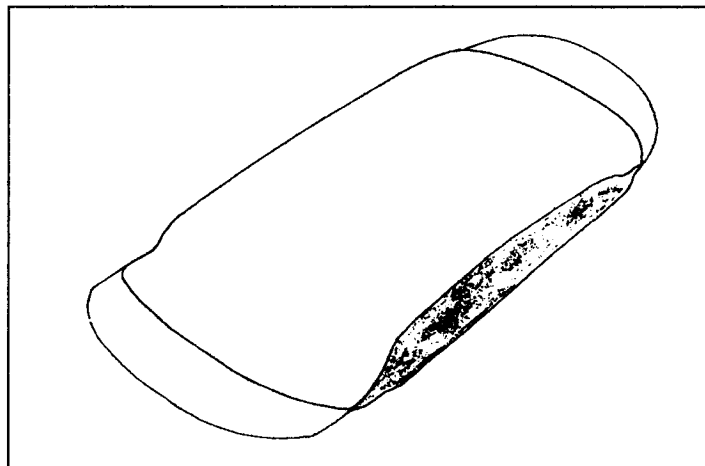
No. El baño refresca, limpia y evita los malos olores que puede causar el sangrado. Se puede, asimismo, tener relaciones sexuales durante la menstruación si que esto afecte a la menstruación o a las relaciones sexuales.

**¿Qué es lo que sucede cuando se tienen relaciones y después no baja la regla?**

Lo primero que una mujer debe sospechar cuando tiene un retraso menstrual, después de haber tenido relaciones sexuales, es que está embarazada. Si mediante los análisis de laboratorio que vienen al caso se descarta esta posibilidad, el retraso puede deberse a múltiples causas, por ejemplo: cambios emocionales, tensión, un viaje, medicamentos, alguna enfermedad como gripa, por ejemplo.

**¿Qué cosas no se deben hacer durante la menstruación?**

Realmente no hay nada que las mujeres deban dejar de hacer durante la menstruación. Pueden bañarse, nadar, hacer ejercicio, tomar cítricos como el limón, la naranja y la toronja así como comer cualquier otro alimento que acostumbra.



**TOALLA HIGIENICA O FEMENINA**

### **¿Qué cosas pueden producir cambios en el ciclo menstrual?**

Los cambios en la menstruación y en el día de la ovulación pueden deberse a múltiples razones como, por ejemplo: estar nerviosa, emocionada o enamorada, ir de viaje o tener un examen o alguna preocupación.

### **¿Cómo debe cuidarse una chica cuando está menstruando?**

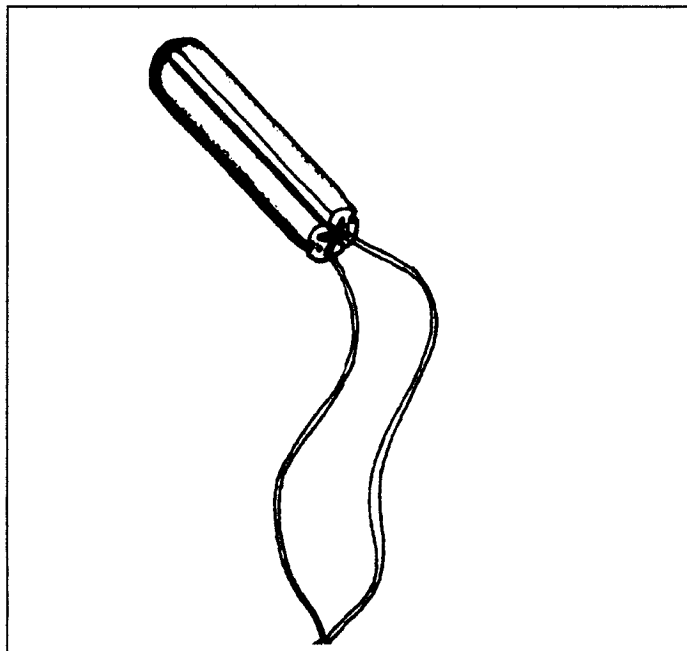
Para no ensuciar la ropa interior, puede usar toallas sanitarias, algodón o tampones. Los tampones y las toallas deben ser cambiados varias veces al día y se consiguen en cualquier farmacia o supermercado. Las toallas sanitarias se usan con una correa especial o traen una tira adhesiva que las sujeta a la pantaleta. Los tampones se insertan en la vagina. Tanto las toallas sanitarias como los tampones, vienen en varios tamaños y tipos. Hay mujeres que prueban varios antes de decidirse por alguno y otras usan a veces tampones y a veces toallas sanitarias; por ejemplo, hay personas que en sus actividades cotidianas usan toallas sanitarias y para nadar o hacer ejercicio usan tampones.

### **¿Se pueden caer los tampones?**

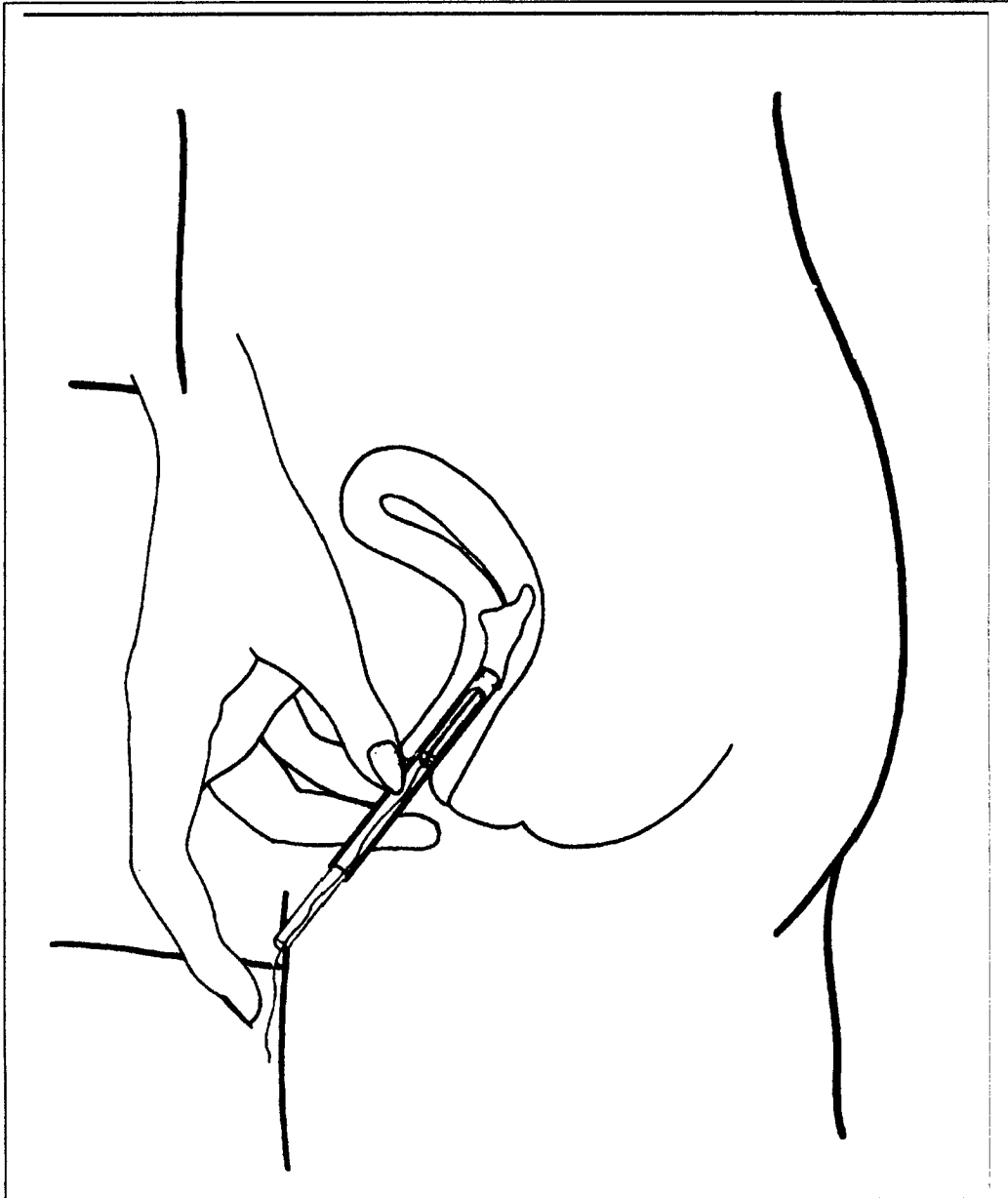
No. Los músculos de la vagina mantienen en su lugar a los tampones.

### **¿Se pueden perder en el cuello los tampones?**

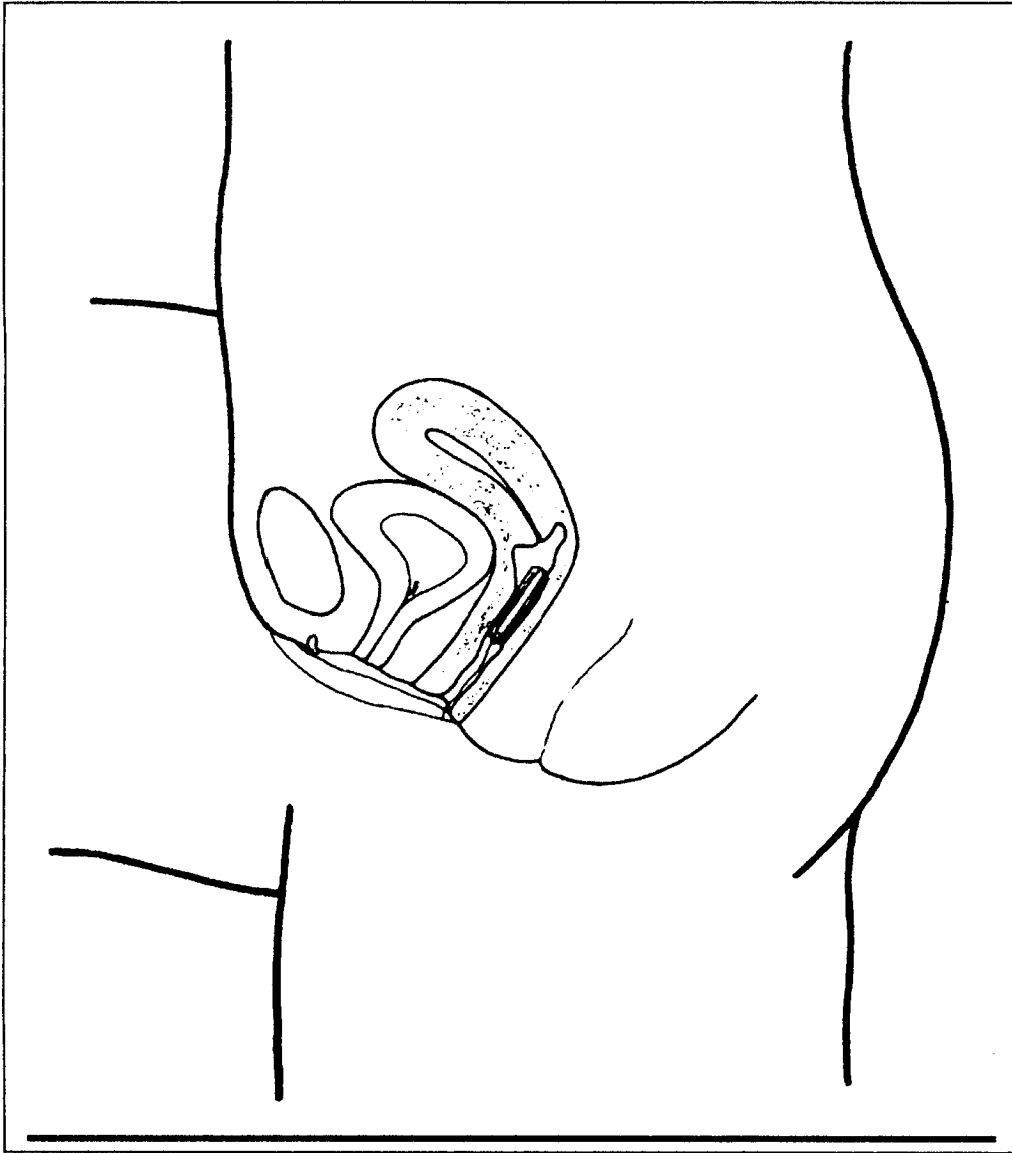
No. El cuello del útero es muy pequeño y no permite la entrada de un tampón.



**TAMPON.**



**COLOCACION DEL TAMPON.**



TAMPON INSERTADO.



## **¿Qué es el síndrome del choque tóxico?**

El síndrome de choque tóxico es una enfermedad muy rara que puede ocurrir entre mujeres que usan tampones mientras están menstruando. Se cree que es causado por una clase de bacteria. Algunos casos han ocurrido también entre hombres, niños y mujeres que no están menstruando. Los síntomas de esta enfermedad incluye fiebre alta y repentina (generalmente más de 39 grados centígrados), vómito, diarrea, una erupción que parece quemadura de sol, mareos y desmayo. Si se presentan estos síntomas se recomienda retirar el tampón y consultar inmediatamente al médico. Para que el uso de los tampones sea más seguro, se recomienda:

- Siempre lavarse las manos antes de colocarse un nuevo tampón.
- Cambiar los tampones cada tres o cuatro horas.
- No usar tampones demasiado absorbentes.
- Usar una toalla sanitaria para la noche.
- Usar toallas sanitarias ligeras cerca del final del período menstrual aunque sea poco el flujo.

## **¿Qué molestias se pueden tener durante la menstruación?**

Generalmente, la joven se siente bien aunque puede tener algún dolor en la parte baja del abdomen o en la espalda, dolores de cabeza, endurecimiento de los pechos o irritabilidad. Si es grave la molestia, se debe consultar a un médico.

## **¿Qué son los cólicos?**

Algunas mujeres padecen unos dolores agudos, como cólicos, los primeros dos días de su menstruación. Son dolores fuertes, sordos, en la parte baja del abdomen. Generalmente, los cólicos son llevaderos y pueden aliviarse con algún medicamento recetado por un médico o con el reposo. Pero, si los cólicos son muy fuertes y regulares se deberá consultar al doctor. Algunas ideas para disminuir el dolor:

- Descansar con una bolsa de agua caliente sobre el abdomen.
- Tomar una aspirina o cualquier otro analgésico prescrito por un médico.
- Hacer ejercicios suaves encaminados a aliviar el dolor. La práctica regular del ejercicio ayuda a evitar los cólicos.
- Comer una dieta balanceada y reposar adecuadamente.

## **¿Qué es el síndrome premenstrual?**

El síndrome premenstrual es un conjunto de cambios que puede sentir la mujer entre 3 y 8 días antes de la menstruación. Entre estos destacan molestias

en los pechos y/o en el abdomen y cambios emocionales (por ejemplo, mayor nerviosismo o sensibilidad emocional).

### **¿Puede evitarse el síndrome premenstrual?**

Si. Los siguientes consejos pueden ayudar a disminuir los síntomas premenstruales:

- Disminuir el consumo de sal en los alimentos.
- No tomar chocolate, té, bebidas de cola, café ni nada que contenga cafeína.
- Relajarse y descansar apropiadamente.
- Hacer ejercicio regularmente.
- Alimentarse bien. En este libro se dan recomendaciones sobre nutrición.

### **¿Qué es la ovulación?**

Al terminar la menstruación, empieza a formar un nuevo revestimiento en el útero, preparándose para recibir a un posible óvulo fecundado. Al mismo tiempo, madura el óvulo en alguno de los ovarios. El óvulo está maduro y preparándose para ser liberado del ovario mientras que el revestimiento del útero se prepara para recibir al óvulo fecundado. Esta liberación se conoce con el nombre de ovulación. Después de la ovulación el óvulo entra en la trompa de Falopio y puede sobrevivir uno o dos días. La ovulación ocurre, en promedio, alrededor de la mitad del ciclo menstrual. Aunque un óvulo sólo puede ser fecundado durante las 48 horas siguientes a la ovulación, el período fértil (tiempo en el que puede ocurrir un embarazo) es alrededor de una semana. Esto se debe a que los espermatozoides pueden vivir de 3 a 5 días una vez que han llegado a las trompas de Falopio. Los espermatozoides pueden estar presentes esperando al óvulo desde antes de que este sea libre. Una mujer puede tener relaciones sexuales sin usar un anticonceptivo el viernes, ovular el domingo y embarazarse el martes siguiente. Otra posibilidad es que tenga relaciones sexuales uno o dos días después de ovular y quede embarazada.

### **¿Puede una joven embarazarse antes de tener su primera menstruación?**

Si. Un óvulo puede ser liberado antes de la primera menstruación. Tener relaciones sexuales (coito) en ese período si puede tener como consecuencia quedar embarazada.

### **¿Por qué algunas adolescentes tienen pena o miedo de acudir a un ginecólogo?.**

Porque es una experiencia nueva exponer ante una persona, generalmente desconocida, sus partes más íntimas. Algunas tienen temor de que sus padres se enteren cuando lo hacen a escondidas. Estos sentimientos son normales y el

ginecólogo los comprende. El médico ginecoobstetra ayudará a la adolescente a que se tranquilice. La ética profesional del ginecólogo le señala que nada de lo que se platica en su consulta será divulgado a otras personas. Muchas adolescentes resuelven estos temores consultando a un especialista de sexo femenino.

### **¿Cuándo se debe consultar a un ginecólogo?**

Toda mujer, adolescente o adulta, debe consultar a un ginecólogo una vez al año. También debe consultarlo antes de empezar a tener relaciones sexuales para que le aconseje sobre anticoncepción, y para hablar de los cambios físicos y psicológicos que ha tenido. Asimismo, debe ir si tiene trastornos en la menstruación, secreciones anormales, si siente bolitas al tacto en el pecho, o si tiene comezón o cualquiera de los síntomas que se mencionan en la sección sobre anticoncepción y enfermedades sexualmente transmisibles.

### **EL CODIGO DE VALORES**

En nuestras pláticas y entrevistas con los integrantes de la asociación "SEX-UNAM" que realizan trabajos de formación de promotores adolescentes en educación sexual a nivel de preparatoria, caímos en la cuenta que en el diseño que hasta ese momento hablamos construido estaba ausente el tomar en cuenta que, por más bien intencionados que fuesen nuestros propósitos enfrentaríamos la tendencia de los adolescentes a formar una especie de cofradía donde no intervienen los que no están en su situación, en su edad, su necesidad de autoafirmación y búsqueda de independencia, los lleva a crear un código propio no sólo en el lenguaje, también en valores, situaciones lógicas para los mayores, pueden crear desconfianza, en ellos, nosotros llenos de tecnicismo bien intencionados, por ejemplo olvidamos a veces tratar el término amor, lo que para ellos significa, y lo que son capaces de hacer en su nombre o para probarlo.

Con la intención de crear un puente entre esas dimensiones, incluidos los códigos de valores se han producido algunos materiales, para ser usado como plataforma de trabajo inicial al respecto proponemos el siguiente:

### **VALORES (2)**

#### **Objetivos**

- Que los adolescentes exploren los valores personales que se manejan en la adolescencia.
- Que los jóvenes comparen los valores que los adolescentes poseen, con los valores de sus familiares, parejas y amigos.
- Que los jóvenes identifiquen y expresen sus valores más relevantes.

- Que los adolescentes conozcan una clasificación general de valores.

### **Premisas y contenido**

Cuando se habla de valores, se hace referencia a lo que debería ser, y no a lo que es. Los valores son guías que orientan la conducta de los seres humanos. Un claro reconocimiento de los valores que poseemos contribuye a tomar decisiones congruentes con lo que creemos, nos ayuda a resistir la presión de otros y a evitar los sentimientos de culpabilidad y frustración al actuar en función de los valores de otros.

Los valores que un individuo posee reflejan los valores dominantes de una sociedad. Están directamente relacionados con necesidades cambiantes de las organizaciones sociales, por lo cual varían históricamente, y tiene expresiones distintas en los diversos contextos y niveles socioeconómicos.

De una manera general, los valores pueden clasificarse con base en tres dimensiones: sistémica, extrínseca e intrínseca (Harman, 1973). La dimensión sistémica se refiere a los valores derivados de las reglas y normas que prevalecen en la sociedad, a conceptos básicos o cardinales, por ejemplo: lo bueno y lo malo, la verdad y la mentira, lo honesto y lo deshonesto, etc. Cuando esta dimensión es la que prevalece sobre las demás, se pueden generar prejuicios y dogmas así como rigidez en el pensamiento y forma de actuar.

La dimensión extrínseca hace referencia al pensamiento práctico. Dentro de esta dimensión más que valorar el objeto en sí, se valoran las propiedades útiles que caracterizan a un objeto determinado. Por ejemplo, la escuela se valora porque es donde aprendemos, donde convivimos con amigos, donde pasamos ratos agradables, etc. Esta dimensión permite apreciar algo al considerar sus propiedades y los diversos contextos en los que puede ser útil.

La dimensión intrínseca hace referencia a aquello que involucra directamente los afectos y condiciones del individuo, por ejemplo los conceptos "mi vida", "mi familia", "mi amigo", "mi hijo", aluden a valores intrínsecos pues tienen un significado íntimo y particular para cada individuo. El sentimiento, razonamiento o conducta que compromete al sujeto con lo que valora es lo que hace de aquello que aprecia algo singular, diferente y especial.

La jerarquía de valores va de lo sistémico a lo intrínseco. Un concepto cardinal como "la bondad" (valor sistémico) tiene más sentido si se le ubica en un contexto específico como "escuela" (valor extrínseco) y adquiere un significado especial y singular cuando hace referencia a una persona específica: "la bondad de mi amigo" (valor intrínseco).

La diferente importancia que un sujeto le concede a cada uno de sus valores hace que su jerarquía de valores sea personal y única. Cada individuo va

formando a lo largo de su vida su propia escala de valores, por oposición o aceptación de los valores prevalecientes en los grupos sociales a los que pertenece.

Los valores comienzan adquirirse desde la niñez. Casi sin darse cuenta, el niño va adoptando ciertos valores a través de los mensajes familiares, de la educación recibida en la casa, en la escuela y con los amigos. Al llegar a la adolescencia, los valores aprendidos sufren modificaciones. Usualmente, los adolescentes tienden a cuestionar o rechazar los valores adquiridos en su niñez como una forma de autoafirmarse como individuos independientes. Como resultado de dicho cuestionamiento los adolescentes tienden a adoptar patrones de conducta de modelos, artistas, líderes o personajes ajenos, a quienes, es su afán de transformación, idealizan y desean imitar pero que no necesariamente corresponden a su realidad objetiva y específica.

El que los valores se modifiquen de acuerdo con la época y cultura en la que se viva, así como la influencia que ejercen los medios de comunicación como transmisores, modeladores de un estilo de vida artificial, pero sugestivo, provoca confusión y crisis de valores en el adolescente. Por ello, aunque la crisis de valores durante la adolescencia es un proceso característico del desarrollo humano, es conveniente orientar al adolescente respecto a la importancia de que él (ella) tenga clara su propia escala de valores, desarrollando y manteniendo una actitud crítica y reflexiva ante los mensajes que reciba.

En la cultura latinoamericana y particularmente dentro de la sociedad mexicana, la influencia que ejerce la familia en la generación de los valores favorece que el adolescente "aprenda" que complacer a otros es "lo socialmente aceptable", y que cuestionar es "rechazado socialmente". Esto no siempre es verdad puesto que el cuestionamiento razonado y objetivo puede conducir a nuevos patrones de conducta que hagan del adolescente una persona más responsable y libre. Por ejemplo, en vez de que un (a) adolescente "accepte" irreflexivamente tener relaciones sexuales, cediendo a la presión de su compañero (a), puede cuestionarse a sí mismo (a) si es algo que realmente quiere hacer, si se va a sentir bien u orgulloso (a) por hacerlo, si con ello no va a dañar a otros ni a sí mismo (a). Es más, puede platicarlo con su compañero (a) y llegar a un acuerdo sobre la conveniencia, el tiempo y las condiciones de su práctica o debut sexual.

Finalmente, hay que recordar que los valores que se poseen son las guías que normalmente nuestra conducta y ésta es la credencial de presentación con la que nos mostramos con quienes nos rodean. Asimismo, es importante hacer énfasis que el adolescente que se valora y respeta a sí mismo, tiene más probabilidad de que los demás también lo valoren y respeten.

## Material de apoyo

Pizarrón, hojas en blanco, lápices, cerillos y tarjetas blancas.

Ejercicios:

Amor con barreras  
Fuego de amor  
Caso juzgado

Ejercicios opcionales:

El naufragio  
Matriz de valores

Sección de apoyo instrumental

Sección ¿Es verdad que...?, una copia para cada adolescente

Sección de actividad en casa

El buzón

---

## Distribución del tiempo

Evaluación de la actividad en casa	(10 minutos)
Realización del ejercicio Amor con barreras	(20 minutos)
Exposición de los objetivos de la unidad y explicación de lo que son valores, cómo se clasifican e identifican los valores, cómo se adquieren y modifican	
Realización del ejercicio Fuego de amor	(30 minutos)
Realización del ejercicio Caso juzgado	(30 minutos)
Análisis de la sección ¿Es verdad que ...? sobre Valores	(15 minutos)
Asignación de actividad en casa	

---

## Procedimiento

1. Realizar el ejercicio Amor con barreras.
2. Exponer los objetivos a cubrir en esta unidad.
3. Exponer claramente los diferentes tipos de valores que posee el ser humano, apoyándose para ello en la sección de premisa y contenido.
4. Confirmar que los adolescentes entendieron bien lo que es un valor, pidiendo voluntarios que expresen su propia definición de valor.
5. Realizar el ejercicio Fuego de amor.
6. Realizar el ejercicio Caso juzgado.

7. Analizar los mitos sobre valores y distribuir a cada adolescente una copia de la sección ¿Es verdad que...?.
8. Explicar el ejercicio que deberán llevar a cabo en casa, asegurándose de que quede claro.

---

### **Sugerencias para la enseñanza**

- Hacer énfasis en que los valores son apreciación u opiniones personales y que todos tienen derecho de expresar libremente sus opiniones, aún cuando éstas sean distintas o incluso se contrapongan a las de los demás.
- En caso de tener acceso a material audiovisual y si el tiempo lo permite, se recomienda proyectar alguna película (ver apéndice 2), donde se exponga el conflicto de valores característico de la adolescencia.
- Si se emplea la película, a término de la proyección abrir un espacio de debate sobre el material observado.

---

## **EJERCICIOS**

### **Amor con barreras**

#### **Objetivo:**

Identificar y verbalizar diferentes posiciones en los valores personales.

#### **Duración:**

20 minutos

#### **Material:**

Pizarrón, gises, hojas blancas y lápices  
Sección y apoyo instruccional

---

#### **Desarrollo**

- El educador indicará que contará una historia acerca de las personas cuyos nombres estarán anotadas en el pizarrón.
- Contar la historia (ver apoyo instruccional).
- Después de contar la historia, indicar a los adolescentes que en una hoja en blanco escriban los nombres de los personajes de la historia y los califiquen del 1 al 10 de acuerdo con la actitud que consideren más adecuada, correspondiendo la calificación de 1 a la actitud más inadecuada y el 10 a la actitud más adecuada. Dicha calificación deberá asignarse de forma individual. Dar 5 minutos para esta actividad.
- Cerrar el ejercicio comentando con el grupo lo siguiente:
  - Todas las personas actúan conforme a sus valores.
  - Los valores se van adquiriendo desde la niñez y van cambiando de acuerdo a las influencias familiares y sociales que se reciben.

Las personas manifiestan diferentes actitudes en función a sus valores y, a pesar de su diversidad, es importante aprender a respetarlos.

---

### **Apoyo instruccional**

Anotar en el pizarrón:

Ana

Jorge, novio de Ana

Eduardo, compañero de clase de Ana

Ruth, amiga de Ana

Raúl, amigo de Ana

Decir al grupo que va a narrar una historia acerca de los personajes cuyos nombres aparecen en el pizarrón.

Jorge y Ana son novios y piensan que han encontrado ya a su pareja ideal. Jorge fue a buscar trabajo fuera de la ciudad, pero sufrió un accidente y está en el hospital. Ana se ha enterado del accidente y desea ver a Jorge. Eduardo ha conseguido un carro y se ofrece a llevarla a cambio de que ella tenga relaciones sexuales con él. Ana duda, pues ya en varias ocasiones Eduardo le ha propuesto lo mismo y le pregunta a Ruth qué es lo que debe hacer. Ruth le dice "haz lo que parezca mejor". Ana decide aceptar la proposición de Eduardo. Cuando Ana ve a Jorge le cuenta lo sucedido; éste rompe con ella y le dice que ya no le puede tener confianza. Ana regresa muy triste a su escuela, se encuentra a Raúl y le cuenta todo lo que le ha pasado; éste le dice que quiere ser su novio y que lo que sucedió no le importa.



---

## Fuego de amor

### Objetivo

Explorar los valores personales del adolescente en cuanto a la sexualidad

### Duración:

30 minutos

### Material:

Tarjetas A: actividad personal

Tarjeta B: actividad grupal

(ver sección de apoyo instruccional)

Sección de apoyo instruccional

---

### Desarrollo

- Antes de iniciar esta sesión el educador deberá haber copiado los enunciados de la sección del apoyo instruccional, escribiéndolas en tarjetas individuales, haciendo dos grupos, uno correspondiente a las tarjetas que contengan los temas y enunciados de la actividad individual (tarjeta A) y otro, conteniendo los enunciados de la actividad grupal (tarjeta B). Dichas tarjetas deberán tener al reverso la letra A ó B de acuerdo al grupo al que al pertenezcan.
- Dividir al grupo en equipos de 10 personas como máximo.
- Pedir a los adolescentes que hagan un círculo por equipo, al centro del cual se pondrán las dos pilas de tarjetas, de tal manera que se vean las letras A ó B.
- En cada equipo se pasará un cerillo encendido de mano a mano. A quien se le apague, tomará una tarjeta de la pila de tarjeta A.
- El integrante, que saque la tarjeta deberá leerla en voz alta y contestar, comentar u opinar sobre el enunciado que ha leído.
- Una vez que se haya expresado, deberá sacar una tarjeta de la pila de tarjeta B y leerá ante su equipo las instrucciones que contiene.
- De acuerdo con la instrucción leída, los demás integrantes del equipo tendrán que realizar la actividad solicitada.
- Una vez concluida la actividad grupal, el integrante que saco las tarjetas encenderá nuevamente un cerillo y lo pasará de mano en mano hasta que se apague.
- Aquel miembro al que se le haya apagado el cerillo volverá a iniciar la secuencia de selección de tarjetas, hasta que el tiempo lo permita.
- Cerrar el ejercicio comentando la experiencia de los equipos.

## **Apoyo instruccional**

### **Tarjeta A**

#### **Masturbación**

Situación: Si estuvieras en el baño masturbándote y de repente entrará tu mamá, ¿qué harías?

#### **Acto sexual**

Situación: ¿Con quién crees que te sentirás mejor al hacer el amor, con alguien a quien amaras, o con alguien que te atrajera mucho sexualmente?

#### **Uso de anticonceptivos (para mujeres)**

Situación: Al hacer el amor, ¿te gustaría que tu pareja usara condón?

#### **Uso de anticonceptivos (para hombres)**

Situación: Al hacer el amor, ¿te gustaría que tu pareja usara óvulo?

#### **Virginidad (para mujeres)**

Situación: Si ya no fueras virgen y pensaras casarte, ¿se lo dirías a tu novio?

#### **Virginidad (para hombres)**

Situación: Si tuviera una novia que ya no fuera virgen y te lo dijera, ¿te casarías con ella?

#### **Uso de anticonceptivos**

Situación: Estás a punto de tener relaciones sexuales, y te das cuenta que tanto a ti como a tu pareja se les olvidó el anticonceptivo. ¿Qué harías?

#### **Relaciones sexuales**

Situación: ¿Qué piensas de que la mujer tome la iniciativa para tener relaciones sexuales?

#### **Educación sexual**

Situación: ¿Crees que es mejor tener relaciones sexuales con una sola persona, o con varias?

#### **Higiene sexual**

Situación: Quieres mucho a tu pareja y estás a punto de tener relaciones sexuales con él/ella, pero te das cuenta que tiene irritados los genitales y crees que tiene una enfermedad sexualmente transmisible. ¿Qué harías?.

## Preferencia sexual

Situación: Si de repente te enteraras que tu mejor amigo(a) es homosexual, ¿qué harías?

## SIDA

Situación: A una familiar cercano acaban de diagnosticarlo como seropositivo: ¿Cómo reaccionarías?

## **Tarjeta B**

Algún(a) voluntario(a) expresará con mímica lo que tu dijiste.

Pide a un(a) compañero(a) que haga una crítica de lo que expresaste.

Pregunta a tu equipo en general si está de acuerdo con lo que dijiste. No importa que esto provoque una discusión.

Dile a alguno(a) de tus compañeros(as) que comente algo sobre lo que dijiste si él(ella) fuera tu papá (mamá).-

Pide a dos compañeros que digan un prejuicio o mito sobre el tema.

Pide un aplauso al equipo si está de acuerdo con lo que dijiste y un !buuu...! si no lo está.

Pregúntale a algún(a) compañero(a) que haría en la situación que te tocó.

Pide algún(a) compañero(a) que haga alguna pregunta sobre el tema sobre el que acabas de hablar.

Pide algún(a) compañero(a) su comentario ubicándose en el papel de la otra persona a la cual se refiere la situación.

Que algún compañero(a) que no esté de acuerdo con lo que expresaste exponga sus razones.

Pide a alguien que cuente alguna anécdota que conozca sobre el tema que acabas de leer.

Pide a algún(a) compañero(a) que aporte alguna idea novedosa u original al tema leído.

Pide algún(a) compañero(a) su comentario ubicándose en el papel de la persona a la cual se refiere al situación.

Que algún(a) compañero(a) que no esté de acuerdo con lo que expresaste exponga sus razones.

---

### **Caso juzgado**

**Objetivo:**

Practicar la expresión libre de los valores personales y el respeto por los valores de los demás.

**Duración:**

30 minutos

---

**Desarrollo**

- Dividir al grupo en dos equipo a los que se les asignarán los papeles de fiscales y abogados.
  - Indicar al grupo que la actividad en la que todos participarán será "el juicio sobre el aborto", en el cual los abogados defenderán la práctica del aborto, los fiscales la acusarán y el educador será el juez.
  - Durante el juicio tanto los abogados como los fiscales podrán discutir acerca de lo adecuado o inadecuado del aborto, expresando su opinión respecto si es un método de control natal bueno o malo, si consideran conveniente o no la posibilidad de practicar el aborto en la adolescencia.
  - Opcionalmente el educador dará tanto a los abogados como a los fiscales una lista en pro y en contra del aborto. Conceder de 10 a 15 minutos para desarrollar el juicio.
  - Transcurridos los 10 ó 15 minutos de "juicio", el juez decidirán un receso indefinido, pues se tendrá cuidado de no forzar una conclusión de rechazo o aceptación del aborto.
  - Favorecer la expresión de los valores personales de los muchachos y el respeto a la opinión de cada uno.
  - Favorecer la expresión de los valores personales de los muchachos y el respeto a la opinión de cada uno.
  - Cerrar el ejercicio haciendo énfasis en que una de las mejores formas de relacionarse con los demás es teniendo claro cuáles son nuestros valores personales y respetando los valores de los demás.
-

## El naufragio (opcional)

### Objetivos:

Clasificar los valores personales y sociales

### Duración:

45 minutos

---

### Desarrollo

- Dividir al grupo en cuatro equipos.
- Relatar la siguiente historia, solicitando a los adolescentes que se pongan en la siguiente situación. Ustedes son un grupo de personas que iban en un barco que naufragó, llegan a una isla desierta y saben que va a tener que vivir allí el resto de su vida.
- Solicitar que cada uno de los equipos precise por escrito los valores que regirán en esa nueva sociedad; (por ejemplo distribución del trabajo, reglas para la expresión de la sexualidad, para la reproducción del grupo). Dar 15 minutos para esta actividad.
- Pedir que cada equipo presente sus conclusiones al resto del grupo.
- Reunir al grupo y discutir los siguientes puntos:
  - Formas en las que nuevas situaciones llevan a cambios de valores.
  - Maneras en las que se confrontan los valores personales con los de otras personas.
  - La importancia de los valores como base de la estructura social.
  - Cuáles son los diferentes tipos de valores (extrínsecos, intrínsecos, sistémicos) que se plantearon.

---

## La matriz de valores (opcional)

### Objetivo:

Identificar y comparar los valores del adolescente con los valores de las personas importantes para él.

### Duración:

45 minutos

### Material:

Hojas de papel en blanco, lápices, pizarrón y gises. Sección de apoyo instruccional.

---

### Desarrollo

- Introducir la actividad a realizar comentando con los adolescentes que una forma de identificar los valores personales que tenemos es comparándolos con

los valores de las personas que son importantes para nosotros, ya que de alguna forma, son ellos los que influyen en el desarrollo de nuestros valores.

- Repartir a cada adolescente una hoja de papel en blanco y lápices.
- Pedir que tracen una matriz de doble entrada donde en los renglones pondrán en primer lugar, el pronombre "yo" y en los siguientes renglones los parentescos de las personas importantes para el adolescente. En las columnas se escribirán los conceptos a evaluar.
- El educador podrá ejemplificar la instrucción anterior, trazando una matriz de doble entrada en el pizarrón (ver sección de apoyo instruccional).
- Indicar a los adolescentes que la actividad a realizar consiste en poner en el cuadro correspondiente alguna de las tres opciones: a) el bueno, b) es malo y c) no sé.
- En el primer renglón calificarán cada una de los concepto que expresan diferentes valores. Posteriormente, los adolescentes calificarán tales conceptos de acuerdo con lo que supongan contestarían las personas que ellos identificaron en la primera columna.
- Dar 10 minutos para que realicen el llenado de la matriz
- Formar equipos de tres o cuatro miembros y dar 10 minutos para que: a) comparen las diferencias de valores entre las personas importantes para el adolescente y ellos mismo, b) identifiquen las semejanzas y diferencias y c) discutan a qué factores se deben tales semejanzas y diferencias.
- Solicitar voluntarios para que expresen las observaciones que se generaron en cada equipo. Dar 10 minutos aproximadamente para ello.
- Cerrar el ejercicio comentando con los adolescentes que los valores son cambiantes, que cada generación tiene ciertos valores culturales y morales que la caracteriza y aunque a ellos les parezcan anticuadas algunas ideas de antaño, tales valores sirvieron, en su momento para orientar la conducta de quienes en ese entonces eran jóvenes adolescentes.

---

## Apoyo instruccional

### Matriz de valores

Ejemplo de una matriz de doble entrada

Personas importantes para el adolescente	conceptos	para el	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Yo												
Papá												
Mamá												
Pareja												
Amiga												
Amigo												

## **Lista de conceptos a evaluar**

1. La mujer debe se virgen hasta que se case.
2. Tener un bebé en la adolescencia.
3. Realizar un aborto si se embaraza en la adolescencia.
4. Que la mujer tenga relaciones sexuales antes de casarse.
5. Usar anticonceptivos en la adolescencia.
6. Protegerse con el condón para evitar enfermedades sexualmente transmisibles.
7. Fumar frente a los padres.
8. Casarse en la adolescencia.
9. Masturbarse.
10. Tener relaciones sexuales con una prostituta.

---

## **Actividad en casa**

### **Objetivo:**

Comparar los valores individuales con los de personas importantes para el adolescente.

---

### **Instrucciones**

- Pedir a los adolescentes que en una hoja en blanco escriban los cinco valores más importantes para ellos.

---

### **Evaluación**

- Al principio de la siguiente sesión disponer de algunos minutos para comentar las experiencias de los adolescentes al realizar la actividad en cada.
  - Sugerirles que discutan acerca de la posibilidad de compartir su ordenamiento con otras personas, por ejemplo algún amigo(a), los padres y/o hermanos.
-

## ¿Es verdad que...?

1. ¿Es verdad que una vez que se adquieren los valores estos ya no se cambian?

- **Falso** Durante nuestra vida vamos adquiriendo, modificando y eliminando valores, algunos de los cuales están muy arraigados en nosotros pues desde chicos nos los inculcaron. Sin embargo, es una decisión personal el mantenerlos o no vigentes.

2. ¿Es verdad que nuestra conducta sería un desastre si no tuviéramos valores?

- **Verdadero** Los valores sirven como esquemas o apoyos para guiar nuestra conducta. Cuando tenemos claros cuáles son nuestros valores, creemos en ellos porque realmente los entendemos y actuamos de acuerdo con ellos.

3. ¿Es verdad que los valores de la gente triunfadora son más importantes que los valores que tiene la gente común?

- **Falso** Cada uno tiene propia tabla de valores porque la vida de cada quien es única. En ese sentido, tanto los valores de la gente que destaca como aquellos de la gente común son igualmente dignos de respeto.

4. ¿Es verdad que debo tener los mismos valores que mis padres?

- **Falso** Se pueden tener los mismos valores que nuestros padres o familiares, pero ello no es una obligación. Durante la infancia, la adolescencia y parte de la juventud los valores paternos sirven como guías de acción. Una vez que se alcanza la madurez emocional, psicológica y socioeconómica, el individuo puede decidir si continúa con los valores inculcados, los modifica, o los elimina.

5. ¿Es verdad que la gente liberada no tiene valores?

- **Falso** Todos tenemos valores que influyen en nuestra conducta, aún la gente más liberada. Cuando la conducta de una persona parece estar fuera de lo "normal" ello, más que evidenciar que carece de valores, es una muestra de que sus valores están en crisis o sufren alguna distorsión al compararlos con los valores de la gente común.

6. Es verdad que cuando sea adulto voy a tener los mismos valores que en la adolescencia?

- **Falso** Muy frecuentemente en la adolescencia, nos tratamos de revelar ante los valores que tienen nuestra familia o los adultos importantes para nosotros. Ya en la edad adulta, volvemos a considerar y, a veces, a adoptar los valores ante los que nos habíamos revelado años antes.



## **FACTORES INQUIETANTES EN EL ADOLESCENTE RELACIONADOS CON SEXUALIDAD.**

Al elaborar este trabajo propusimos cuatro factores para ser introducidos con temas de discusión y reflexión esto son:

- Miedos y sexualidad
- Culpa y sexualidad
- Religión y sexualidad
- Ignorancia y sexualidad

Al desplegarlos de inmediato nos surgieron dos observaciones:

A) En determinados individuos pueden estar relacionados más de un elemento o incluso todos.

B) Aunque nos parecen las bases más generales de discusión, como factores inquietantes pueden existir muchos más, a juicio de diferentes observadores o participantes.

Con base en lo anterior y tomando en cuenta el grado de avance secuencial de la serie de sesiones formativas hasta este punto del proceso, decidimos tratar los cuatro factores, elementos o conceptos más como motivadores que nos representen las percepciones, ideas o sentimientos que los miembros del grupo tengan al respecto en un primer momento, motivo de esta sección, para que con posterioridad ha haber vivido el conjunto de sesiones y vicios propuestos, podamos contrastar todos los participantes si hemos podido disolver, disminuir o al menos arrojar luz sobre los factores inquietantes propuestos.

Ya que en este caso en el primer momento el propósito central no es la construcción de conocimiento en sí como producto deseado o acabado sino más bien el lograr que afloren sentimientos y dudas muchas veces encubiertos de alguna manera personal o socialmente hablando, se propone iniciar con una dinámica sencilla en la que una vez subdivido el grupo en subgrupos se encargue de platicar a los que así lo deseen una duda, temor, experiencia sobre el grupo de conceptos motivadores, permitiéndose no intervenir a quien no lo desee pero pidiendo a todos que escriban en tarjetas, sus aportaciones a cada punto mismas que serán depositadas en forma confidencial en la urna o caja colectiva.

Posteriormente el facilitador central de la sesión los ira leyendo para que un auxiliar en pizarrón o laminas las enliste en orden decreciente respecto a las más repetitivas.

Esta lista se guardará para contrastarla con la situación alcanzada al final del proceso.

A continuación si así se acuerda y si las condiciones y el tiempo lo permiten se sugiere que cada subgrupo elabore una pequeña dramatización sobre uno de los conceptos manejados, con el fin de disolver o disminuir las tensiones provocadas a los participantes durante la introspección.

#### BIBLIOGRAFIA CICLO I.

1. Pick, Susan " Yo Adolescente", Instituto Mexicano De Investigación De Familia y Población A.C. , Editorial. Planeta México 1997 .P.P 20-94
2. Susan Pick Y colaboradores, "Planeando Tu Vida", Editorial Planeta, México 1993. P.P. 269-289.

## **CICLO DOS DE CULTURA DE LA SEXUALIDAD**

### **FUNCIONES DE LA SEXUALIDAD**

Ya hemos mencionado que la sexualidad humana es un conjunto de funciones, ahora bien este conjunto de funciones es interactuante, integral, holístico y cinérgico, esto es sólo por motivos de estudio se pueden dividir sus funciones más evidentes y por otro lado el conjunto de estas es mucho más que su suma (por esto es cinérgico).

La división más tosca y más común de este conjunto que llamamos sexualidad humana se hace en dos partes principalmente: la función biológica y la psíquica, en la cual la primera se explica como necesaria para la reproducción y la psíquica como necesaria para la estabilidad emocional.

Creemos que lo anterior es muy incompleto ya que no explica el porque de lo prolongado y frecuente del acto sexual entre humanos, mucho más intenso y reiterativo que en cualquier otra especie.

Para tratar la parte de la función biológica nos apoyamos en los trabajos ya mencionados.

Sin embargo para proporcionar una función que diferencie y revalúe la sexualidad humana a los ojos de los participantes decidimos apoyarnos en un fragmento del trabajo de Desmond Morris "El mono Desnudo" con lo cual damos el insumo mínimo necesario para propiciar las dinámicas que generen discusión, reflexiones y construcción de conocimientos respecto a los otros dos temas proyectados en esta sección, por un lado: sexualidad, placer y estabilidad emocional; y por otro; sexualidad y permanencia de los adultos durante el crecimiento y desarrollo humanos.

### **. SEXUALIDAD Y REPRODUCCION (1)**

#### **Aspectos biológicos de la reproducción humana**

##### **Objetivos**

- Que al final de la sesión el adolescente pueda identificar los caracteres sexuales secundarios.
- Que el adolescente conozca los órganos sexuales y de producción y sus funciones.
- Que el adolescente conozca los procesos de fecundación, embarazo y parto.

## **Premisas y contenido**

La sexualidad es un proceso que abarca desde el nacimiento hasta la muerte, e involucra sentimientos, emociones, actitudes, pensamientos y comportamiento, así como aspectos físicos, incluyendo el crecimiento corporal, los cambios asociados con la pubertad y con procesos fisiológicos tales como la menstruación, la ovulación y la eyaculación.

La sexualidad de un individuo también incluye lo referente al impulso o deseo sexual, la posibilidad de gozar y de procrear. Cuando una persona empieza a crecer en una sociedad, el o ella empiezan a comportarse en ciertas formas que la cultura determina como apropiadas para el hombre y para la mujer. Esto incluye la canalización de los deseos sexuales, la identidad masculina y femenina y los papeles sociales de cada sexo.

En el presente capítulo se enfocan los aspectos biológicos de aquellas partes de la sexualidad relacionadas con la reproducción humana. Eso no quiere decir que solamente intervenga la parte biológica. Las partes emotiva, efectiva y cultural son igualmente importantes en la sexualidad y se incluyen más adelante con otros capítulos.

Desde el nacimiento el ser humano presenta claramente definidos sus órganos sexuales. Con el curso de los años, al llegar a la pubertad, el hipotálamo actúa sobre la glándula hipófisis dando lugar al que las hormonas actúen sobre los testículos y los ovarios, llevando a cabo la producción de espermatozoides y hormonas masculinas en el hombre y óvulos y hormonas femeninas en la mujer.

Las hormonas son sustancias que el cuerpo fabrica y que actúa como mensajes del cerebro diciéndole a ciertas glándulas y órganos que tienen que hacer. Hormonas especiales llamadas sexuales producen los cambios que suceden durante la pubertad. También son las responsables de hacer que empiece el funcionamiento de los órganos reproductivos.

Estas hormonas dan lugar a los caracteres sexuales secundarios (los primarios son los órganos genitales con los que se nace). Los cambios secundarios en el varón: crecimiento óseo, desarrollo muscular, aumento del metabolismo basal, aumento en el espesor de la piel, aumento de la secreción de glándulas sebáceas, engrosamiento de la voz, crecimiento del vello en axilas, bigote, barba, tórax, piernas, brazos y en el pubis en forma de rombo. Los cambios en la mujer son: aumento del tamaño de los pechos (glándulas mamarias), ensanchamiento de la pelvis, crecimiento de vello púbico, redistribución de la grasa y redondeamiento de la figura.

Como cambios importantes se presentan en el hombre la eyaculación y en la mujer la aparición de la menstruación (menarquia).

La pubertad se puede presentar entre los 9 y los 14 años. Esto depende de factores tales como la alimentación, la herencia, las influencias endocrinas, el clima, la raza y la situación geográfica.

Aunado a los cambios secundarios se da el crecimiento y el funcionamiento de los órganos sexuales, cuya anatomía y fisiología básica se describen a continuación.

### **Organos sexuales masculinos**

El pene es uno de los órganos sexuales masculinos. En su interior pasa la uretra por donde se excreta la orina como el semen. Su tamaño varía. A lo largo del pene existen tres columnas de tejido eréctil. dos cuerpos cavernosos juntos y un cuerpo esponjoso por debajo que aloja la uretra. En la punta del pene, el cuerpo esponjoso se agranda para formar el glande y su corona.

Una capa de piel, llamada prepucio, sobrepasa cubriendo al glande cuando el pene se encuentra flácido. Los cuerpos del pene tienen una rica provisión de vasos sanguíneos, los cuales están vacíos cuando el pene está flácido, pero que se llenan de sangre cuando hay erección. Esta se puede producir por medio de la manipulación física del pene, por pensamientos sexuales, por la presión producida por la vejiga o el recto cuando se encuentran llenos, por usar ropa muy ajustada o por cualquier otro motivo que origine una congestión sanguínea en la región del pene.

La eyaculación es el proceso mediante el cual sale el semen a través de las aberturas del pene gracias a la contracción de todos los órganos genitales (epidídimo, conducto deferente, próstata, vesículas seminales y uretra). La eyaculación debe ocurrir durante el sueño (sueños mojados o húmedos), como resultado de caricias, por masturbación y por coito. Cabe aclarar que no siempre que hay erección se presenta la eyaculación.

Escroto. Es una bolsa de piel en cuyo interior están contenidos los testículos. Posee varias capas, dentro de las cuales se encuentran fibras musculares como el cremaster, que provoca la elevación y descenso de los testículos. Funciona como regulador de la temperatura (la cual es de dos grados menos que la del resto del cuerpo) proporcionando la adecuada para la producción de los espermatozoides.

Testículos. Es un órgano par de forma ovoide que se desarrolla en la cavidad abdominal y que en el momento del nacimiento debe estar en el escroto. Su función es la producción de la hormona testosterona y de los espermatozoides dentro de los túbulos seminíferos. Si no descienden los testículos (lo que se

denomina criptorquidia) se atrofian y causan esterilidad. Su tamaño es de 4 cm de largo por 3 cm de ancho aproximadamente. Normalmente el izquierdo es un poco más grande y pesado que el derecho.

Los epidídimos: Se encuentran en la parte superior y rodeando los testículos. En ellos terminan su maduración y se almacenan los espermatozoides hasta el momento de la eyaculación. Si no se eyacula son absorbidos por el tejido que los rodea.

Conducto deferente. Existe un conducto por cada testículo y su función es conducir a los espermatozoides del epidídimo a las vesículas seminales. Su longitud es de 40 a 45 cm.

Vesículas seminales. Son dos estructuras en forma de saco de unos 7 cm. que se encuentran situadas detrás de la vejiga a los lados de la próstata. Poseen una capa muscular y otra secretora. Sus funciones son proteger y nutrir a los espermatozoides.

Próstata. Es una glándula que rodea a la uretra. Se encuentra abajo y adelante de la vejiga, está formada por tejido glandular y es atravesando por los conductos eyaculadores. Su función es producir un líquido alcalino, claro y lechoso, que nutre a los espermatozoides y los protege de la acidez de la uretra y de la vagina. Junto con el líquido de las vesículas seminales, forma el semen. Como se encuentra apoyada en el cuello de la vejiga, si se hincha a causa de un tumor o infección puede obstaculizar a ésta y a la uretra. Los tratamientos, los tumores generalmente son quirúrgicos.

Glándulas de Cowper. También se les conoce como glándulas bulbouretrales. Estas dos glándulas se encuentran abajo de la próstata y su función es secretar un líquido alcalino que lubrica y neutraliza la acidez de la uretra antes del paso del semen en la eyaculación. Este líquido contiene espermatozoides, por lo cual la práctica de retirar el pene de la vagina antes de la eyaculación no es un método anticonceptivo efectivo.

Uretra. Conducto que se inicia en el cuello de la vagina y termina a nivel del glande en el meato urinario. Su función es doble: elimina la orina y conduce el semen en el momento de la eyaculación.

Los espermatozoides. Están compuestos por cabeza, cuello y cola. En la cabeza están los 23 pares de cromosomas que representan la mitad de la herencia biológica del nuevo ser. La producción de espermatozoides, que dura entre 60 y 70 días, se inicia en la pubertad y termina con la muerte. Cada eyaculación contiene aproximadamente 100 millones de espermatozoides y tiene un volumen aproximado de 3 mililitros. La vida de cada espermatozoide dentro del cuerpo de la mujer es de 3 a 4 días y se mueve a unos 14 ó 16 cm por hora.

## **Organos sexuales femeninos**

El cambio más obvio que ocurre en la mujer al llegar a la pubertad es el desarrollo de los senos o mamas, que servirán para alimentar al bebé con la leche que producen antes y después del parto. El tamaño de los senos no tiene ninguna relación con la capacidad de producir leche. A través de ellos se puede obtener placer erótico y tienen un papel importante en la autoimagen de la mujer.

Los senos están formados por cuatro elementos: el pezón, la aréola (que rodea el pezón), las glándulas mamarias que producen leche después del parto y los conductos que se encargan de transportar la leche desde las glándulas hasta el pezón.

Valva. Es el conjunto de órganos y estructuras genitales externos, como son los pliegues de piel llamados labios mayores y labios menores, el clítoris y el vestíbulo. Durante la pubertad empieza a crecer vello en algunas zonas de la vulva.

Monte de Venus o monte púbico. Es un abultamiento cutáneo grasoso que se encuentra en la parte inferior del abdomen; está cubierto del vello.

Labios mayores. Son dos pliegues cutáneos de color oscuro. Sus paredes externas se recubren de vello; al separarlos dejan al descubierto las demás estructuras anatómicas de la vulva.

Labios menores. Son formaciones de tejido de color rosado (que cambia a rojo fuerte y el frenillo del clítoris y cubren el vestíbulo).

Vestíbulo. Es un espacio triangular que se ubica al separar los labios menores. En él se encuentra el meato urinario y el orificio vaginal.

Clítoris. Es un órgano muy sensible del tamaño de un chícharo o arveja que sobresale entre los pliegues de los labios menores, arriba de la vagina y la uretra. Debido a que se desarrollan a partir de la misma estructura, su conformación es similar a la del pene pues también tiene cabeza o glande, cuero, tejido eréctil y gran cantidad de terminaciones nerviosas. Su función es decisiva en la excitación durante el coito o la masturbación en los cuales aumenta su tamaño.

Orificio vaginal. Se conoce como introito y se encuentra, la mayoría de las veces, parcialmente cubierto por el himen.

Himen. Es una membrana semirígida que varía en forma y elasticidad. En la porción central tiene orificios que permiten la salida de la menstruación. Biológicamente no tiene función, si embargo su significado psicológico y social es

importante para algunos grupos y culturas. Hay mujeres que nacen sin himen, otras a las que se les rompe al hacer ejercicio o al introducirse un tampón.

**Meato urinario.** Es el orificio en donde termina la uretra y por el cual sale la orina.

**Glándulas de Bartholin.** Son dos y se encuentran a cada uno de los lados del orificio vaginal; secretan líquido durante la excitación.

**Vagina.** Es un conducto músculo membranoso de 8 a 12 cm de largo que comunica la vulva con el útero. Sus paredes están cubiertas por membranas mucosas y rugosas que generalmente están unidas, pero que durante la excitación se van separando y producen un líquido resultado del trasudado de las paredes. Alberga al pene durante el coito y es el canal del parto.

**Útero o matriz.** Es un órgano hueco compuesto de tejido y músculo en tres capas. La más interna de ellas es el endometrio cuya función es importante durante el ciclo menstrual y el embarazo. El útero tiene una forma similar a una pera al revés y su tamaño es de 8 a 10 cm. de largo por 5 de ancho. En el embarazo puede triplicar este tamaño. Se encuentra entre la vejiga y el recto.

**Trompas de Falopio.** Son dos tubos que se localizan en la parte superior del útero, miden de 10 a 12 cm de largo por 1 a 2 mm de ancho. Su función es transportar el óvulo, que es expulsado por los ovarios, hacia el útero.

**Ovarios.** son órganos pares que se localizan en cada uno de los extremos de las trompas de Falopio. Tienen forma de almendra de color blanco opaco y miden aproximadamente 4 cm de largo. Los ovarios cumplen dos funciones: es el lugar donde se hallan los oocitos que se convertirán en óvulos maduros y en ellos se producen las hormonas femeninas, a saber, estrógenos y progesterona, que provocan cambios secundarios durante la pubertad y preparan al útero para la fecundación.

**Ovulos.** Se encuentran en forma de folículos desde el nacimiento y se dejan de producir durante la menopausia. Existen alrededor de trescientos mil entre los dos ovarios de los cuales sólo unos 400 llegan a madurar. Los folículos que no maduran se convierten en cuerpo cicatriciales. El óvulo es la célula que el espermatozoide fecunda y puede producir la gestación de un ser humano. En los óvulos está el material genético que junto con la otra mitad aportada por el espermatozoide, dará las características del nuevo ser. Su vida para ser fecundado es de 24 horas, luego se deteriora.

**Ovulación.** Es un proceso que comienza entre los 10 y 14 años y termina entre los 45 y 50. En este proceso un ovario libera un óvulo maduro. Si este óvulo se une con un espermatozoide se da la fecundación. Si no ocurre la



fecundación es decir si no queda embarazada la mujer, vuelve a madurar otro óvulo aproximadamente a los 28 a 30 días. La causa de la ovulación es básicamente hormonal. Las gonadotropinas producen el crecimiento y la ruptura del folículo y estimulan al ovario para la producción de progesterona y estrógenos y para que se forme el endometrio, que si no hay fecundación, se desprenderá con la menstruación.

**Menstruación.** Aproximada entre cada 20 o 30 días un ovario libera un óvulo. El óvulo viaja por una de las trompas de Falopio hacia el útero; al mismo tiempo, el útero empieza a fabricar un revestimiento más grueso formando una capa en la que se implantará el óvulo en caso de ser fecundado. En caso de no haber fecundación, el óvulo se desintegra y los vasos sanguíneos del revestimiento del útero se van abriendo y liberando sangre. Este proceso dura de 3 a 7 días. Una vez concluido, se libera un óvulo y vuelve a empezar el proceso: el revestimiento se engrosa, se libera un óvulo que se dirige al útero y si no es fecundado se vuelve a presentar la menstruación entre 25 y 35 días después. A este proceso se le conoce como ciclo menstrual. El organismo de cada mujer funciona de manera particular. Lo que hace que no se pueda hablar de días exactos entre una menstruación y la siguiente como tampoco de un momento partícula por la ovulación. Para hacer más sencillo el entendimiento de este ciclo se toma 28 como el promedio de días intermenstruales y 14 los días desde la ovulación hasta la menstruación. Por esta razón los días fértiles del ciclo son los 9 días comprendidos entre el día 10 y el 18 después que comienza la Menstruación.

La menstruación puede provocar en algunas mujeres malestar (dolor en el vientre, aumento de peso, cefalea e hipersensibilidad en los senos) a lo cual los médicos denominan dismenorrea.

Puede aparecer irregularidades en la menstruación, sobre todo los dos primeros años a partir de que se inicia (menarquía) y los anteriores a la menopausia. Frecuentemente en esta época los períodos varían en duración (2 a 8 días) y cantidad de flujo.

Puede, por otro lado, darse la menstruación sin ovulación, lo cual es llamado ciclo anovulatorio. La menstruación comienza normalmente entre los 10 y los 14 años (menarquía) aunque puede presentarse también entre los 9 y los 18 y se prolonga hasta la menopausia. Durante la menstruación la mujer se protege con toallas sanitarias cuya presentación varía en tamaño y forma; también es común el empleo de tampones y de algodón. Estos productos se consiguen en cualquier farmacia o tienda de autoservicio. No hay ninguna actividad que se deba suspender como consecuencia de menstruación: se puede nadar, bañar, hacer ejercicio y tener coito. Puede haber embarazo si se tiene coito en cualquier etapa del ciclo menstrual, inclusive durante la menstruación.

## **Fecundación, embarazo, parto y lactancia**

La fecundación ocurre cuando un óvulo es fertilizado por un espermatozoide y se forma una nueva célula, que se implanta en la pared del útero y allí comienza a dividirse y crecer. El período de embarazo dura aproximadamente 9 meses y generalmente es resultado del coito.

Los síntomas físicos asociados con el embarazo se pueden clasificar en tres tipos.

**a) Signos presuntivos.** Varían de mujer a mujer y aunque no son definitivos para diagnosticar un embarazo, son los primeros cambios corporales que se presentan. Estos son: suspensión de la menstruación, náuseas en la mañana, cambios en el tamaño y sensibilidad de los senos, oscurecimiento de la zona que rodea al pezón (aréola), fatiga, aumento en la frecuencia de orinar y cambio en el color de la vulva.

**b) Signos probables.** Aumento del tamaño del útero y del abdomen, el cual comienza a notarse alrededor del tercer mes; también se representa reblandecimiento del cuello del útero.

**c) Signos de certeza.** Son tres y la presencia de cualquiera de ellos confirma el embarazo: detección de latidos del corazón del feto, movimientos notorios del feto, detección del esqueleto fetal por radiografía o ultrasonido.

Otras formas para saber si hay un embarazo son: la exploración pélvica que puede realizarla un médico dos semanas después del retraso menstrual, el análisis de orina, el análisis de sangre y las pruebas de embarazo a realizar en casa.

**Gestación.** Normalmente el embarazo (gestación o gravidez) tiene una duración de 9 meses. después de la fecundación la cual ocurre en la trompa, el óvulo se implanta en el útero y comienza a desarrollarse la placenta. Ella filtra el alimento y el oxígeno que el embrión recibe a través del cordón umbilical. Asimismo, los desechos del niño pasan a la madre por el cordón. Otra función de la placenta es crear hormonas que ayudan al proceso del embarazo.

El saco amniótico también se forma poco días después de la implantación. Este rodea al embrión y se llena de un líquido que se renueva diariamente y protege el producto.

Los nuevos meses de la gestación se pueden dividir en tres trimestres:

En el primer trimestre el embrión alcanza a medir unos 3 cm y ya tiene un corazón definido completamente; ojos, nariz, boca orejas, manos y pies se desarrollan.

En el segundo trimestre se continúan formando estas estructuras y los órganos y empiezan abrirse y cerrarse. Mueve algunos músculos y ya es sentido francamente por la madre.

En el tercer trimestre el feto da vueltas y su crecimiento alcanza 50 cm. Sus órganos están tan desarrollados que ya pueden funcionar independientemente.

Trabajo de parto. Este es el proceso por medio del cual la madre expulsa el producto de la concepción. Se divide en tres fases: dilatación, expulsión o nacimiento del niño y alumbramiento o expulsión de la placenta.

Primera etapa. Este período empieza con las primeras contracciones y dura hasta que el cérvix se dilata por completo para que pase el niño. Las primeras contracciones son cortas y suaves, separadas por intervalos de diez o veinte minutos. Conforme progresa el trabajo, las contracciones se hacen más frecuentes (cada tres o cinco minutos) y las que preceden a la dilatación completa pueden ser bastante dolorosas.

Segunda etapa. La expulsión empieza con la abertura total del cérvix y finaliza con el nacimiento del niño. Las contracciones son fuertes y la presión de éstas generalmente provoca la ruptura del saco amniótico.

Durante las contracciones la madre empuja con fuerza. Cuando el cérvix se abre, el niño empieza a deslizarse hacia la vagina. Después de que aparece la cabeza, se gira y se acomoda para que con la siguiente contracción salgan el cuello y los hombros. En este punto, el cuerpo del niño es expulsado rápidamente, e inmediatamente después sale el resto del líquido amniótico.

Tercera etapa. Las contracciones cesan durante un momento después que ha nacido el niño, para empezar de nuevo a intervalos regulares hasta que la placenta se separa del útero y es expulsada.

La etapa posterior al parto se denomina puerperio. el organismo de la madre regresa al estado previo al embarazo. Este período puede durar de 4 a 5 semanas, apareciendo como síntoma principal la depresión postparto. En esta etapa del puerperio no se recomienda tener coito.

En algunos casos se practica la cesárea que consiste en abrir el abdomen de la embarazada y su útero para sacar el bebé, etc.

Lactancia. Es el resultado de la acción de la hormona llamada prolactina, la cual estimula a las mamas para la secreción de leche. Este proceso se inicia normalmente de 24 a 48 horas después del parto.

La leche materna contiene elementos nutritivos y anticuerpos. Además, la alimentación por pecho es importante para el desarrollo psicológico del niño porque favorece la comunicación madre hijo. Durante esta época la madre debe cuidar el aseo de los pezones, procurar que el bebé succione aunque no haya secreción, ya que la succión aumenta la estimulación y la producción láctea. Una vez regulada la lactancia, debe alimentar al bebé de 10 a 15 minutos cada 4 horas, alternativamente en cada seno.

Este período exige que la madre se alimente adecuadamente.

Si alimenta tiempo completo al bebé, suele impedir la reaparición de ciclos ovulares durante los primeros meses posteriores al parto, pero este hecho no puede generalizarse como anticonceptivo.

### **Material de apoyo**

Hojas, lápices o plumas, pizarrón, grises, plastilina, rotafolio, película o transparencia sobre anatomía y fisiología de los órganos sexuales masculinos y femeninos.

Ejercicio:

Desensibilización de términos

Sabe cómo soy, di mi nombre

Ejercicios opcionales:

Jugando con plastilina

Sección de apoyo instruccional

Sección ¿Es verdad que...? sobre sexualidad.

Sección de actividad en casa.

El buzón

---

### **Distribución del tiempo**

Evaluación de la actividad en casa	(10 minutos)
Ejercicio Desensibilización de términos	(20 minutos)
Explicación de la anatomía y fisiología de los órganos genitales	
Ejercicio Sabes cómo soy, di mi nombre	(30 minutos)
Análisis de la sección ¿Es verdad que...?	(15 minutos)
Asignación de actividad en casa	

## Procedimiento

1. Comunicar a los adolescentes los objetivos a cumplir en esta unidad. Se pueden escribir en el pizarrón.
2. Realizar el ejercicio Desensibilización de términos.
3. Dar la explicación de la anatomía y fisiología de los órganos sexuales masculinos y femeninos, embarazo, parto y lactancia, apoyándose para ello en la sección de premisas y contenido.
4. Mostrar un rotafolio, película o dibujos de anatomía sexual humana permitiendo que los adolescentes identifiquen las partes que conozcan y empleando la sección de apoyo instruccional.
5. Realizar el ejercicio Sabes cómo soy, di mi nombre.
6. Presentar y explicar los mitos que hay sobre sexualidad y comentar con los adolescentes la sección ¿Es verdad que...? sobre sexualidad.
7. Explicar la actividad en casa y asegurarse que la entienden.

---

## Sugerencias para la enseñanza

- Las definiciones expuestas son para apoyo del educador y no necesariamente tendrá que transmitírselas al grupo.
- Permitir el surgimiento de bromas con el fin de disminuir la angustia de los participantes.
- Subrayar la importancia de la edad ideal para el embarazo: entre los 20 y los 30 años.
- Analizar la importancia del rol masculino durante el proceso del embarazo y el parto.
- Aclarar a los adolescentes que, en general, la gente tiene información sobre la fisiología de la mujer y sobre el papel de la mujer en la reproducción y se da relativamente poca consideración al papel que juega el hombre. Contrarrestar esta idea durante toda la sesión, haciendo énfasis en el hecho de que tanto el hombre como la mujer están involucrada y están compartiendo responsabilidades en la reproducción. Por ejemplo, hay similitud de importancia funcional entre los testículos y los ovarios. Recordar que los cromosomas del hombre determinan el sexo del nuevo ser.
- Facilitar la participación preguntando por ejemplo: "¿Quién conoce el término correcto para...?".
- Ser sensible a la ansiedad del grupo cuando se presenten los genitales. Resaltar que la anatomía interna de la mujer es probablemente más familiar que la externa, etc. Mencionar el hecho de que semejantes dibujos se usan frecuentemente para entrenar adultos para ser educadores sexuales y ellos usualmente no conocen todos los términos correctos.
- Para corregir errores y aclarar dudas, auxiliarse de la sección para el instructor de anatomía sexual humana.
- Recordar que el objetivo no es que los jóvenes aprendan de memoria el nombre de los órganos sino que conozcan su función y localización.

## Apoyo instruccional

### Anatomía sexual humana (clave de identificación para el educador)

## EJERCICIOS

---

### Desensibilización de términos

#### Objetivos:

Aprender los diferentes términos que se utilizan para nombrar aspectos de la anatomía y fisiología de los órganos sexuales.

#### Duración:

20 minutos

#### Material:

Papel, lápices o plumas, pizarrón y gises.

---

#### Desarrollo

- Comentar que dado el carácter de tabú que a través de los años ha tenido la sexualidad hay muchos términos asociados con ella, algunos correctos y otros que provienen del caló.
- Formar 4 subgrupos e identificar cada uno con un nombre.
- Una vez organizados el educador dirá en voz alta uno de los términos que se usan en la sexualidad (por ejemplo, pene, vagina, acto sexual, etc.) y dará dos minutos para que cada equipo haga su lista de sinónimos. Después pedirá que lean en voz alta su lista.
- El educador apuntará en el pizarrón el número de sinónimos mencionados por cada equipo.
- Decir en voz alta un nuevo término y repetir el procedimiento anterior. Esto se puede hacer tres o cuatro términos.

Discutir algunos puntos, tales como:

- a) ¿Alguien se sintió apenado cuando vieron, escribieron o leyeron en voz alta los términos? ¿Si, no, por qué?
- b) ¿Cuándo usamos términos sexuales vulgares? ¿Cuándo usamos los términos sexuales correctos? ¿Por qué?
- c) ¿Existen diferencias entre los términos asociados con el hombre y con la mujer?

---

## **Sabes cómo soy, di mi nombre**

### **Objetivo:**

Identificar las características anatómicas funcionales de los genitales en el ser humano

### **Duración:**

30 minutos

### **Material:**

Pizarrón, gises

---

## **Desarrollo**

- Dividir al grupo en dos equipos. Pedirles que se identifiquen con el nombre que deseen y escribir los nombres en el pizarrón.
- Explicar que el ejercicio consistirá en una competencia en la que un representante de uno de los equipos tendrá que describir a su equipo (sin decir el nombre específico), alguna de las partes anatómicas o de las funciones asociadas con la sexualidad humana que los miembros del equipo contrario le hayan dicho en secreto.
- El representante tendrá como máximo dos minutos para describir con todo detalle el proceso o función que se le haya dicho. El educador fungirá como árbitro de la competencia. Ejemplo: al representante del equipo A le dijo en secreto el equipo B que tenía que describir el pene. Entonces entre las cosas que dicho representante podría decir para que su equipo obtuviera un punto estarían: "soy de forma alargada y cilíndrica, me recubre una piel fina, me pongo rígido y erecto cuando me excito".
- Los aciertos y fracasos serán anotados en el pizarrón y cada equipo se irá turnando la oportunidad de participar. El juego se prolongará hasta que el tiempo lo permita (aproximadamente 20 minutos).
- Al final el educador sumará puntos y dará un premio simbólico (aplausos, una porra, etc.) al equipo ganador.
- Cerrar el ejercicio comentando la conveniencia de conocer las partes y funciones asociadas con la sexualidad humana.

---

### **Jugando con plastilina (opcional)**

#### **Objetivo:**

Identificar los órganos sexuales en la anatomía del cuerpo humano.

#### **Duración:**

30 minutos

#### **Materiales:**

Una caja de plastilina (o las que se requieran)

---

### **Desarrollo**

- Pedir a los adolescentes que se dividan en equipos de 3 ó 4 personas.
  - Distribuir el material existente a cada equipo.
  - Pedir que se moldeen los órganos sexuales masculinos y femeninos. Conceder 15 minutos para esta actividad.
  - Una vez concluidas las esculturas, pedir que las comparen entre los equipos.
  - Elegir por votación aquella escultura que represente más fielmente los órganos sexuales masculinos y femeninos mostrando los aciertos y fallas de todas ellas.
  - Felicitar al equipo ganador.
- 

### **Actividad en casa**

#### **Objetivo:**

- Identificar las partes anatómicas asociadas con la sexualidad.
- 

### **Instrucciones**

- Solicitar a los adolescentes que en dos hojas en blanco, sin escribir el nombre, dibujen a un hombre y una mujer desnudos.
- 

### **Evaluación**

- En la siguiente sesión preguntar a los adolescentes si realizaron la tarea. En caso de que no la hayan hecho dar 10 minutos para que hagan los dibujos. Pedir a los adolescentes que hagan grupos de 4 ó 5 personas y analicen los dibujos observado las partes anatómicas asociadas a la sexualidad (no solamente genitales). posteriormente un representante comentará al grupo general lo que observaron.



## OPCIONAL

### Objetivo:

Identificar los órganos relacionados o que intervienen en un coito.

---

### Instrucciones

- Solicitar a los adolescentes que dibujen a una pareja desnuda realizando un coito.

---

### Evaluación

- En la siguiente sesión pedir a los adolescentes que entreguen los dibujos y escoger al azar 8 ó 10. Pida cuatro voluntarios para que peguen los dibujos en el pizarrón, luego pídale que comenten las representaciones del coito (sin fijarse en lo artístico). Retome esta información para entrar al tema.

---

### ¿Es verdad que...?

---

1. ¿Es verdad que a una muchacha le hace mal bañarse o nadar cuando está menstruando?
  - **Falso** No existe ninguna razón física que limite a una mujer para que realice cualquier actividad durante su período menstrual.
2. ¿Es verdad que los hombres que tienen un pene más grande, gozan más sexualidad?
  - **Falso** No existe ninguna relación entre el tamaño del pene y el goce sexual. Algunos que así lo creen pueden enorgullece de ello pero lo real es que aún con un pene "chico" se siente placer. Los penes erectos tienen un tamaño similar aunque flácidos se ven diferencias marcadas.
3. ¿Es verdad que la ausencia del himen muestra que una mujer ya no es virgen?
  - **Falso** Existen mujeres que nacen sin himen, otras que poseen un himen elástico, el cual no se rompe al introducir el pene y otras que a través del ejercicio lo perdieron. no es importante tener o no himen.
4. ¿Es verdad que el tamaño del pene puede ser calculado por el tamaño de las manos o de los pies?

- **Falso** No tiene que ver nada el tamaño del pene con el de las manos u otras partes del cuerpo.

5. ¿Es verdad que la mujer vale más por tener himen?

- **Falso** Eso no tiene que ver con el valor de una mujer. Quien cree que la mujer sólo vale si tiene himen debe reconsiderar su posición y consultar otros puntos de vista.

6. ¿Es verdad que no se debe tener contacto sexual durante la menstruación?

- **Falso** Si es posible el contacto sexual durante la menstruación. Si ambos miembros de la pareja se sienten bien, no hay ningún impedimento físico. Lo importante es que ambos estén de acuerdo.

7. ¿Es verdad que si se tiene coito durante la menstruación, no se puede dar el embarazo?

- **Falso** Existe la posibilidad de embarazo teniendo relaciones sexuales durante la menstruación. Las diferencias de los ciclos menstruales y alguna irregularidad en el sangrado pueden hacer que se confunde éste y no sea realmente menstruación, produciéndose un embarazo.

8. ¿Es verdad que una muchacha puede quedar embarazada aunque tenga pocas relaciones sexuales?

- **Verdadero** Una muchacha puede quedar embarazada cada vez que ella tenga relaciones sexuales, incluyendo su primera vez.

9. ¿Es verdad que una muchacha puede quedar embarazada si ella ha tenido relaciones durante su período menstrual?

- **Verdadero** Es posible que una muchacha quede embarazada en cualquier momento durante su ciclo menstrual.

10. ¿Es verdad que una muchacha puede quedar embarazada aún si un muchacho no eyacula o "se viene" dentro de ella?

- **Verdadera** Aún si un muchacho eyacula cerca de la vagina de una muchacha, es posible que el espermatozoide encuentre un camino para entrar en la vagina.

11. ¿Es verdad que una muchacha puede quedar embarazada la primera vez que tiene relaciones sexuales?

- **Verdadero** Una muchacha puede quedar embarazada la primera vez y cada vez que ella tenga relaciones sexuales, a menos que ella o su pareja utilicen un método confiable de anticoncepción.

12. ¿Es verdad que una se puede embarazada al meterse a nadar en una alberca?

- **Falso** La única forma de embarazarse, es a través del coito, o si el hombre eyacula cerca de la vagina. Una muchacha no se puede embarazarse si hay semen en una alberca. Los espermatozoides no sobreviven en cualquier medio.

13. ¿Es verdad que una muchacha se puede embarazar por usar un baño público o un baño sucio?

- **Falso** La única forma de embarazarse es a través del coito, o si el hombre eyacula muy cerca de la vagina.

#### **A) SEXUALIDAD PLACER Y ESTABILIDAD EMOCIONAL**

#### **B) SEXUALIDAD Y PERMANENCIA DE LOS ADULTOS DURANTE EL CRECIMIENTO Y DESARROLLO HUMANO (1)**

La dinámica propuesta para esta sección es la siguiente:

- Una semana de anticipación se reparte a los participantes el material que a continuación se reproduce.
- Se les pide lo lean y subrayen con marca textos, las partes donde tengan dudas, observen propuestas nuevas o estén en desacuerdo.

Ahora que hemos sentando todos estos hechos, podemos empezar a hacer preguntas. ¿De qué manera contribuye nuestro comportamiento sexual a nuestra supervivencia? ¿Por qué nos comportamos de esta manera, y no de otra cualquiera? Quizá podamos responder mejor a estas preguntas si formulamos otra: ¿Cómo es nuestro comportamiento sexual en comparación con el de otros primates actuales? (Primate = simio, mono = chango)

Inmediatamente podemos observar que la actividad sexual es mucho más intensa en nuestra especie que en las de los demás primates, incluidos nuestros más próximos parientes. Entre éstos, la prolongada fase del galanteo brilla por su ausencia. Son rarísimos los monos que establecen relaciones prolongadas de apareamiento. La actividad precopulativa es muy breve y consiste, generalmente, en unas cuantas expresiones y simples vocalizaciones. El acto en sí también es

muy breve. (Los mandriles, por ejemplo, no tardan más de siete u ocho segundos, entre el momento de montar a la hembra y la eyaculación con un total de quince movimientos de la pelvis o aún menos). La hembra no parece experimentar la menor excitación. Si se produce en ella algo que merezca el nombre de orgasmos, no es más que una trivial respuesta, en comparación con la de la hembra de nuestra especie.

El período de receptividad sexual de la mona es todavía más limitado. Generalmente, sólo abarca una semana, o un poco menos, de su ciclo mensual. Esto supone ya un avance en relación con los mamíferos inferiores, en los cuales se ve severamente limitado al tiempo al de ovulación; pero, en nuestra propia especie, la tendencia del primate a una receptividad mayor ha sido llevada hasta el límite, pues la hembra es virtualmente receptiva en todos los tiempos. Cuando una mona queda preñada o amamanta a su pequeño, deja de ser sexualmente activa. En cambio, nuestra especie ha extendido también su actividad sexual a estos períodos, de manera que sólo hay un breve tiempo, inmediatamente antes y después del parto, en que la cópula está seriamente limitada.

Salta a al vista que el mono desnudo es el primate actual de sexo más activo. Para observar la razón de esto tenemos que observar de nuevo sus orígenes. ¿Qué ocurrió? Primero: tenía que cazar, si quería sobrevivir. Segundo: tenía que mejorar su cerebro, para compensar su debilidad física de cazador. Tercero: tenía que tener una infancia más prolongada, para desarrollar y educar su cerebro. Cuarto: las hembras tenían que quedarse a cuidar de los pequeños, mientras los machos salían de caza. Quinto: los machos tenían que colaborar entre si en los trabajos de la caza. Sexto: tenía que erguirse y emplear armas, para que la caza fuese fructífera. No quiero decir con esto que los cambios se produjeron en este mismo orden, por el contrario, parece indudable que se realizaron gradual y simultáneamente, ayudando cada modificación a todas las demás. Me he limitado a enumerar los seis cambios mayores y fundamentales que tuvieron lugar en la evolución del mono. Pero creo que, en estos cambios, están todos los ingredientes necesarios para explicar nuestra presente complejidad sexual.

Para empezar, los machos tenían que estar seguros de que sus hembras les serían fieles cuando las dejaran solas para ir de caza. Por consiguiente, las hembras tenían que desarrollar una tendencia a la formación de parejas. También si se suponía que los machos más débiles tenían que cooperar en la caza, había que otorgarles mayores derechos sexuales. Las hembras tendrían que ser más compartidas, y la organización sexual, más democrática, menos tiránica. También los machos necesitan una tendencia más fuerte al emparejamiento. Además, los machos estaban ahora provistos de armas mortíferas, y las rivalidades sexuales hubiesen resultado demasiado peligrosas: una nueva y buena razón de que cada

macho se contentara con una sola hembra<sup>\*</sup>. Y, por si todo esto fuera poco, el lento crecimiento de los pequeños motivaba que aumentan sus exigencias a los padres. Tenía que perfeccionarse el comportamiento familiar y repartir los deberes paternos entre el padre y la madre, otra buena razón para establecer una pareja firme.

Tomando esta situación como punto de partida, podemos ver ahora cómo se desarrollaron otros aspectos de la cuestión. El mono desnudo tenía que crear la facultad de enamorarse, de unirse sexualmente con un solo compañero, a fin de lograr el lazo entre los dos. De cualquier modo que se planteo el asunto, siempre volvemos a lo mismo. ¿Cómo se les ingenió para lograr esto? Qué factores le ayudaron en esta tarea? Como primate, debía de tener ya una tendencia a formar breves emparejamientos de unas horas, o incluso de uno días, de duración, pero esto tenía que ser intensificado y ampliado. Una de las circunstancias que debieron de ayudarle fue su propia prolongada infancia. Durante los largos años de su crecimiento, debió de tener ocasión de crear una profunda relación personal con sus padres, una relación mucho más fuerte y duradera que cuanto podía experimentar un joven mono. La pérdida de este lazo familiar, al llegar a la madurez y a la independencia, tenía que producir <<un vacío efectivo>>, un hueco que había de llenar. Por consiguiente, se hallaría bien dispuesto para la creación de un nuevo e igualmente poderoso vínculo que sustituyese al antiguo.

Aunque esto era suficiente para intensificar su necesidad de formar un nuevo lazo entre dos, se requería ayudas adicionales para conservarlo. Tenía que durar lo necesario para el largo proceso de crianza de los hijos. Ya que se había enamorado, tenía que seguir enamorado. Había conseguido lo primero inventando un fase de galanteo prolongado y excitante pero necesitaba algo más después de esto. El método más sencillo y más directo de lograrlo consiste en hacer más complejas y placenteras las actividades compartidas de la pareja. En otras palabras, conseguir que el sexo fuera más sexo.

¿Cómo se consiguió? De todas las maneras posibles: ésta parece ser la respuesta acertada. Si volvemos ahora al comportamiento del mono desnudo actual, vemos cómo el plan toma forma. La aumentada receptividad de la hembra no puede explicarse únicamente en términos de aumento de la natalidad. Es indudable que, al encontrarse dispuesta a copular cuando se halla todavía en la fase de crianza de niño, la hembra acrecienta al ritmo de los nacimientos. Dado el largo período de dedicación a aquélla, sería un desastre si la hembra obrase de otro modo. Pero esto no explica por qué está en disposición de recibir al varón y de excitarse sexualmente a lo largo de cada uno de sus ciclos mensuales. Únicamente ovula en un momento de aquel ciclo, por consiguiente, las uniones

---

\* Nota de los instructores: Un macho y una hembra en el enfoque europeo moderno; el indígena prehispánico y en muchas otras culturas del mundo es de un macho y varias hembras, en los Himalayas de una hembra con varios machos.

fuera de aquel tiempo no pueden ejercer una función procreadora. La gran abundancia de copulación en nuestra especie se debe, evidentemente, no a la producción de retoños, sino al reforzamiento del lazo entre la pareja, gracias a los mutuos goces de los compañeros sexuales. Entonces, la reiterada consecución de la consumación sexual, no es, para la pareja, un fruto reinado y decadente de la civilización moderna, sino una sana tendencia de nuestra especie, con base biológica y profundamente arraigada.

Incluso cuando ha interrumpido sus ciclos mensuales en otras palabras, cuando está embarazada, la hembra sigue respondiendo al varón. Esto tiene también particular importancia porque con el sistema de un varón, una hembra, sería peligroso defraudar al varón durante un período tan largo. Podría poner en peligro la vinculación entre la pareja.

Aparte del aumento de la cantidad de tiempo en que pueden desarrollarse las actividades sexuales, estas propias actividades han sido perfeccionadas. La vida cinegética que nos desnudo la piel y nos dio manos más sensibles, nos brindó un campo mucho más amplio para el estímulo sexual del contacto entre los cuerpos. Estos desempeñan importantísimo papel en el comportamiento precopulativo. Los golpecitos, los roces, las presiones y las caricias son más abundantes e intensas que en cualquier otra especie de primate. Además, ciertos órganos especializados, como los labios, los lóbulos de las orejas, los pezones, los senos y los órganos genitales, están abundantemente dotados de terminaciones nerviosas y han llegado a sensibilizarse sobremanera al estímulo táctil erótico.

Al iniciar la sesión se subdivide al grupo en subgrupos y se pide que en cada uno de ellos se trate de responder:

Enliste las principales diferencias entre la sexualidad humana y la de los demás primates:

¿De qué manera contribuye la sexualidad humana a proteger el crecimiento y desarrollo de los niños?

¿De qué manera contribuye la sexualidad humana a integrar las familias y las sociedades?

## **LA COMUNICACIÓN (2)**

### **¿Qué es la comunicación?**

Comunicación es intercambiar información entre dos o más personas.

## **¿Qué se necesita para comunicarse?**

Para comunicarse hay que percatarse de la existencia y presencia de la otra persona. Tratar de descubrir cómo es ella, sin inmiscuirnos en los límites que ella establece.

Además, es necesario lograr que la otra persona dé cuenta de nuestra presencia y existencia, estando accesibles para que el otro descubra cómo somos.

Para que cualquier comunicación tenga significado, funcione y prospere, se requiere que el "tú" y "yo" se convierta en "nosotros". Cuando la comunicación es auténtica, vemos con claridad las diferencias entre las personas y compartimos experiencias que nos son propias. Poco a poco creemos, convirtiéndonos en nuevas personas.

Para que ello se logre, no podemos entrar a ninguna conversación con los frenos puestos o a la defensiva. Necesitamos entrar con las puertas de la amistad y las fronteras del corazón abiertas. Es importante estar dispuestos a crecer con la comunicación.

## **¿Por qué es importante la comunicación?**

La comunicación hace que sea más fácil relacionarnos con las personas. Sin comunicación no puede haber una buena relación. Al vivir rodeados de otras personas necesitamos dar a conocer necesidades, pedir ayuda, dar alabanzas, ofrecer apoyo, indicar deseos, solicitar favores, aclarar malos entendidos, expresar sentimientos, solucionar conflictos. Para todo esto resulta indispensable la comunicación.

## **¿Cómo se puede lograr una comunicación personal más efectiva?**

Una buena comunicación personal se logra reconociendo el deseo de que la otra persona conozca algo acerca de nosotros y conocer más a la otra persona. ¿Estoy dispuesto a revelar asuntos personales o expresar mis más íntimos pensamientos y sentimientos? ¿Estoy dispuesto a escuchar y respetar los pensamientos y sentimientos de la otra persona? Si la respuesta a ambas preguntas es sí, estos son los pasos a seguir:

1. Seamos sinceros con nosotros mismos.
2. Seamos claros y abiertos. Digámosle a la otra persona que tenemos la intención de hablar con franqueza y ser escuchados con atención.

Se necesita valor para revelar lo que sentimos, pedir lo que necesitamos y expresar lo que pensamos. Pero el esfuerzo que invertimos en la comunicación trae recompensas y frutos muy valiosos en la vida.

Muchas veces somos indirectos o poco claros en la comunicación por temor a ser rechazados. Otras veces, esperamos que los demás adivinen nuestros pensamientos. En ocasiones, somos agresivos pensando que la otra persona reaccionará críticamente. Todas estas actitudes vuelven ineficaz la comunicación y estéril la relación.

### **¿Cómo se puede adivinar lo que la otra persona quiere, necesita, siente o piensa?**

No existe manera alguna de adivinar y no tiene sentido siquiera intentarlo. La manera más efectiva de saber qué piensa o siente otra es que se lo preguntemos abierta y directamente.

### **¿Qué se puede hacer cuando uno no entiende lo que alguien dice?**

Es necesario simplemente pedirle que lo diga otra vez, pero con palabra más sencilla y específicas. Expresarle de la manera más clara y directa posible, qué fue lo que no entendimos. Manifestemos interés por lo que la otra persona quiere decirnos. Una persona atenta e que se involucra mental y emocionalmente en la conversación es una compañía agradable.

### **¿Cómo saber con quién se puede llevar una comunicación abierta e íntima y con quién no?**

Sin temor a equivocarnos, podemos decir que una comunicación abierta e íntima muy rara vez se puede lograr con un recién conocido. Resulta positivo esperar hasta que la relación llegue a un punto que inspire confianza, en el que se haya comprobado, por medio de hechos concretos, que se puede tener efectivamente confianza. A veces esto toma tiempo, horas de charla, de actividades compartidas. Cuando tenemos alguna duda sobre el tipo de relación que deseamos llevar con alguien, lo mejor es ser cautelosos y pacientes en las comunicaciones personales y no profundizar en ellas hasta estar seguros de que podemos y deseamos confiar en la otra persona.

### **¿Se debe comunicar todo cuando se desea establecer una comunicación personal?**

Al tratarse de la comunicación personal, existen cuatro cuestiones que es conveniente resolver antes que nada:



Qué decir.

- Cuánto decir de todo lo que sabemos.
- Cuándo es el momento oportuno.
- Cómo decirlo.

Cada uno de nosotros tiene la capacidad para determinar qué decir, qué tanto decir y cuándo decirlo. En el momento en que estamos diciendo lo que pensamos, vemos las reacciones, observamos los gestos, escuchamos cuidadosamente los comentarios.

También es útil en contacto con los propios sentimientos para saber hasta dónde deseamos compartir.

Toda buena relación se fundamenta en el respeto y en el firme propósito de evitar herir a la otra persona con los actos o las palabras. La forma (el "cómo") y el momento ("cuando") de decir las cosas es tan importante para lograr un entendimiento como lo que se dice (el "qué").

### **¿Qué significa encontrar el momento y el lugar para decir las cosas?**

Decir algo en un momento inoportuno o en un lugar inapropiado puede provocar problemas. Decir exactamente lo mismo en el momento oportuno, en el lugar apropiado, puede darnos excelentes frutos. Así, por ejemplo, si le decimos a nuestro papá "que no lo comprendemos" en frente de su jefe, justamente cuando el jefe le está llamando la atención por una falta en el trabajo, puede tener consecuencias posteriormente muy negativa. En cambio, si buscamos un momento a solas para decirle lo mismo, se obtendrán mejores resultados.

### **¿Cómo se sabe quién tiene la razón si hay dos interpretaciones diferentes de una misma realidad?**

Dos personas que observan el mismo cuadro en un museo tendrán opiniones diferentes. A una de ellas le parecerá que los colores usados por el artista son muy serios, mientras que a la otra le parecerán alegres. Así como las huellas digitales son totalmente distintas de un individuo a otro, también las personas interpretan lo que sucede a su alrededor de manera diferente, dependiendo del momento particular que atraviesan en sus vidas, de su experiencia previa en sus relaciones con otras personas, de su nivel de comprensión de la situaciones y los hechos.

Lo importante muchas veces no consiste en determinar quién tiene la razón sino en llegar a un acuerdo, a una solución, a una mejor amistad, respetando la opinión del otro, por muy diferente que sea su forma de pensar.

Es una experiencia hermosa tener una relación basada en la confianza, en la que cada uno de nosotros expresa su perspectiva sin que el otro nos reprenda, agrede, acuse o amenace. En un ambiente de libertad, podemos hablar, podemos ser escuchados y considerados. Tan valiosa es la opinión de unos como de otros.

¿Cómo es una comunicación efectiva?

Una comunicación es efectiva cuando decimos las cosas con palabras sencillas y honestidad. La comunicación se torna inefectiva cuando decimos una cosa por otra. Por esto es importante que pensemos qué, cómo, cuándo y en dónde decir las cosas antes de emitir una sola palabra, especialmente si el tema es delicado.

Entre los principales problemas de la comunicación no efectiva se encuentra la falta de especificidad, el hecho que sea negativa, destructiva, rechazante, complicada e irresponsable. En lugar de esto, se puede buscar y hacer una comunicación positiva, específica, constructiva, aceptante, sencilla y responsable.

A continuación, se muestran dos columnas. La de la izquierda, es un ejemplo de la forma más común de decirnos las cosas. La columna derecha indica una manera más efectiva de comunicarse.

## COMUNICACION

INEFECTIVA	EFECTIVA
negativa "Tú no me comprendes"	positiva "Me gustaría que fueras más comprensiva"
Inespecífica	Específica
<p>"¡Todo lo que haces te sale mal!</p> <p>"Ustedes no me quieren".</p>	<p>"Este pastel se te quemó poco, pero estoy seguro que el próximo quedará en su punto".</p> <p>"Me gustaría que dedicaran más tiempo para hablar conmigo".</p>
Crítica destructiva: (dirigida a la persona)	Crítica constructiva (dirigida a la conducta)
"¡Eres un idiota"	"Por estar corriendo, tiraste el jarrón de cristal. Veamos que podemos hacer para que esto no se repita".
Rechazante	Aceptante
"Si no consigues trabajo, ya no te voy a querer"	"Dime claramente cómo puedo ayudarte a conseguir trabajo".
Complicada	Sencilla
"Date cuenta que lo que te digo es porque te deseo lo mejor y porque estoy seguro de que hablo con la verdad, porque tengo muchos años de experiencia y porque..."	"Cuenta conmigo". "Espero poder ayudarte y que mi experiencia te sirva".
Irresponsabilidad	responsable
"Si acaso tengo tiempo, veré si puedo hacer algo de lo que me pides".	"No. No puedo hacer lo que me pides". También: "Si te puedo ayudar, pero no con todo".

### ¿Cómo comunicarnos con claridad?

Para describir lo que necesitamos para una comunicación clara. Ginott, un especialista en comunicación entre padres e hijos, ha sugerido lo siguiente:

- Digamos en forma asertiva lo que vemos.
- Digamos de manera abierta lo que sentimos.
- Repitamos lo que oímos para comprobar si entendimos.

Estos principios se basan en el respeto y la consideración hacia los demás. No debe haber mensajes ocultos, indirectos o "abajo del agua". Si la

comunicación resulta amenazante para la otra persona, ésta se sentirá invadida, controlada, y se verá forzada a "contraatacar" en vez de comunicarnos sus verdaderos sentimientos.

Otro factor importante para la claridad es que seamos ordenados: hablar de un punto concreto y luego pasar a otro, sin mezclarlos o combinarlos con reproches sobre el pasado ni con exigencias para el futuro.

### **¿Es de mala educación decir lo que se siente?**

No. En muchas culturas se presiona a las personas, en especial a los hombres, para que no expresen sus sentimientos. Prohibir expresar los sentimientos no lo hace desaparecer: sigue ahí.

Muchos sentimientos y pensamientos que tenemos no pueden dejarse enlatados por mucho tiempo. Es muy importante no permitir que por vergüenza, o por la presión de otras personas, dejemos de decir lo que realmente sentimos.

### **¿Qué hacer para comunicar lo que se siente sin decirlo?**

Nada. Si no decimos lo que sentimos, la otra persona no lo puede saber ni adivinar. Si la otra persona no sabe las cosas directamente de nosotros, nunca podrá prosperar la relación entre los dos: pareja, amigos, padres, hijos o hermanos.

### **¿Qué hacer cuando se tiene miedo de decir lo que se piensa?**

Con frecuencia nosotros, seamos adolescentes o adultos, sentimos o pensamos algo que no podemos expresar por miedo al rechazo, a ser evaluados o juzgados, o por temor de herir a otros. Cuando esto ocurre, resulta muy productivo decirle a la otra persona que tenemos miedo de expresar un sentimiento. Al hacerlo, la persona se siente más libre y tranquila, y se favorecen los lazos de unión, y la relación afectiva se hace más real.

Es muy probable que después de haber expresado ese temor o incomodidad, nos sea más fácil comunicar otros temores más íntimos o personales.

### **¿Qué hacer para aprender a expresarse en forma clara y abierta?**

Podemos practicar frente a un espejo, escucharnos a nosotros mismos, escribir lo que queremos decir, o pedir ayuda a un psicólogo, o a un amigo de confianza para practicar.

<b>Comunicación oscura:</b>	<b>Comunicación clara:</b>
<b>EN VEZ DE DECIR:</b>	<b>SE PODRIA DECIR:</b>
Lo único que te importa es el deporte	Te agradecería que hablaras conmigo cuando tengas un rato disponible.
Nada de lo que hago te gusta.	Te quiero pedir que me digas claramente lo que te molesta de mí.
Eres un estúpido por lo que hiciste.	Creo que hubiera ayudado más haberlo hecho de esta otra manera (explicando la otra alternativa).
Tu nunca me llamas	Me gustaría que me llamaras más seguido.
Tú nunca te fijas en mí.	Me gustaría que me dijeras cosas bonitas con más frecuencia.
Siempre andas con tus amigos	Me gustaría que pasáramos más tiempo a solas tú y yo.

### **¿Qué otros ingredientes son importantes para que se de la comunicación abierta?**

Escuchar y responder. Hasta ahora hemos hecho referencia a la importancia de la expresión clara y abierta. Para que ésta surja, se requiere que escuchemos y respondamos abiertamente. Muchas veces, no somos capaces de escuchar a nadie más que a nosotros mismos; uno habla de una cosa y otro de otra, pero nadie realmente escucha o se involucra con lo que dice el otro.

Cuando, en un momento dado, no queremos escuchar a la otra persona podemos hacérselo saber. De mutuo acuerdo podemos esperar un momento más oportuno. Ambas personas tienen el derecho de se escuchadas y atendidas; ambas tienen derecho de pedir ser escuchadas y de hablar.

Dar respuestas breves y constatar cosas como "¿Ah, sí?", "obviamente", "no estoy de acuerdo", no es conversar. Para responder necesitamos escuchar, demostrar que estamos escuchando y decir lo que requerimos y estamos dispuestos a hacer (por ejemplo, brindar información, apoyo, compañía). Un primer paso para responder es resumir lo que la otra persona nos ha dicho y mostrarle comprensión. Por ejemplo. "Lo que tú me estás diciendo es que estás preocupada", "Entiendo que estás enojada por lo que pasó".

## **¿Cómo se ganan las discusiones?**

Las relaciones personales no son un concurso que tenemos que ganar. Para que uno gane, otro tiene que perder. O, para ser más exactos, si uno gana, los dos pierden. ¿Por qué? Porque aumentan las diferencias, se crean malos entendidos, rencores y distanciamiento.

Al entablar una conversación sobre temas personales buscamos un mayor entendimiento, un acercamiento, dar y recibir, escuchar y ser escuchados, sentimos y sentir a la otra persona.

En la comunicación, es necesario evitar las luchas de poder. Y si ya estamos en alguna, demos el primer paso cediendo y así dejar de luchar.

## **¿Por qué se tiene que dar el primer paso para romper la lucha de poder con la otra persona?**

Por las ventajas que a la larga obtendremos. ¿Por qué a veces se vuelve un paso prolongado? Porque generalmente pasa mucho tiempo antes de que la otra persona ceda. ¿Quién debe dar el primer paso? quien ya conoce el secreto de ceder en la comunicación o el que se sienta más seguro de sí mismo, o el más capaz de llevar la relación personal por buen camino.

## **¿Se debe anunciar a la otra persona que uno va a ceder?**

No. Simplemente hagámoslo y esperemos. Tampoco nos humillemos, seamos fuertes y firmes, pero al mismo tiempo, cariñosos y pacientes. Los hechos dicen más que las palabras.

## **¿Qué es la comunicación no verbal?**

Cuando dos o más personas interactuamos, no sólo nos comunicaremos con palabras sino también a través del cuerpo y de otros sentidos.

Comunicación verbal: Palabras.

Comunicación no verbal: Tono de la voz. Postura del cuerpo. Expresiones de la cara y de los ojos. Movimientos de las manos, los brazos, la cabeza, los pies y las piernas. Ritmo de la respiración. Tensión de los músculos.

Si nos comunicamos de manera congruente, nuestro cuerpo reforzará lo que dicen nuestras palabras.

## **¿Por qué en algunas personas se contradicen sus palabras y sus expresiones no verbales?**

Puede suceder por varias razones:

- Se tiene poca autoestima.
- Tiene miedo de herir los sentimientos de los demás.
- Teme las represalias que la otra persona pueda tomar.
- Tiene temor de que se rompa la relación.
- No sabe cómo ser asertivo.
- No le importa la otra persona ni la relación con ella.
- Está inseguro de lo que quiere decir.
- Quiere agradar o complacer.

## **¿Que tan importante es la comunicación no verbal?**

Se podrá decir que la comunicación no verbal es la mitad de toda la comunicación. Así que no sólo basta con ser claros y firmes diciendo lo que pensamos: también es necesario que el mensaje no verbal apoye lo que estamos tratando de comunicar. Por ejemplo, si decimos "estoy enojado" pero al mismo tiempo sonreímos, probablemente no nos crearán, por parecer que estamos bromeando.

El significado del mensaje puede cambiar completamente si lo que decimos va acompañado de una sonrisa o de un tono de voz bajo y vacilante, de movimientos inquietos, o de una falta de contacto visual (evitar mirar a los ojos). Por otro lado, a través de una leve palmada, de tomar la mano, de una mirada directa y serena, podemos comunicar efecto, cariño, comprensión, apoyo.

Al escuchar es necesario atender no sólo a las palabras a los movimientos y posturas de todo el cuerpo del interlocutor. Contiene tanta información el tema tratado como las señales no verbales que consciente o inconscientemente emiten las personas.

Estemos atentos a los mensajes que la gente está transmitiendo a través de la comunicación no verbal para poder responder de manera congruente.

Si ignoramos las emociones y los mensajes no verbales y únicamente respondemos a las palabras, no nos estaremos comunicando, no nos comprenderemos; estaremos perdiendo el tiempo, frustrándonos mutuamente. No escuchemos solamente lo que nos dicen: tratemos de sentir lo que nos quieren hacer entender.

Tampoco "atemos" las personas a sus palabras. Muchas veces las personas no tienen palabras para explicar o usan palabras que pueden sonar

irracionales. Nuestra actitud comprensiva hará que se sientan capaces de decir cualquier cosa. Se requiere que nuestra actitud sea tan abierta, que seamos capaces de escuchar cualquier cosa, aún lo que no queríamos saber.

### **¿Cómo se puede saber cuándo alguien está tratando de comunicar algo de forma no verbal?**

Una vez que sabemos que todas las personas usamos todo el tiempo la comunicación no verbal, podemos acostumbrarnos a estar atentos a los gestos, el tono de voz y todo aquello que forma parte de la conversación. Al ver y escuchar lo que la otra persona dice, podemos expresarle lo que creemos realmente nos quiere decir, y pedirle que lo confirme o explique.

### **¿Cómo darse cuenta de la existencia de la comunicación no verbal y cómo se manifiesta?**

Una forma es practicando frente a un espejo o pidiéndole a un amigo o amiga que nos ayude a experimentar. Podemos ensayar diciendo lo que haremos esa tarde sin usar ninguna palabra; o podemos tratar de atraer o de alejar a una persona con miradas y movimientos. Otro ejercicio interesante, y hasta divertido, es tratar de expresar en forma no verbal sentimientos: alegría, tristeza, enojo, sorpresa.

### **¿Se puede confiar únicamente en la comunicación no verbal?**

No: la comunicación no verbal no es tan específica como la comunicación verbal. Está sujeta a muchas interpretaciones o al uso de la "adivinación". La comunicación no verbal se interpreta contrastándola con las palabras poniendo en palabras lo que vemos que la otra persona dice con el lenguaje no verbal.

En ocasiones, algunas personas tratan de manejar los afectos a través de la comunicación no verbal.

### **¿Qué quiere decir "manejo del efecto"?**

Para obtener algo, en ocasiones actuamos de manera más afectuosa, simpática, dulce, agradable, sensual, sumisa, agresiva u obediente que lo normal. En esos casos, estamos tratando de conseguir un objetivo por medio del manejo del afecto.

### **¿Se puede manipular a otros para que hagan lo que uno quiere?**

Si se puede. Y generalmente eso causa problemas. La persona que es manipulada se siente lastimada, poco valorada y usada. Su autoestima se pone en duda.



## **¿Los hombres usan las mismas estrategias de manejo del afecto que las mujeres?**

A veces sí, en ocasiones no. A veces las mujeres se muestran más desvalidas de lo que realmente están, mientras que los hombres pueden intentar que la mujer crea ser la única persona en todo el mundo que puede entenderlo. En ambos casos lo que se busca por medios indirectos, muchas veces problemáticas, es que la otra persona se mantenga a su lado.

## **¿Qué se puede hacer para lograr las metas sin manipular el efecto?**

Primero, saber a dónde queremos llegar, definir claramente la meta. Luego, conocer y evaluar los recursos personales no afectivos (eficiencia, inteligencia, habilidad manual, capacidad de comunicación verbal) que emplearemos para conseguir las metas. Y finalmente, utilizar esos recursos.

## **¿Qué problemas puede acarrear el manipular a través del afecto?**

Manipular el afecto para lograr una meta puede llevar a:

- que el afecto sea mal entendido,
- y que sea utilizado en perjuicio de nosotros

No es un panorama halagador. Una mujer que trata de ser obediente, afectuosa o seductora con el hombre para que éste le dé un mejor trabajo, le ofrezca protección y seguridad, la saque de la casa de sus padres, le compre un regalo o le haga algún otro favor, puede propiciar que estas actitudes o conductas sean utilizadas por él para presionarla a tener relaciones sexuales, o hace algo que ella nunca hubiera querido hacer.

Otro problema del uso del afecto como táctica para obtener algo es que podamos caer en un chantaje emocional. En el chantaje emocional, alguien nos presiona para hacer algo que realmente no queremos hacer (por ejemplo: fumar, beber, consumir drogas, robar algo, tener coito, mentir, no usar anticonceptivos, faltar a una cita): de no hacerlo se nos amenaza con cosas como hacernos sentir culpables, abandonarnos para siempre, contar lo sucedido, contar nuestras intimidades, hacernos algo que nos cause algún daño serio.

## **¿Se puede evitar caer en la trampa de la manipulación del efecto?**

Sí. A nuestro alcance está evitar tanto ser manipuladores como ser manipulados. He aquí algunos pasos para no caer en la trampa:

1. Aceptemos que existe. Reconozcamos que se puede dar casi en cualquier situación, casi con cualquier persona, y que podemos alguna vez caer en ella.
2. Estemos alerta a su ocurrencia. Estar atentos a la forma como se establecen nuestras relaciones y si lo que hacemos pensamos y sentimos no está dado por la manipulación que están ejerciendo sobre nosotros.
3. Enfrentemos la situación. Manifestémosles francamente (confrontemos) a la persona que están tratando de manipular (o que está manipulando) que queremos que abandone esta táctica. Expresémosle el deseo de que cambie dicha actitud por una de honestidad.
4. Practiquemos para acostumbrarnos a ser asertivos. Seamos firmes hasta lograr un cambio permanente de actitud por parte de la otra persona. No hay que ceder a su manipulación.

## **LA ASERTIVIDAD (4)**

### **¿Qué quiere decir ser asertivo?**

El arte de la asertividad es hacer valer los derechos propios diciendo lo que necesitamos, creemos, sentimos y pensamos, de manera clara, directa, firme, sin agredir, respetando a las otras personas.

### **¿Cómo se sabe cuando uno está siendo asertivo?**

Según Virginia Satir, especialista en relaciones interpersonales, somos asertivos cuando:

- Nos damos la libertad de ver y escuchar las cosas tal como existen aquí y ahora.
- Nos damos la libertad de decir lo que creemos y pensamos, en lugar de lo que deberíamos creer y pensar según el criterio de alguien más.
- Nos sentimos libres de sentir lo que sentimos, en lugar de lo que se espera que debamos sentir.
- Nos damos la libertad, sin temor alguno, de pedir lo que queremos, en vez de que siempre estemos esperando el permiso para hacerlo.
- Nos arriesgamos a mejorar en nuestro nombre y para nuestro beneficio.

### **¿Es cierto que está mal visto ser asertivo?**

No. Y aunque lo fuera, la sociedad ganaría mucho si estuviera formada por más personas asertivas. Cuando hacemos valer nuestros derechos, cuando comunicamos clara y directamente lo que queremos y lo que esperamos de los demás, somos apreciados por nuestra sociedad. A veces creemos que ser asertivo está mal visto, porque confundimos la asertividad con la agresividad.

Agresividad implica hacer daño a otra persona.  
Asertividad implica hacerse respetar y respetar a los demás.

Otra razón por la que creemos que otros ven mal la asertividad, es el sentimiento de inseguridad. Cuando no nos apreciamos a nosotros mismos nos sentimos inseguros o culpables de expresarnos abiertamente. Cuando nos damos cuenta de la inseguridad o culpa, es el momento de meditar y seguir adelante hasta hacer valer nuestros derechos.

Comunicarse asertivamente implica:

- Expresar con firmeza los valores,
- Expresar con claridad los pensamientos y,
- Expresar con profundidad los sentimientos.

AGRESIVIDAD	PASIVIDAD	ASERTIVIDAD
-------------	-----------	-------------

**1. ¿Quieres ir a la fiesta hoy en la noche?**

"No voy a la fiesta con alguien tan aburrido como tú".

"¡Hay, me da pena ir" Decide tú por mí. No sé que hacer".

"No gracias. No quiero acompañarte en estas ocasiones. Tengo que atender algunas cosas personalmente.

**2. Quiero que te acuestes conmigo.**

"¿Y si me embarazo? A ti que, ¿verdad?"

"Es que, no sé. ¿Tú qué crees? ¿Cómo lo verán mis amigas?"

"No me siento lo suficiente segura todavía. No quiero acostarme contigo y no me lo pidas. Yo lo decidiré".

**3. ¡Todos le entran a la droga! ¿Acaso tú no?**

"Yo hago lo que se me da la gana, no me molestas".

"No sé qué hacer?. ¿Qué tal si mis papás se enojan?"

"Aunque todos lo hagan, yo no tengo deseos de hacerlo".

**4. ¿Por qué no quieres tener relaciones sexuales conmigo?**

"Porque no se me da la gana".

"Es que a la mejor me embarazo. No sé, ¿Y si parada me castigan mis papas?"

"Todavía no me siento pre- No quiero tener relaciones sexuales".

**5. Una copita a nadie le hace daño. No seas miedoso.**

"Sabe espantoso y no me gusta"

"Tal vez otro día lo pruebe".

"No, gracias. No es por miedo, sé que no me va a hacer bien, así que por favor no insistas".

**6. Un ejemplo de petición**

"¡Hasta cuándo crees que voy a estar esperando a que me regreses los libros que te preste?"

"¿te acuerdas que hace mucho te presté unos libros?"

"Por favor, regrésame los libros que te presté a más tardar mañana".

La gente siempre escucha a las personas asertivas, pues de manera natural imponen respeto y admiración.

### **¿En verdad es más aceptado ser pasivo?**

No. Las personas que dan respuestas que reflejan pasividad no son prestadas ni escuchada. Además, la comunicación pasiva lleva a confusiones y a que otros trate de aprovecharse de uno.

### **¿Qué se necesita para ser asertivo?**

1. Aceptarnos y valorarnos a nosotros mismos (tener una alta autoestima).
2. Mantener con firmeza nuestra posición, respetando a los otros.
3. Ser claros, directos y firmes en la comunicación.
4. Saber cuándo, dónde y cómo decir las cosas.

### **BILBIOGRAFIA CICLO II.**

1. Susan Pick Y colaboradores, "Planeando Tu Vida", Editorial Planeta, México 1993. P.P. 69-71.
2. Desmon, Morris ; " El mono desnudo", Editorial Plaza 8, España 1972. P.P. 54-59
3. Pick, Susan " Yo Adolescente", Instituto Mexicano De Investigación De Familia y Población A.C. , Editorial. Planeta México 1997 .P.P 51-60.
4. Pick, Susan " Yo Adolescente", Instituto Mexicano De Investigación De Familia y Población A.C. , Editorial. Planeta México 1997 .P.P 51-60.

## **CICLO TRES. EMBARAZO Y ADOLESCENTES. I**

Contenido Temático:

- Consecuencias de un embarazo no deseado en la adolescencia.
- El miedo a estar solo.
- La posibilidad de sentirse adulto.
- La posibilidad de reafirmarse como hombres o mujeres.

### **Objetivos:**

- Que el adolescente logre identificar los síntomas físicos del embarazo.
- Examinar los factores y las situaciones facilitadoras del embarazo en la adolescencia.
  
- Que el joven pueda analizar las consecuencias físicas y psicosociales del embarazo en la adolescencia.
  
- Analizar con los adolescentes porque frecuentemente niegan que tienen o van a tener relaciones sexuales.
  
- Que los adolescentes comprendan que la negación del ejercicio de su sexualidad puede predisponerlos a no prevenir un embarazo. **(1,2)**

### **Premisas y Contenido**

Un gran porcentaje de embarazos que se presentan en la adolescencia son accidentales, es decir, no planeados y generalmente ocurren cuando las jóvenes no están informadas acerca del riesgo de un embarazo y de la forma de evitarlo usando algún método anticonceptivo.

En México, 12.1 % de los nacimientos de neonatos fueron de madres entre 15 y 19 años de edad, (Encuesta Nacional Demográfica 1982) y existe información que indica la presencia de embarazos en adolescentes menores de 15 años (Pick de Weiss, Atkin y Iarchmer, 1988).

Asimismo, se ha visto que el 16.1 % de las adolescentes entre 12 y 19 años de edad han tenido relaciones sexuales, y que la edad promedio del debut sexual de las adolescentes que han tenido experiencia sexual es 16.4 años (Pick de Weiss, Díaz-Loving, Andrade y Atkin, 1988), en el caso de los hombres es alrededor de los 115 años. La mayoría de los adolescentes empieza a tener relaciones sexuales después de los 17 años.

Los factores que facilitan que una adolescente quede embarazada son de orden físico, psicológico, social y cultural. El desconocimiento del uso y la forma de adquisición de métodos anticonceptivos, la escasa preocupación en relación

con la sexualidad, así como la inmadurez emocional que obstaculiza el análisis de las consecuencias de sus actos, son algunos de los factores que aumentan la probabilidad de embarazo en la adolescencia.

Específicamente entre los aspectos psicológicos que se han propuesto como relacionados con el embarazo en adolescentes se encuentran:

- El miedo a estar solo.
- La posibilidad de sentirse adulto.
- La carencia de afecto.
- La necesidad de reafirmarse como mujeres o como hombres.
- Relación y comunicación inadecuada con los padres.
- La búsqueda de independencia.
- La curiosidad sexual.
- Presencia de embarazos premaritales en hermanas y en la madre.

El hecho indiscutible de que el embarazo puede producirse la primera vez que se tiene un coito, desde el momento que se presenta la ovulación o comienza la eyaculación (entre los 12 y 13 años de edad en promedio), hace de la edad adolescente una etapa potencial de embarazo con alto riesgo ya que a los 15 años aún no está consolidado el desarrollo físico, y generalmente hasta después de los 20 años existen las condiciones psicosociales para enfrentar las responsabilidades que se derivan de tener un hijo.

Las consecuencias derivadas del embarazo en la adolescencia son evidentes a distintos niveles, entre los cuales destacan los relacionados con:

**Aspectos físicos:** Se sabe que las mujeres que se embarazan antes de los 15 años tienen una mayor probabilidad de presentar abortos, partos prematuros terminados en cesárea, uso de fórceps, o bien, un trabajo de parto con mayor duración, dando como resultado sufrimiento fetal. Otra de las complicaciones que se presentan es la toxemia. Este padecimiento se caracteriza por aumento de peso, hinchazón de manos y tobillos y presión arterial alta. De no tratarse adecuadamente se puede desencadenar una eclampsia, la cual daña el sistema nervioso y llega a provocar, inclusive la muerte. Además, el bebé producto de un embarazo en edades tempranas, suele tener bajo peso y talla al nacer.

Se sabe que la morbilidad infantil en madres adolescentes es más elevada que en las madres mayores, especialmente en el nivel socioeconómico bajo. También se han observado problemas en el desarrollo de bebés de madres adolescentes. Por lo tanto, la edad ideal para que una mujer se embarace fluctúa entre los 20 y los 30 años.

Aspectos psicosociales: Sentimientos de minusvalía y baja autoestima se dan frecuentemente por la exposición al rechazo inicial de la familia, del novio, de la escuela y de la sociedad en general. Los padres que ven como una desgracia el embarazo de una hija soltera, se sienten culpables ante la situación y, antes de reconocerlo, se culpan mutuamente y lo proyectan a la adolescente a través de reclamos, hostigamiento y hasta maltrato físico. A veces tratan de obligar a sus hijas a un matrimonio precoz y forzado, del cual, en la mayoría de los casos resulta una relación inestable que fracasa y termina en separación o divorcio.

Se ha observado que la adolescente que abandona la escuela tiene mayor probabilidad de llegar a embarazarse. La adolescente que no había desertado antes y queda embarazada, deja los estudios y se enfrenta a una frustración personal. En caso de que continúe estudiando, es tomada como una carga para sus compañeros(as) sobre todo cuando se trata de trabajar en equipos.

La mayoría de las veces estas adolescentes siguen viviendo en su casa o en casa de sus suegros, ya sea casadas o no. Así que se hacen más dependientes de sus padres o suegros y tienen más necesidad de someterse a las reglas familiares dadas las necesidades de apoyo para su hijo. Los roles cambian, los abuelos asumen un papel de abuelos-padres, produciendo confusión, tanto en los padres adolescentes como en el bebé, el cual estructura su primera relación humana con una madre-hermana. A largo plazo, las consecuencias para el hijo van cobrando importancia. Las confesiones de afecto y relación dificultan su confianza básica y seguridad personal. Muchas jóvenes deciden someterse a un aborto con o sin el consentimiento de los padres. Otras personas prefieren dar en adopción a su bebé.

Aspectos económico-culturales: Como consecuencia del embarazo y ante la posibilidad de ser padres, los adolescentes se deben adaptar a un nuevo rol, lo cual implica una serie de decisiones que probablemente nunca se imaginaron, por lo que se exponen a continuos desajustes. Si un joven adolescente se convierte en padre, tal vez necesite salirse de la escuela para ayudar a mantener a su hijo, obteniendo probablemente un sueldo bajo, debido a que sus escasos conocimientos no lo hacen una persona competente para aspirar a un trabajo con buen sueldo. Esto dificulta la manutención de su propia familia y puede originar que se establezca un ciclo de dependencia tanto con los padres como con los demás familiares.

El embarazo no deseado y las consecuencias que acarrea, implica grandes responsabilidades. Los adolescentes frecuentemente no alcanzan a darle a tal suceso la importancia que tiene debido a su propia inexperiencia. Por tal razón, los programas de educación sexual preventivos no pueden ser simplistas y deben estar encaminados a considerar de manera integral las relaciones familiares, los valores, la autoestima, la toma de decisiones y la comunicación con la pareja,



entre otros factores, para que la vida sexual de los jóvenes sea más saludable y responsable.

El Aborto: Es la interrupción del embarazo antes de que el embrión o el feto puedan sobrevivir de manera independiente fuera de la matriz. Los médicos marcan las primeras 28 primeras semanas como límite y el peso fetal debe ser de 1,000 gr.

Existen dos tipos de aborto: el inducido o provocado ya sea por prescripción médica o por el deseo de no continuar el embarazo y el espontáneo. El aborto inducido no terapéutico (no prescrito por el médico) puede afectar gravemente la salud física de la mujer, consecuencias que van desde infección y hemorragia hasta la esterilidad y muerte. Dado que el aborto esta penalizado en muchos países de América Latina, éste se práctica muchas veces en condiciones inadecuadas y por personas sin entrenamiento o no especializadas.

También hay abortos autoprovocados y estos generalmente se realizan mediante la inserción de objetos no estériles (como agujas de tejer, ganchos, sondas, etc.) que provocan daños en el embrión, desgarros de membranas y la contracción del útero hasta finalmente la expulsión del producto. También son utilizados téis o infusiones, actividades físicas excesivamente fuertes, etc. Que producen el inicio del aborto pero en la gran mayoría deja residuos de membranas o tejidos los cuales se van a descomponer y provocar una infección importante. Generalmente quienes realizan algunas de estas practicas deben someterse a una limpieza del útero o legrado y un tratamiento con antibióticos.

Es importante que un aborto sea realizado por un especialista en el campo para prevenir los problemas que muchas veces se encuentran por la falta de experiencia del proveedor del servicio.

El aborto espontáneo es el que se da sin que medie la manipulación externa intencional (aquí se incluyen los causados por lesiones o fiebres altas).

Los métodos utilizados por médicos o personal entrenado para realizar abortos son:

1. Extracción instrumental por vía vaginal (legrado o raspado quirúrgico, aspiración al vacío o succión).
2. Cirugía uterina (histerectomía).
3. Inducción médica mediante la administración de sustancias que provocan el trabajo de parto.

Las consecuencias psicológicas de los abortos son muy variadas. Sin importar que el aborto sea provocado o espontáneo, las mujeres pueden tener desde sentimientos de alivio y tranquilidad hasta sentimientos de depresión y culpa.

**(1,2,3,4,5)**

## **MATERIAL DE APOYO**

Pizarrón y gises.

### **Ejercicios**

Identificando riesgos.  
Sociodrama de embarazo no deseado.

### **Ejercicios opcionales**

Una historia verdadera.  
Embarazo no deseado,

### **Sección de apoyo instruccional.**

**Sección Es verdad que?** Sobre embarazo, una copia para cada adolescente.

### **Sección de actividad en casa**

#### **El buzón**

#### **Distribución del tiempo**

Evaluación de la actividad en casa	(10 minutos)
Presentación de la sección de premisas y contenido	(15 minutos)
Ejercicio Identificando riesgos	(30 minutos)
Sociodrama de Embarazo no deseado	(50 minutos)
Análisis de la sección Es verdad que...? sobre embarazo	(15 minutos)
Asignación de la actividad en casa	

#### **Procedimiento**

1. Integrar al grupo mediante la revisión de la actividad en casa asignada en la sesión anterior.
2. Presentar material de la sección de premisas y contenido.
3. Realizar el ejercicio Identificando riesgos, explicando lo que se considera alto y bajo riesgo, apoyándose para ello en la sección de premisas y contenido.
4. Concluir el ejercicio aclarando dudas respecto con respecto a la identificación de situaciones con alto o bajo riesgo.
5. Proceder a la realización del Sociodrama haciendo una breve introducción al tema apoyándose en la información expuesta en la sección de premisas y contenido.

6. Concluir el Sociodrama fomentando en el grupo la expresión de comentarios respecto a lo revisado.
7. Analizar los mitos sobre el embarazo usando la sección ¿Es verdad que...? y distribuir una copia a cada adolescente.
8. Asignar la actividad a realizar en casa, asegurándose que se entienda.

(1,2)

### **Sugerencias para la enseñanza**

Comentar con el grupo que el tener relaciones sexuales es una posibilidad concreta aunque muchos adolescentes tiendan a negarla.

Explicar que es importante conocer las diversas consecuencias de un embarazo no deseado durante la adolescencia.

Fomentar en el grupo la participación sobre las muchas razones que llevan a los adolescentes a tener relaciones sexuales sin emplear algún método anticonceptivo.

Ser sensible a la angustia o excitación que el tema sobre embarazo despierte entre los adolescentes, comentando que los riesgos pueden evitarse si se previenen.

### **IDENTIFICANDO RIESGOS.**

#### **Objetivos:**

- Identificar las conductas y actitudes asociadas con la sexualidad responsable en los adolescentes.
- Evaluar en que grupo se ubica el adolescente (de alto, bajo riesgo o sin riesgo) en función de su potencialidad para encontrarse en una situación de embarazo.

#### **Duración:**

30 minutos

#### **Material:**

Pizarrón, gises  
Sección de apoyo instruccional

#### **Desarrollo**

El educador hablará sobre la variedad de conductas sexuales que usualmente presentan adolescentes. Aclarar que cada adolescente puede tener

diferentes formas de expresión y que es una decisión individual el tener o no una relación sexual.

Escribir en el pizarrón: Alto riesgo, Bajo riesgo, Sin riesgo. Preguntar a los asistentes las características de las personas que caen en cada categoría. Hacer énfasis en que un muchacho o muchacha, puede tener una experiencia sexual casual y rápida, aunque a veces sea difícil de admitir por ellos mismos. Cuando los jóvenes piensan que pueden tener una relación sexual y no están preparados con ningún método anticonceptivo, serán ubicados en el grupo de alto riesgo.

Alto riesgo se refiere a personas que están indecisas respecto a tener o no tener relaciones sexuales, que sólo a veces o nunca usan anticonceptivos, o bien que usan métodos poco eficaces, como el retiro o el ritmo.

Bajo riesgo incluye a personas que usan métodos anticonceptivos efectivos cada vez que tienen relaciones sexuales.

Sin riesgo se refiere a individuos que no tienen relaciones sexuales o a personas que practican sólo la homosexualidad.

Preguntar a los asistentes su propia estimación del porcentaje de sus amigos adolescentes, compañeros de escuela o ellos mismos, que caigan en cada categoría de riesgo. Registrar 5 o 6 estimaciones para cada categoría en el pizarrón y discutir los resultados.

Escribir en el pizarrón el siguiente objetivo: Evitar el embarazo no planeado. Cada adolescente desea obtener el conocimiento y las habilidades para estar en el grupo de bajo riesgo y sin riesgo. Discutir el significado de este objetivo con los asistentes, haciendo evidente la necesidad de informarse sobre los métodos anticonceptivos, las diferentes situaciones riesgosas en las que se pueden involucrar, etc.

Dividir al grupo en pequeños equipos de 3 o 4 personas y distribuir una copia de la sección Identificando riesgos a cada uno. Conceder 20 minutos para realizar la actividad.

Respuestas correctas:

Alto riesgo: 1,3,4,5,7,9,12,14,17,19,

Bajo riesgo: 2,8,10,13,15,16,20,21,22,

Sin riesgo: 6,11,18,

Reunir al grupo total y solicitar voluntarios para resolver cada situación expuesta en la sección Identificando riesgos.

Cerrar el ejercicio permitiendo los adolescentes dudas o comentarios que tengan respecto a las situaciones evaluadas.

## Apoyo Instruccional

Instrucciones: Lee los siguientes casos que describen variaciones en la conducta sexual entre adolescentes. Enseguida de cada caso, escribe la categoría a la que pertenecen:

AR= alto riesgo

BR= bajo riesgo

SR= Sin riesgo

Daniel piensa tener relaciones sexuales sólo para divertirse y quedar bien con sus amigos, así que no piensa usar anticonceptivos.

Roberto siente que es importante conocer bien a una muchacha antes de involucrarse sexualmente con ella. Aunque nunca ha tenido una relación sexual, cuando la tenga usará condón.

Luisa ha tenido relaciones sexuales una vez y como no cree que vuelva a tenerlas porque está molesta con el muchacho aunque le gusta mucho, no piensa usar anticonceptivos.

Gloria ha estado saliendo con un muchacho durante un año. Ella siente que tendrán una relación sexual pronto, pero como no está segura cuándo, no ha hecho planes para evitar el embarazo.

Dora está muy enamorada de Aurelio y para no perderlo cree que debe tener relaciones con él; él considera que no deben usar anticonceptivos porque sólo lo van a hacer una vez.

Las relaciones que ha sostenido Pedro, no incluyen el acto sexual y no piensa tener relaciones sexuales hasta que se case.

Enrique tuvo una relación sexual una vez. Usa el retiro del pene antes de eyacular como método anticonceptivo.

Margarita tiene relaciones sexuales rara vez. Ha tenido ya un aborto. Ahora su pareja usa condón cada vez que tienen relaciones sexuales.

Lupita ha tenido una relación estrecha por 2 años y ha tenido coito frecuentemente.

Ella toma píldoras anticonceptivas algunos días y se siente protegida.

Arturo está más interesado en las actividades de la escuela que en tener una relación íntima con una muchacha. Él nunca ha tenido una relación sexual.

Una muchacha está empezando a salir con un muchacho que no le gusta lo suficiente como para hacer el amor con él y no piensa tener relaciones sexuales con él.

Juan y Sofía se excitan mucho cuando están juntos y han decidido tener relaciones sexuales y cuando él empieza a eyacular retirará el pene de la vagina.

Lina María ha tenido relaciones sexuales pocas veces. Piensa ya empezar a tomar pastillas anticonceptivas en forma regular.

Jorge ha sostenido relaciones sexuales durante los cuatro meses pasados. No ha usado algún anticonceptivo.

Raymundo tuvo una relación sexual que resultó en un embarazo no deseado. El niño fue dado en adopción y su novia usa ahora la píldora.

Rosa no ha tenido relaciones sexuales y decidió que sólo las tendrá si su novio usa un condón.

Sandra nunca ha tenido relaciones sexuales y piensa que se sentiría culpable si las tuviera, pero está viendo a ver que pasa.

Un chico se siente atraído por muchachos de su mismo sexo. No está interesado en tener relaciones sexuales con una mujer.

Yolanda ha tenido relaciones sexuales de vez en cuando durante seis meses sin usar anticonceptivos.

A Carmen le gusta muchísimo un muchacho, pero aún no se siente lista para hacer el amor con él. Ha decidido esperar.

Juan ha tenido relaciones sexuales con varias compañeras. Él siempre usa un condón y se siente protegido.

Ana Elena ha tenido relaciones sexuales una vez y aunque no está segura de lo que pase ha empezado a tomar diariamente pastillas anticonceptivas. **(1,2)**

## **Sociodrama de embarazo no deseado.**

### **Objetivo:**

Analizar las consecuencias de un embarazo no deseado en la adolescencia.

### **Duración:**

50 minutos.

### **Desarrollo:**

El educador hará una introducción al tema, apoyándose en las premisas y contenido correspondientes a esta sesión.

Explicar que se va a realizar un Sociodrama acerca del embarazo una pareja adolescente y que es necesario que el grupo participe.

Solicitar actores voluntarios (pareja adolescente, padres del novio, padres de la novia, amigo del novio, amiga de la novia, maestra, médico, sacerdote, etc.; pueden ser más o menos personajes de acuerdo al número de participantes y al tiempo del que se disponga).

Asignar los papeles a solicitud de los voluntarios. Dejar que los participantes escojan el medio social o las características de los personajes.

Dar las instrucciones que indiquen que la pareja se encuentra en un parque, la chica ya está segura del embarazo, pues se hizo un examen, y se lo dice a su novio. Después de hablar con el novio ella habla con su amiga, el chico con su amigo, ambos con el médico, ambos con la maestra, él con sus padres, ella con sus padres.

Dar 3 minutos aproximadamente para cada diálogo entre personajes.

El educador moderará los sentimientos del grupo, evitando que se profundice demasiado y cuidando el objetivo del Sociodrama.

Al terminar el tiempo pedir un aplauso para los actores.

Preguntar a los actores lo que sintieron al representar sus papeles. Propiciar los comentarios con el grupo.

Analizar con el grupo las razones por las que no se utilizó algún método para prevenir el embarazo, destacando la actitud usual entre los adolescentes de negar la posibilidad de tener relaciones sexuales.

Solicitar que el grupo se divida en equipos y discutan las consecuencias del embarazo no deseado en la adolescencia, con base en la representación. Dar 10 minutos para esta actividad.

Cerrar el ejercicio comentando con el grupo las consecuencias biológicas, psicológicas y sociales del embarazo no deseado durante la adolescencia.  
**(1)**

### **El huevo (análisis de la actividad)**

Al finalizar la sesión decirle a los adolescentes el objeto de llevar un huevo consigo durante los días anteriores: hacer un paralelo entre el cuidado de éste en el sentido de fragilidad y la atención permanente, y el cuidado de un bebé.

La consigna sería: si nos cuesta tanto trabajo cuidar un huevo ¿Cómo sería un hijo? Tenga cuidado de no herir sentimientos y de tranquilizar a quienes lo rompieron, lo dejaron abandonado, etc. Es un juego que puede concienciar de la responsabilidad que un hijo implicaría pero no es garantía de comportamiento.

### **Actividad en casa.**

#### **Objetivo:**

Conocer indirectamente las consecuencias del embarazo en la adolescencia.

#### **Instrucciones:**

Pedir a los adolescentes que entreviste a una persona (hombre y/o mujer) que haya tenido un hijo durante su adolescencia, haciendo énfasis en las preguntas siguientes:

¿Qué sentiste cuando te enteraste que ibas a ser padre/madre?

¿Cómo manejaste la situación de ser padre/madre ante tu pareja, familia y amigos?

¿En qué cambió tu vida desde que tuviste el hijo?

#### **Evaluación:**

Al comienzo de la siguiente sesión disponer de algunos minutos para comentar la información de las entrevistas efectuadas, orientando los comentarios hacia la prevención del embarazo en la adolescencia. **(1,2)**



## Sesión

### ¿Es verdad que...?

1. ¿Es verdad que aproximadamente el 95 % de las madres adolescentes dan a sus hijos en adopción?

**Falso.** De hecho, Muy pocas madres en América Latina dan a sus hijos en adopción cada año.

2. ¿Es verdad que si una adolescente se embaraza, se va a sentir más tranquila y mejor consigo misma?

**Falso.** Aunque tener un hijo sea considerado una de las más grandes realizaciones del ser humano, un bebé implica muchas responsabilidades de tiempo y dinero. Se dejan de hacer las cosas que les gustan a los jóvenes, lo cual no le va a permitir a la mamá adolescente estar más tranquila, ni sentirse mejor. Al contrario, es probable que se arrepienta muy pronto y se sienta muy mal de no poder hacer lo que realmente hace la gente en la adolescencia. Además un hijo necesita fortaleza, seguridad y estabilidad de sus padres y un adolescente difícilmente podrá dárselas, pues su mismo proceso de maduración lo limita. El adolescente está buscando seguridad, firmeza y estabilidad.

3. ¿Es verdad que la única forma de mostrar que uno es muy hombre, es teniendo un hijo?

**Falso.** Los verdaderos hombres son personas responsables, conscientes de sus derechos y obligaciones, personas que respetan la vida propia y la de los demás. Tener un bebé en la adolescencia, o antes de estar realmente preparado psicológicamente, antes de ser maduro, es un acto de irresponsabilidad hacia el bebé y hacia la mamá.

4. ¿Es verdad que para conseguir el amor de un hombre es necesario tener un hijo con él?

**Falso.** Es muy probable que en una relación en la que la muchacha se embaraza para atrapar al muchacho, él la dejé, inclusive antes de que nazca el bebé, o se casen pero obligados por las familias o las normas sociales.

5. ¿Es verdad que todas las mujeres que abortan se deprimen?

**Falso.** Después de un aborto, especialmente si fue espontáneo, algunas mujeres se pueden sentir tristes o deprimidas. Sin embargo si el aborto fue por decisión propia muchas veces lo que se siente es alivio de la responsabilidad de haber tenido un hijo no deseado.

6. ¿Es verdad que a las adolescentes que abortan ya no las quiere el hombre?

**Falso.** El amor de una pareja no depende de si la mujer ha o no abortado, especialmente si la decisión de abortar fue tomada por el hombre y la mujer conjuntamente.

7. ¿Es verdad que los hombres están en contra el aborto?

**Falso.** Muchas de las adolescentes son apoyadas por el hombre que no quiere caer en la responsabilidad de un hijo no deseado. No es posible generalizar, hay tantos hombres como mujeres que se oponen al aborto.

8. ¿Es verdad que si una adolescente decide embarazarse no necesita consultar con su pareja?

**Falso.** Un bebé de preferencia debe ser criado por su papá y su mamá. Por lo tanto la decisión de tener un bebé deben tomarla ambos miembros de la pareja.

**(1,6,7)**

### **BIBLIOGRAFIA (CICLO 3)**

1. Planeando tu vida. Programa de educación sexual para adolescentes. Pick de Weiss, Susan., et. Al.. Edit. Planeta mexicana, 6a. Edición, México, D.F.
2. Sexualidad de la gente joven. Modelo educativo para profesores y profesionales. Rodríguez R., Gabriela; Aguilar Gil, José Angel; Edit. MEXFAM, México, D.F., 1992. pp. 76-98.
3. Stevens-Simon, Catherine y McAnarney, Elizabeth R. Embarazo en la adolescente. Comportamientos pediátricos. Nueva York. Springer-Verlag. 1991.
4. Pediatría. Martínez y Martínez. Embarazo en las adolescentes. Problemas Ginecoobstétricos. A. De. Edit. Iberoamericana. México, D.F.
5. Watson Duncan, Jane. Ensayo sobre las adolescentes. Clínicas médicas de Norteamérica. Julio, 1994, pp.847-55.
6. Dinámica de Grupo. Balduino A. Andreola. Editorial. Sal Terrae. 3a. Edición.
7. Como animar un grupo. Edit. Sal Terrae, 1985. España.

## **CICLO CUATRO. EMBARAZO Y ADOLESCENTES. II**

### **Contenido Temático**

- ¿Puedo ser padre?. "¿Yo papá" ?.
- Madres adolescentes, sesión de hijos en adopción y daño psíquico.
- Anticoncepción.

### **La anticoncepción**

#### **Objetivos**

- Que el adolescente conozca la información sobre todos los métodos anticonceptivos.
- Que el joven aprenda cómo usar apropiadamente el condón, el óvulo, la píldora y el DIU, haciendo énfasis en los dos primeros.
- Que el joven conozca los medios para adquirir anticonceptivos en lugares públicos (farmacias, tiendas, centros de salud, etc.).

#### **Premisas y contenido**

Los adolescentes son bombardeados por los medios masivos de comunicación que proyectan a la sexualidad como algo excitante, superficial y libre de consecuencias. No obstante, los adolescentes se sienten frecuentemente culpables respecto a sus propios niveles de actividad sexual. Aunque esto no necesariamente previene el que tengan relaciones sexuales, está bien comprobado que los adolescentes frecuentemente rechazan los métodos anticonceptivos debido a la incapacidad de reconocer su propia actividad sexual. Aún para aquellos que ya hayan experimentado una relación sexual, la idea de premeditación o planificación puede producir gran ansiedad en cada ocasión que se tiene oportunidad de llegar al coito.

La creencia de que los métodos anticonceptivos son causantes de enfermedades y/o daños se basa en datos parciales o características especiales de los sujetos afectados. Si los anticonceptivos son usados con las precauciones que cada uno requiera prevendrán un problema realmente grave: un embarazo no deseado.

Finalmente, para muchos adolescentes, uno de los obstáculos al uso "de los anticonceptivos es "salir al público", esto es, arriesgarse a ser visto adquiriendo un anticonceptivo y, por tanto, arriesgarse a ser identificado como una persona que está teniendo relaciones sexuales. Es necesario que el (la) adolescente desarrolle una actitud responsable para obtener información sobre

anticonceptivos y así, desmitificar la búsqueda de éstos en farmacias, con un ginecólogo, en un centro de salud o de planificación familiar. El desarrollo de estas conductas ayudará a los adolescentes a sentirse más cómodos y competentes cuando tengan la necesidad de obtener un método anticonceptivo para ellos mismos. (1)

### **Anticoncepción para adolescentes**

El criterio para administrar un anticonceptivo a un adolescente es diferente del empleado para administrarlo a un adulto. En la vida sexual de los jóvenes hay que tomar en cuenta factores como la frecuencia de actividad sexual, el desarrollo físico y emocional, el tipo de pareja (si es estable o no), así como la actitud y la motivación para la utilización de métodos anticonceptivos.

Existen diferentes métodos anticonceptivos que pueden ser utilizados por los adolescentes. Es el médico quien deberá orientar y guiar al adolescente, para que en forma conjunta se tome una decisión adecuada a su situación. Solo los anticonceptivos de barrera no requieren la consulta del médico para su prescripción. Estos son el condón o preservativo, y jaleas, espumas, óvulos, tabletas vaginales y cremas espermicidas. (1,2,3)

### **Condón o preservativo**

Es una funda de caucho que el hombre se coloca, o que la mujer le coloca al hombre, alrededor del pene en el momento anterior al coito. Su mecanismo de acción evita que los espermatozoides penetren en la vagina, por lo cual se clasifica dentro del grupo de anticonceptivos de barrera.

**¿Cómo se usa?** : Antes de la penetración, se coloca el condón cubriendo el pene en erección, dejando medio centímetro libre en la punta para que se deposite el semen. Después de alcanzar la eyaculación debe tenerse cuidado al retirarse para evitar que el condón se quede dentro de la vagina o que se derrame parte del semen. Hay que recordar que después de la eyaculación el pene se pone flácido de inmediato.

Si se desea tener otro coito, debe usarse otro condón. En caso de que el condón se rompiera, Se recomienda poner un espermicida (óvulo, jalea, espuma) inmediatamente en el fondo de la vagina. Se recomienda usar los condones de látex, no los de piel animal, ya que los de látex sirven además para la prevención de enfermedades sexualmente transmisibles.

### **Ventajas:**

Dado el carácter mortal de] SIDA y su incidencia cada vez mayor, el condón es actualmente un medio de protección obligatorio tanto para prevenir su

contagio (y el de otras enfermedades de transmisión sexual), como para evitar un embarazo no deseado.

- El espermicida nonoxinol 9 que algunos tienen inactiva el VIH.
- No requiere receta médica
- Es comercial y relativamente barato Es fácil de portar
- No causa complicaciones de tipo médico
- Da la oportunidad al adolescente de participar con su pareja en la prevención de un embarazo no deseado

#### **Desventajas:**

- Puede romperse por falla de fabricación o de almacenamiento. Por esta razón es muy importante revisar bien la fecha de caducidad y el estado de la bolsa y el preservativo mismo, antes de colocarlo.
- Algunos hombres sienten que les resta sensibilidad.
- Alergia al látex o a la sustancia lubricante o espermicida.

**Información adicional:** Se ha observado que es un método indicado para ser utilizado por los adolescentes, sobre todo por la baja frecuencia de sus contactos sexuales, la facilidad de adquisición y la posibilidad de conseguirlo sin receta médica. Combinado con espermicidas alcanza una eficacia anticonceptiva muy alta. (1,2)

#### **Ovulos, espumas, jaleas, cremas y tabletas vaginales espermaticidas**

Estos anticonceptivos de barrera son sustancias que se colocan antes del coito en el fondo de la vagina. Su mecanismo de acción inmoviliza a los espermatozoides.

**¿Cómo se usa?** . Se introduce la sustancia con un aplicador (o en el caso de óvulos y tabletas vaginales con los dedos), 15 minutos antes del coito para dar tiempo a que actúe. Después del contacto sexual no deben realizarse lavados vaginales antes de 6 horas. Para cada penetración se necesita una nueva aplicación o la introducción de otro óvulo o tableta vaginal.

#### **Ventajas:**

- Disponibles sin necesidad de receta médica
- De fácil aplicación.
- Relativamente baratos (en particular los óvulos).
- Combinables con otro método para mayor eficacia.

### **Desventajas:**

- Su aplicación puede interrumpir el acto sexual.
- Pueden causar alergias en la mujer.
- Requiere motivación para su uso.

**Información adicional:** Es un método aconsejable para los adolescentes por las mismas razones que el condón. Su eficacia es baja, por lo que se recomienda combinarlo con el condón. **(1,2)**

Condón y óvulo, condón y espuma, condón y jalea

La combinación de estos dos anticonceptivos aumenta la eficacia y es lo más recomendable para adolescentes. Durante el período fértil del ciclo menstrual deben utilizarse ambos.

### **La píldora**

Está hecha con hormonas sintéticas semejantes a las que produce el organismo. Su mecanismo de acción suprime la ovulación y propicia en el tracto reproductivo condiciones desfavorables para el transporte de espermatozoides y la implantación de un posible óvulo fecundado.

**¿Cómo se usa?** Se empieza a tomar al quinto día después de la menstruación, diariamente por un período de 21 días y se deja de tomar por 7 días antes de empezar un nuevo paquete. Otra clase de píldora se toma continuamente durante un ciclo de 28 días; las últimas 7 píldoras son de placebo y están destinadas a mantener en la mujer el hábito de tomar una píldora diaria.

La píldora debe ser tomada ordenadamente a la misma hora cada día, de preferencia en la noche. Si una mujer olvida tomar una píldora un día, deberá tomarla tan pronto como sea posible y la píldora siguiente a la hora establecida. Si se olvidara más de dos días, hay que suspender el método y usar métodos de barrera mientras se inicia otro ciclo después de menstruar.

### **Ventajas:**

- Fácil de usar
- No requiere preparación antes del coito
- Protección continua y efectiva
- Puede regular el ciclo menstrual
- No interfiere con el acto sexual

### **Desventajas:**

- Requiere de motivación diaria
- Es necesaria una consulta médica antes de usarla
- Está contraindicado en algunos padecimientos (várices, problemas endocrinos, nerviosos o psiquiátricos)

**Información adicional:** El empleo de la píldora en adolescentes ha sido discutido por los problemas que puede ocasionar a la maduración del sistema hipotálamo - hipófisis - ovario durante el crecimiento, y los efectos de su uso prolongado. Por lo tanto, es preferible que la adolescente haya tenido ciclos menstruales regulares durante 2 años o más antes de usarla.

Con las dosis de hormonas que contiene la píldora, no es de esperarse algún bloqueo en el crecimiento corporal una vez presentada la menarca. Debido a que la Organización Mundial de la Salud encontró riesgo de carcinoma cervical en las mujeres que han utilizado anticonceptivos orales por largo tiempo, es aconsejable informar a la adolescente que puede utilizar la píldora por un tiempo, pero después deberá cambiar de método.

De cualquier modo se recomienda suspender por uno o dos meses la ingesta de píldoras después de un año continuo de uso: en este período se debe usar otro método. La píldora es un método adecuado para las parejas que mantienen una alta frecuencia de relaciones sexuales. **(1,2)**

### **Dispositivo intrauterino (DIU)**

Es un pequeño aparato de plástico, en forma de espiral, de "T" o de "Y", de material inerte o de cobre, que se inserta en la cavidad del útero. Su mecanismo de acción impide la fertilización del óvulo así como la implantación del óvulo fecundado.

**¿Cómo se usa?** Un médico o paramédico inserta el DIU dentro del útero, previas medidas de asepsia, de preferencia cuando la mujer está menstruando. Los hilos que tiene el DIU en un extremo quedan fuera del útero y son revisados cada seis meses o cada año por el médico.

### **Ventajas:**

- Se inserta una sola vez
- Requiere poca atención o cuidado (solo dos veces al año con el médico)
- No interfiere con el acto sexual
- No interfiere con el proceso de crecimiento y maduración
- Ofrece protección continua y efectiva

## **Desventajas:**

- Requiere la participación de un profesional en salud para usarlo
- Puede causar cólicos y trastornos menstruales
- Puede ser expulsado
- Puede producir inflamación pélvica

**Información adicional.** Algunos médicos aconsejan que aquellas mujeres que no hayan procreado, no usen el DIU, puesto que es más probable que presenten inflamación pélvica aguda, inflamación en las trompas de Falopio y expulsión. Sin embargo, hay experiencias que demuestran que el uso del DIU en las adolescentes que no han tenido hijos, no tiene mayores problemas. Es adecuado para aquellas parejas que mantienen relaciones sexuales frecuentes.

Existen otros métodos anticonceptivos como son los naturales y los quirúrgicos pero por su poca efectividad, como en el caso de los primeros, y el ser definitivos, como los segundos, solo se mencionarán brevemente. **(1,2)**

## **Métodos Naturales**

**Ritmo o método de Ojino.** Se basa en el ciclo menstrual y el establecimiento de los días fértiles y los no fértiles. Como ejemplo se toma un ciclo de 28 días y contando desde el primer día que aparece el sangrado se tiene aproximadamente la ovulación 14 días después.

Pero como no es exacta y los óvulos y espermatozoides tienen un tiempo de vida, se dejan cuatro días antes y cuatro después de este día 14 como margen de seguridad, constituyendo estos los 9 días fértiles del ciclo. Los restantes 18-19 días no son fértiles. Este cálculo no funciona con todas las mujeres y es por ello que no es confiable como anticonceptivo. **(1,2)**

**Método de Billings o moco cervical.** Consiste en reconocer el flujo que produce el cérvix o cuello del útero en los días previos a la ovulación. Este flujo es transparente y muy elástico, parecido a la clara de huevo. Este método es más certero pero requiere un entrenamiento en el reconocimiento de los flujos vaginales y una alta motivación y aceptación del cuerpo. **(1,2)**

**Método de la temperatura basal.** Se apoya en el aumento leve (de medio a un grado) de temperatura que sucede en la ovulación y permanece hasta la aparición de la menstruación. Esta se relaciona con los cambios hormonales. Para llevar este método se requiere de por lo menos 6 meses de toma diaria de la temperatura bajo condiciones específicas, un registro de las lecturas y su análisis. Esto será un indicador aproximado del período de ovulación. Después de un tiempo debe rehacerse el patrón. **(1,2)**



**Tés, vaporizaciones, posiciones especiales, etc..** No tienen ningún nivel de confiabilidad. Algunas personas aseguran su efectividad pero podemos decir que se debe meramente a la casualidad.

**Coito interrumpido.** Es otro método usado como anticonceptivo pero no es efectivo (ver. las razones expuestas en la sesión de anatomía).

### **Métodos quirúrgicos o definitivos**

**La vasectomía (en hombres).** Es el corte realizado en los conductos deferentes unos centímetros arriba de los testículos para interrumpir el paso de los espermatozoides y su salida en la eyaculación. Es 99% segura solamente se realiza a adultos con la seguridad absoluta de no querer procrear otro hijo. Es definitiva.

**La salpingoclasia (en la mujer).** Es el método por el cual se cortan y cierran las trompas de falopio, impidiendo el paso del óvulo hacia el útero y, a su vez, del espermatozoide a las trompas. Al igual que en el hombre, su realización requiere de ciertos requisitos como edad, número de hijos y la seguridad plena de no desear más en el futuro. **(1,2,3)**

**La histerectomía.** Es una técnica quirúrgica mediante la cual se extrae la matriz. No se considera método anticonceptivo pero definitivamente una mujer sin útero no puede procrear. Generalmente, se realiza por enfermedades graves como cáncer o tumores importantes pero en algunos lugares las realizan para negar la posibilidad de embarazos casi siempre sin el conocimiento de la mujer afectada. Todos estos procedimientos deben ser realizados por un médico experimentado. **(1,2)**

### **Material de apoyo: (1)**

Pizarrón, gises, tarjetas, cinta adhesiva, cartulinas, plumones de colores.

Condomes para mostrar a cada adolescente, paquetes de diferentes tipos de pastillas, de óvulos, jaleas, espumas y dos o tres tipos de DIU.

### **Ejercicios:**

Eligiendo un método anticonceptivo para nosotros  
Paso a pasito para uso de condón y óvulo

### **Ejercicio opcional:**

La botella de la anticoncepción

Película o transparencias o rotafolio sobre métodos anticonceptivos  
Sección de apoyo instruccional  
Sección Es verdad que ... ? sobre anticoncepción  
Sección. de actividad en casa  
El buzón

### **Distribución del tiempo**

Evaluación de la actividad en casa	(10 minutos)
Explicación y exhibición de métodos anticonceptivos	(50 minutos)
Ejercicio Eligiendo un método anticonceptivo para nosotros	(30 minutos)
Ejercicio Paso a pasito para uso de condón y óvulo	(20 minutos)
Análisis de la sección Es verdad que ... ? sobre anticoncepción	(10 minutos)
Asignación de la actividad en casa	

### **Procedimiento**

1. Revisar y evaluar la actividad en casa.
2. Exponer los objetivos a cubrir en esta sesión. Puede escribirlos en el pizarrón.
3. Antes de pasar a la proyección de transparencias sobre los métodos anticonceptivos, o de mostrar los anticonceptivos, es importante poner los métodos en perspectiva, por tanto es pertinente resaltar el siguiente punto: Aunque algunos miembros del grupo no la necesitan ahora, porque no están teniendo o no han tenido relaciones sexuales, ellos(as) pueden necesitar esa información en el futuro. Aclarar que conociendo ahora los métodos, tendrán mayor capacidad para tomar alguna decisión al respecto, cuando los necesiten.
4. Exponer los diferentes métodos anticonceptivos de manera clara y sencilla, apoyándose para ello en la sección de premisas y contenido.
5. Exponer en detalle tres de los métodos más usados: el condón, el óvulo y la píldora. Circularlos entre los miembros del grupo.
6. Realizar el ejercicio Eligiendo un método anticonceptivo para nosotros.
7. Realizar el ejercicio Paso a pasito para el uso del condón y el óvulo.

8. Distribuir a cada adolescente una copia de la sección ¿Es verdad que...?
9. Distribuir una copia de la sección de actividad para la casa y sugerir que planeen las estrategias para obtener la información. Idealmente cada equipo trabajará conjuntamente para obtener la información, de tal manera que todos los adolescentes podrán aprender cómo acudir a cada servicio por sí solos. Al final de esta actividad, distribuir a cada adolescente una guía de localización de anticonceptivos para que la conserven.
10. Presentar el ejercicio que deben hacer como actividad en casa y asegurarse que quede claro.

### **Sugerencias para la enseñanza**

#### **(1)**

Permitir que los adolescentes pregunten en caso de haber alguna duda y fomentar la confianza entre ellos al hablar de las formas de uso de los diferentes anticonceptivos.

Cuando sé esté explicando el condón entregar uno a cada participante y pedir que vayan siguiendo los pasos para su verificación y uso. Pídales que en parejas coloquen el condón usando los dedos del compañero.

Hacer notar que los condones se producen en muchas variedades: de colores, lubricados, etc. pero en un solo tamaño. Señalar que la gente necesita una información adecuada sobre el uso correcto de los condones ya que frecuentemente éstos se venden sin instrucciones. Hacer notar que se debe usar un condón para cada coito, por lo que se deben tener varios a la mano, no solo uno.

Explicar cómo se usa el óvulo enfatizando que debe ser introducido hasta el fondo de la vagina 15 minutos antes del coito. Si la pareja decide tener otro coito se debe volver a introducir otro óvulo.

Al mostrar al grupo diferentes presentaciones de píldoras, comentar que las píldoras anticonceptivas están siendo usadas actualmente por 55 millones de mujeres en todo el mundo. Por primera vez en la historia, un método de anticoncepción extremadamente conveniente y muy efectivo está a disposición del ser humano.

Explicar cómo se utilizan las píldoras y la diferencia entre los paquetes de 21 y 28 píldoras.

Discutir con los adolescentes qué tan difícil es llevar a cabo cada una de las siguientes actividades que usted habrá puesto en el pizarrón:

Comprar anticonceptivos en la farmacia.  
Ir al centro de planificación familiar  
Hablar con la pareja acerca de usar un método anticonceptivo  
Ir al consultorio del médico o ginecólogo

Reflexionar uno mismo seriamente con respecto a usar algún método de planificación familiar.

Discutir con todo el grupo:  
¿Cuál actividad fue más difícil?,  
¿por qué?  
¿Cuál actividad fue más fácil?

Al asignar la actividad en casa, enfatizar la importancia de hacerla en forma individual, no en grupo. Explicar que ello se debe a que probablemente cuando deseen conseguir un anticonceptivo no lo van a hacer en grupo, por lo que requieren enfrentarse de manera personal a esa situación.

Algunas consideraciones que pueden discutirse respecto al uso del condón son:

¿Qué parte(s) de este proceso involucra solamente al hombre?  
¿Cuál involucra a la mujer?  
¿Cuánto semen es expulsado durante la eyaculación? (el equivalente a una cucharada)  
¿Qué puede hacer una pareja para prevenir el derramamiento del semen?

Si un hombre pierde su erección después de ponerse un condón y antes de penetrar a la mujer, ¿qué puede hacer la pareja? subrayar que esto puede pasarle a la mayoría de los hombres en algún momento de sus vidas. (1,5,6)

## **EJERCICIOS**

(1)

Eligiendo un método anticonceptivo para nosotros

### **Objetivo:**

Seleccionar el método anticonceptivo más adecuado a una situación específica.

### **Duración:**

30 minutos

### **Material:**

4 tarjetas con las historias a examinar escritas.  
Sección de apoyo instruccional.

## Desarrollo

Solicitar que los adolescentes formen cuatro equipos.

El educador comentará al grupo que se les entregará por equipo unas historias cortas de una pareja que necesita un método anticonceptivo.

Cada equipo analizará la historia que se le asigne y seleccionará el método anticonceptivo más adecuado, justificando la elección.

El educador escribirá en el pizarrón las opciones de métodos anticonceptivos que pueden seleccionarse: óvulo, espuma o jalea, condón y jalea, condón y óvulo, condón y espuma, píldoras. Dar 10 minutos para la realización de esta actividad.

Pedir un representante por equipo, el cual leerá ante el grupo el caso que analizó y el método anticonceptivo que seleccionó su equipo, exponiendo a su vez las razones de la elección. Esta secuencia se continuará hasta que los 4 equipos hayan expuesto.

Cerrar el ejercicio comentando con el grupo la importancia de la adecuada selección y utilización de un método anticonceptivo.

Recuerde que hay más de una alternativa.

## Apoyo instruccional

1. Ana y Beto han estado saliendo juntos por más de un año. Cuando ellos empezaron a tener relaciones sexuales, Ana tomaba la píldora. Ella las tomó por seis meses aproximadamente. Hace un mes, se pelearon y decidieron no verse por un tiempo. Ana dejó de tomar la píldora. La otra noche, ellos salieron otra vez juntos, hablaron de muchas cosas y decidieron continuar sus relaciones. Esta noche, están solos en casa de Beto y él quiere reanudar sus relaciones sexuales.

Método anticonceptivo:

¿Por qué?

2. José y Susana están locos uno por el otro. Durante los tres últimos meses, ellos se han hecho muchas caricias íntimas, pero nunca han llegado al coito. Esta noche es muy especial, debido a que Susana mañana sale de vacaciones por dos meses fuera de la ciudad. Ellos no se han visto mucho durante el último mes y ambos desean demostrarse su cariño haciéndose

el amor. Fueron a la última función de cine y ahora están en el carro, pero no tienen a la mano ningún anticonceptivo.

**Método anticonceptivo:**

¿Por qué?

3. Raymundo y Marta han estado teniendo relaciones sexuales una o dos veces por semana durante seis meses. Ellos habían usado el retiro y parecía que funcionaba bien; hasta hace dos semanas, cuando la menstruación de Marta se retrasó. Por 20 días ellos temieron que Marta estuviera embarazada y ambos juraron que nunca más harían el amor sin tener alguna protección. Finalmente, la menstruación de Marta llegó. Ella quiere usar un método anticonceptivo pero le da vergüenza ir a un Centro de Planificación Familiar. Raymundo no quiere usar el condón.

**Método anticonceptivo:**

¿Por qué?

4. La familia de Carlos es muy religiosa y le ha inculcado la creencia de que el acto sexual debe reservarse para el matrimonio. Carlos respeta tanto a sus padres como a su religión. Carlos está saliendo con Sandra y siente por ella un gran cariño. Sandra ya ha tenido relaciones sexuales en sus noviazgos anteriores. (Ella tomaba la píldora, pero dejó de tomarla cuando rompió con su último novio hace tres meses). Sandra piensa que es natural y que tanto ella como Carlos tienen todo el derecho de expresarse el cariño que sienten uno hacia el otro, teniendo relaciones sexuales.

**Método anticonceptivo:**

¿Por qué?

### **Paso a pasito para el uso del condón y el óvulo**

#### **Objetivo:**

Identificar cada uno de los pasos que se sugieren para el uso efectivo de un condón.

#### **Duración:**

20 minutos

#### **Materiales:**

Cartulinas, cinta para pegar, Plumones de colores.

#### **Desarrollo**

El educador describirá el condón y si es posible lo mostrará como una funda puesta en el pene (ilustrar su colocación en una botella o en su mano, señalando la importancia de dejar un pequeño espacio en la punta) mencionará su importancia en la prevención de un embarazo y en la transmisión de enfermedades sexualmente transmisibles.

Explicar a los adolescentes que a algunas personas les gusta practicar cómo ponerse condones antes de que tengan de hecho relaciones sexuales. Mencionar que se requiere tiempo para adaptarse a las sensaciones producidas por el condón.

El educador previamente habrá escrito cada uno de los términos siguientes en tarjetas grandes de cartulina, con letras grandes: Colocar el condón desenrollándolo, eyaculación, detenerse un momento, excitación sexual, penetración, erección, pérdida de erección, extracción del pene, sostenerlo del borde.

A continuación el educador explicará el procedimiento que se sigue para el uso del óvulo.

Escribir cada uno de los términos siguientes en tarjetas grandes de cartulina, con letras grandes: Detenerse, esperar 10 a 15 minutos, excitación sexual, eyaculación, aplicación del óvulo, extracción del pene, evitar lavados vaginales (por lo menos durante 6 horas), penetración.

Formar 4 grupos de 5 a 7 personas (dos grupos con tarjetas sobre el óvulo y dos con tarjetas sobre el condón). El educador dará las tarjetas a cada grupo en forma desordenada y pedirá al grupo que las ordene. Les dará 2 ó 3 minutos para ordenarlas.

Solicitar que pase cada grupo al frente y pegue las tarjetas en el pizarrón o en la pared. El educador hará la revisión conjuntamente con el grupo.

#### **Orden correcto (condón)**

- \* Excitación sexual
- \* erección
- \* detenerse un momento
- \* colocar el condón
- \* penetración
- \* eyaculación
- \* sostenerlo del borde
- \* extracción del pene
- \* pérdida de la erección

#### **Orden correcto (óvulo)**

- \* Excitación sexual
- \* detenerse
- \* aplicación del óvulo esperar 10 a 15 minutos penetración
- \* eyaculación
- \* extracción del pene
- \* colocar otro óvulo para cada nuevo coito
- \* evitar lavados vaginales (por lo menos durante 6 horas).

Asegurarse que todos entendieron la secuencia y estén de acuerdo con el orden. Resolver dudas al respecto.

(1,4)

### **La botella de la anticoncepción (opcional)**

#### **Objetivo:**

Aclarar dudas sobre los diferentes anticonceptivos o su uso.

#### **Duración:**

30 minutos

#### **Material:**

Sección. ¿ Es verdad qué ... ? sobre anticoncepción y una botella.

#### **Desarrollo**

El educador explicará que va a hacer las preguntas de la sección Es verdad qué? sobre anticoncepción para revisar si los conceptos quedaron claros.

Solicitar al grupo que se sienten en el piso formando un círculo.

Pedir a un voluntario que pase al centro del círculo, haga girar la botella y lea la primera afirmación de Es verdad que...? a la persona que apunte el cuello de la botella. La persona deberá responder si esa afirmación es falsa o verdadera y por que.

Se podrá ir rotando el voluntario que pasa al centro.

Si alguien da una respuesta equivocada, deberá salir del círculo.

La persona o personas que queden al final, recibirán un premio (por ejemplo, dulces, galletas, aplausos o felicitación del grupo, etc.)



## **Actividad en casa**

### **Objetivo:**

Favorecer las conductas dirigidas a la búsqueda y adquisición de métodos anticonceptivos.

### **Instrucciones**

El educador pedirá a los adolescentes que individualmente, no en grupo, visiten una farmacia y pregunten: cuántos tipos de métodos anticonceptivos tienen a la venta y los precios de cada uno de ellos.

### **Desarrollo**

**Nombre de la farmacia visitada:**

**Dirección:**

**¿Cuántos tipos de condones había?**

De cuáles anticonceptivos había, y cuánto costaban? Concluir mostrando la facilidad que tienen a su alcance para evitar situaciones desagradables y/o no deseadas (enfermedades sexualmente transmisibles y/o embarazos).

### **Evaluación**

En la siguiente sesión disponer de 10 minutos aproximadamente para preguntar a los adolescentes si llevaron a cabo la actividad de casa. Preguntar qué dificultades encontraron al realizar la tarea. Facilitar la expresión de opiniones y comentarios de interés.

## ¿Es verdad que ... ?

1. ¿Es verdad que la abstinencia es el único método anticonceptivo 100% efectivo?

Verdadero La única forma de estar absolutamente seguro de evitar un embarazo, es no tener relaciones sexuales.

2. ¿Es verdad que las píldoras anticonceptivas causan cáncer?

Falso Aun que el uso de la píldora puede causar efectos secundarios, no hay evidencia definitiva de que cause cáncer.

3. ¿Es verdad que la ducha vaginal previene el embarazo?

Falso La ducha vaginal no es un método efectivo de anticoncepción y no se recomienda ni como aseo normal pues destruye la flora vaginal

4. ¿Es verdad que si el hombre saca el pene de la vagina antes de eyacular no se provoca un embarazo?

Falso Aunque hay personas que creen que retirar el pene de la vagina antes de eyacular (retiro o coito interrumpido), es una forma de prevenir el embarazo, la realidad es que la probabilidad de que se haya derramado algo de fluido preeyaculatorio antes de la eyaculación es muy alta, por lo cual ésta no es una forma efectiva de anticoncepción.

5. ¿Es verdad que si se toma una pastilla anticonceptiva solo cuando se tiene coito se puede prevenir un embarazo?

Falso Las píldoras anticonceptivas son útiles para no embarazarse solo si se usan de acuerdo a las instrucciones. Tomar una a veces, o solo cuando se tiene coito no sirve como anticonceptivo.

6. ¿Es verdad que un condón se puede usar más de una vez?

Falso Aunque no se note que el condón está roto, se deteriora con el uso y es posible que tenga agujeros pequeños que la persona no nota pero que permiten el paso de semen. De hecho sí se puede usar más de una vez pero no sirve como anticonceptivo.

7. ¿Es verdad que sí se toma una píldora después del coito se previene el embarazo?

Falso La única forma en que las píldoras anticonceptivas sirven para prevenir un embarazo, es si son usadas de acuerdo a las instrucciones. Existe una píldora que se toma después del coito, llamada "de la mañana siguiente, pero solo se consigue en algunas países europeos.

8. ¿Es verdad que si se traga un óvulo, o que si se pone después del coito se puede prevenir un embarazo?

Falso Los óvulos sirven para prevenir el embarazo solo si se insertan hasta adentro de la vagina 15 ó 20 minutos antes del coito y se usa uno para cada coito. Tragarlos solo producirá probablemente un raro sabor de boca.

9. ¿Es verdad que está prohibido venderle anticonceptivos a los adolescentes?

Falso Aunque a veces en las farmacias los encargados preferirían no venderle un anticonceptivo a un adolescente por razones personales, no existe ninguna ley que prohíba la venta de anticonceptivos a ciertos grupos de edad. Personas de cualquier edad y sin prescripción médica tienen derecho de adquirir condones, óvulos, espumas y jaleas, y con prescripción médica pastillas y dispositivos intrauterinos.

10. ¿Es verdad que si la mujer se aplica limón en la vagina, no hay posibilidad de embarazo?

Falso El limón acidifica la vagina, lo cual puede interferir en la movilización de los espermatozoides, pero no es un método anticonceptivo. Es peligroso utilizar estas sustancias ácidas (como aspirinas) pues dañan el tejido vaginal y provocan úlceras.

11. ¿Es verdad que el ritmo es un método anticonceptivo eficaz para los jóvenes?

Falso Para los jóvenes no es eficaz porque no hay regularidad en el ciclo hormonal-ovulatorio. Es un método de baja eficacia, tanto para jóvenes como para adultos. El mejor método para los jóvenes es el condón acompañado de un espermicida.

12. ¿Es verdad que la mujer no debe ayudar a colocar un condón?

Falso La participación de la mujer en la colocación del condón favorece la excitación y contribuye al acercamiento sexual de la pareja. Sin embargo solamente si los dos están de acuerdo en hacerlo así será satisfactorio.

**(1,2,3,4)**

## **BIBLIOGRAFIA (CICLO 4)**

1. Planeando tu vida. Programa de educación sexual para adolescentes. Pick de Weiss, Susan., et. Al.. Editorial. Planeta mexicana, 6a. Edición, México, D.F.
2. Sexualidad de la gente joven. Modelo educativo para profesores y profesionales. Rodríguez R., Gabriela; Aguilar Gil, José Angel; Editorial. MEXFAM, México, D.F., 1992. pp. 76-98
3. Greydanus, Donald E., Patel, Dilip R., Anticoncepción. Clínicas médicas de Norteamérica. Vol. 354. No. 54, 1989. Pp.712-725.
4. Pick de Weiss, Susan, et. Al. Conocimientos de las adolescentes de la Cd. de México sobre la conducta sexual y los anticonceptivos. Salud Mental. Vol. 11, Junio de 1988. México.
5. Dinámica de Grupo. Balduino A. Andreola. Editorial. Sal Terrae. 3a. Edición.
6. Como animar un grupo. Editorial. Sal Terrae, 1985. España.

## **CICLO CINCO Y SEIS ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL.**

### **Objetivos:**

- Que los adolescentes identifiquen las enfermedades sexualmente transmisibles más comunes, reconociendo sus síntomas.
- Que los adolescentes aprendan a realizarse un auto examen genital.
- Que los jóvenes prevengan las enfermedades de transmisión sexual mediante la práctica de conductas de higiene básicas.

### **Premisas y contenido:**

Las enfermedades sexualmente transmisibles (ETS), también llamadas enfermedades venéreas, son padecimientos infectocontagiosos que se contraen, generalmente, por realizar el coito en condiciones de higiene inapropiadas y/o con personas infectadas.

El adolescente es una víctima común de algunas de las enfermedades sexualmente transmisibles debido, entre otras razones, a la falta de información verídica sobre los síntomas asociados con ellas, a los sentimientos de vergüenza y/o temor que experimentan ante la exploración de su propio cuerpo y a la actitud despreocupada con que practican su actividad sexual, olvidando el empleo de métodos anticonceptivos como medida preventiva de contagios infecciosos.

La Organización Mundial de la Salud ha clasificado como enfermedades de transmisión sexual a los siguientes padecimientos: sífilis, gonorrea, chancro blando, linfogranuloma venéreo, condilomas acuminados, vaginitis, herpes genital, uretritis inespecífica, y más recientemente el síndrome de inmunodeficiencia adquirida. Algunas de estas se presentan raramente.

A continuación se exponen las enfermedades sexualmente transmisibles más comunes:

### **Precauciones generales.**

Es importante informar al adolescente que cada vez que tenga relaciones sexuales existe riesgo de contagio de una enfermedad de transmisión sexual. Por lo tanto, una vez que el hombre y la mujer han iniciado su vida sexual, es conveniente seguir medidas preventivas tales como:

- Tener hábitos higiénicos adecuados.
- Tener relaciones sexuales con una sola pareja.
- Usar preservativos rutinariamente, aún con una pareja estable y para todo tipo de coito.

- Evitar el intercambio de fluidos corporales tales como semen, fluidos vaginales y sangre.
- Inspeccionar los genitales propios y de la pareja periódicamente.
- Lavar los genitales después del coito.
- Orinar después del coito.
- Someterse a exámenes médicos periódicamente.
- Evitar la exposición a las lesiones en la piel a través de las cuales se puede contagiar alguna enfermedad.
- Cuando haya que inyectarse, utilizar siempre agujas y jeringas desechables.

Un componente esencial en la prevención de la salud, es la higiene sexual. Esta se refiere a una serie de medidas que es necesario llevar a cabo para mantener en condiciones adecuadas los órganos genitales, ayudar a su buen funcionamiento, evitar enfermedades que los afecten y preservar una vida sexual y reproductiva sana.

La higiene sexual se inicia desde el nacimiento, con el baño diario para evitar la irritación que causan la orina y las heces fecales. Se aconsejan a los padres tocar los testículos del niño durante el baño, para saber si éstos han descendido y se encuentran en la bolsa. En caso de que alguno de los testículos no haya descendido, es necesario comunicarlo al médico.

La palpación de los propios testículos es útil, además, para detectar tumores así como la presencia de sangre o agua. También es importante que tanto los niños como los adolescentes corran el prepucio hacia atrás para asear el pene y evitar la acumulación de esmegma, ya que esta puede causar irritaciones e infecciones. Hay ocasiones en que el prepucio no se puede deslizar hacia la base del pene. En estos casos es recomendable visitar al médico para saber si es necesaria una sinequiectomía o la circuncisión, la cual consiste en cortar el prepucio para dejar libre el glande.

En la niña y la adolescente, durante el baño se deben separar los labios mayores de la vulva con dos dedos y, con la otra, asear los genitales que quedan al descubierto, ya que tanto la humedad como los restos de orina, pueden llegar a infectar.

Otra medida para evitar las infecciones consiste en la forma de llevar a cabo la limpieza posterior a orinar o defecar, de tal manera que la limpieza de la vulva y el ano se realicen por separado y de adelante hacia atrás.

Cuando los niños crezcan, ya sean hombres o mujeres, y aprendan a bañarse solos, deberán continuar con las medidas higiénicas mencionadas. Ya en la adolescencia, al iniciar el funcionamiento de los órganos sexuales éstas medidas de higiene deberán reforzarse.

En el hombre se aconseja el aseo diario de genitales, de la misma forma que se hizo con el niño, ya que se ha estudiado que la acumulación de esmegma, además de aumentar la probabilidad de contraer infecciones, es factor facilitador de Cáncer cervicouterino en la mujer.

A la adolescente se le aconseja el aseo genital diariamente y el autoexamen genital cada cierto tiempo, éste puede realizarse después del baño, con ayuda de un espejo para reconocerse y detectar la lesión, flujo o irritación.

Tanto los hombres como las mujeres deben de palpar los ganglios de sus ingles axilas o cuello. La inflamación o crecimiento anormal, es señal de que existe una enfermedad.

Es importante tener en cuenta que el daño que puede causar una ETS, no es solamente físico. Psicológicamente la persona puede sentirse disminuida, rechazada socialmente y por lo tanto sentir agresión hacia sí misma y/o los demás.

## **SESION ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL.**

### **Materiales de Apoyo.**

- Pizarrón.
- Gises.
- Tarjetas.
- Hojas blancas.
- Cinta adhesiva.
- Plumones.
- Reproductora de video.
- Proyector de Diapositivas.
- Láminas.
- Diapositivas.
- Videos.

## **EJERCICIO**

### **ADIVINANZAS. EL BUZON.**

Distribución del Tiempo: ( En cuatro sesiones de 90 minutos).

Exposición de ETS. Nociones básicas de higiene sexual.	(60 minutos).
Ejercicio Adivinanzas.	(30 minutos).
Evaluación	(20 minutos).
Respuestas (Buzón)	(20 minutos).
Video	(45 minutos).

### **Procedimiento:**

1. Integrar al grupo mediante dinámica ruptura de hielo.

2. Presentar los objetivos de la sesión.
3. Preguntar al grupo que son las ETS.
4. Escuchar las diferentes definiciones y escribirlas en el pizarrón.
5. Exponer las ETS. Haciendo énfasis en los síntomas asociados y las medidas para prevenirlas.
6. Proceder a la realización del ejercicio Adivinanzas.
7. Preguntar y leer los mitos sobre ETS. Apoyándose de comentarios de los adolescentes.

## **TRICOMONIASIS VAGINAL.**

**Agente etiológico:** *Trichomonas vaginalis*.

Es un microorganismo móvil, piriforme que mide aproximadamente 10 por 7 micras, se replica por fisión binaria.

Habita principalmente en el aparato genital femenino, así como en la uretra y próstata del varón. Este parásito puede vivir durante algunas horas en tierras húmedas y se adquiere a través de contacto directo; la transmisión venérea interpersonal, justifica prácticamente a todos los casos de Tricomoniasis. Su prevalencia es mayor en personas con múltiples parejas sexuales o con otras enfermedades de transmisión sexual.

El período de incubación varía entre 5 y 28 días.

### **Cuadro clínico :**

Manifestaciones clínicas en la mujer:

Fluido transvaginal abundante, fétida, acompañada de prurito y ardor vulvovaginal, disuria, dispareunia, ocasionalmente adenomegalia inguinal. A la exploración física se encuentra eritema vulvar, en vagina hay inflamación con lesiones en "empedrado", hemorrágicas, cervicitis con o sin erosión periorificiaria sangrante, cérvix de aspecto afresado, secreción cervical y fluido vaginal abundante, amarillo fétido, ocasionalmente sanguinolento, lo cual le da una apariencia rosada. El pH vaginal puede ser de 5.0 o mayor

Manifestaciones clínicas en el hombre: balanitis, uretritis, epididimitis, prostatitis.

Cultivos sistemáticos han indicado que son frecuentes las manifestaciones asintomáticas, tanto en el hombre como en la mujer. Sin embargo se recomienda tratar a los casos con síntomas y sin ellos para disminuir el reservorio de la infección, el riesgo de contagio y la aparición tardía de los síntomas.

### **Complicaciones :**



Infertilidad, esterilidad, amenaza de parto prematuro, ruptura prematura de membranas, salpingitis, asociación a procesos malignos.

### **Diagnóstico :**

Examen en fresco de la secreción cervical y fluido trasvaginal. En este examen se observan al microscopio óptico a 40x, el parásito móvil, así como una gran cantidad de leucocitos polimorfonucleares. Esta prueba tiene aproximadamente 80% de la sensibilidad que tiene un cultivo.

Ocasionalmente es factible utilizar citología exfoliativa, teñida con técnica de Papanicolaou, para efectuar el diagnóstico.

Cultivo : Se puede utilizar el medio Trichosel Broth Medium, el cual debe incubarse anaeróbicamente por lo menos durante 48 horas.

El diagnóstico en la población masculina, ofrece más dificultades, requiriendo de un cultivo del sedimento urinario de la porción inicial de la primera micción de la mañana, una muestra uretral tomada con escobillón antes de orinar.

Están en investigación nuevos métodos para el diagnóstico de infección por *T.vaginalis* mediante inmunofluorescencia o por medio de sondas de oligonucleótidos, y es posible que se demuestre su utilidad diagnóstica tanto para mujeres como para varones.

### **Tratamiento :**

Los nitroimidazoles son los únicos fármacos que demuestran una efectividad constante en el tratamiento de Tricomoniasis.

Metronidazol 250 mg cada ocho horas por siete días.

Tinidazol 2 g, dosis única.

Metronidazol 2g, dosis única.

El tratamiento vaginal con Metronidazol al 0.75% no es eficaz para la Tricomoniasis vaginal.

El Metronidazol no se recomienda durante el primer trimestre del embarazo. Así mismo hay que evitar el alcohol 24 horas antes del tratamiento y durante este, debido al efecto de tipo disulfaram de este fármaco. (Efecto antabuz).

Las parejas sexuales de los enfermos de Tricomoniasis, deben ser atendidas personalmente y no deben ser tratadas sin explorarlas.

## **GONORREA.**

**Neisseria GONORREA:** Es una enfermedad infectocontagiosa exclusiva del ser humano que se transmite por vía sexual.

La gonorrea es una de las 5 enfermedades más antiguas del mundo y se conoce desde el tiempo de los Hebreos; se menciona en el Levítico. Y fue Galeno quien dio el nombre con el que se conoce actualmente (ghono=semilla, rhoea="flujo o corriente").

En Europa en el siglo XV fue una de las enfermedades que azoto a la mayoría de la población. Fue traída a América por los tripulantes de la expedición de Colón.

Fue Neisser que en 1879 descubrió la presencia continua de un cono en la secreción purulenta de la gonorrea, al observar diplococos intracelulares al microscopio de frotis de secreción uretral. Es una infección de transmisión sexual del epitelio cilíndrico transicional que puede infectar directamente a la uretra, el endocérnix, peritonitis, bartolinitis y en niñas se manifiestan como vulvovaginitis y en recién nacido como oftalmia purulenta

**Agente etiológico:** *Neisseria gonorrhoeae*.

**Neisseria GONORREA. :** Es el agente causal de la enfermedad y es un diplococo aeróbico, gram negativo, inmóvil y no esporulado, tiene forma arriñonada de 6 de micras de diámetro. Es muy frágil muere con el calor a temperaturas mayores de 40°C y con jabón.

Posee un citocromooxiparafenilandiamina y las especies se distinguen por su capacidad para metabolizar los azúcares y de crecer en medios especiales como el de Thayer Martín o en la Agar simple a temperaturas de 22° a 37°C..

Su clasificación se basa en las características morfológicas y se han identificado cuatro tipos según de Kellogg: T1, T2, T3, T4. Las variantes T1 y T2 fueron las más virulentas experimentalmente para el hombre y el chimpancé, pero las formas subcuativas T3 y T4 carecían de pelo y eran avirulentas.

### **Cuadro Clínico:**

Los signos y síntomas de la blenorragia dependerán del sitio de inoculación, edad, y conducta sexual del paciente, duración de la enfermedad y ciertas propiedades del gonococo.

El espectro de esta infección tanto en el hombre como en la mujer es verdaderamente amplio.

En los varones el periodo de incubación de la uretritis gonorreica es de 2 a 7 días, la infección suele iniciarse bruscamente con eritema y edema del meato urinario acompañada de sensación ardorosa y disuria frecuentemente con secreción mucopurulenta abundante; de manera natural. La uretritis se autolimita y tiende a desaparecer en 8 semanas.

En las mujeres el sitio inicial de la infección es el epitelio cilíndrico endocervical, lesión que la paciente percibe como implemento copioso del flujo, desde ahí la infección suele propagarse hacia la uretra, recto, o glándulas de Bartholin.

Enfermedad Pélvica Inflamatoria. La endometritis se manifiesta como dismenorrea, hipooligomenorrea y dolor pélvico. La salpingitis ocurre en el 20% de las mujeres infectadas. Se ha descrito dolor bilateral de las fosas ilíacas, fiebre, y presencia de tumoraciones palpables en los anexos, y puede llegar a la peritonitis

Si la infección alcanza la cavidad peritoneal se pueden formar abscesos o bien producir perihepatitis o síndrome de Fitz Hung curtiz, con dolor en el hipocondrio derecho y "frote hepático" audible.

Las infecciones anorectales suelen ocurrir en los homosexuales las mujeres o los neonatos y los síntomas más comunes son: dolor rectal tenesmo, estreñimiento, exudado mucopurulento o hemorragia rectal, (aunque estos pacientes suelen cursar asintomáticos). Al examen rectoscópico es frecuente encontrar la mucosa rectal eritematosa con pequeñas erupciones entre los 5 y 10 cm del recto terminal, principalmente por arriba de la línea de pectinada de las columnas de Morgane y las glándulas perianales.

La gorronea faríngea es consecuencia del coito oral (fellatio) y se produce faringitis leve que más tarde puede ser origen de gonococcemia.

Se ha encontrado gonococcemia diseminada en el 1% de los varones y el 3% de las mujeres infectadas. 50% de ellas desarrollaron después de la menstruación, fiebre, poliartalgias o dermatosis papular, petequias, hemorragia o dermonecrosis.

Las lesiones en número de tres a 20 fueron más comunes en las porciones distales de las extremidades, y son frecuentes la tendosinovitis y la artritis supurativa unilaterales con frecuencia por complejos inmunitarios circulantes, bacteremia, miopericarditis y hepatitis.

Como manifestaciones de gonorrea diseminada se encuentran fiebre, escalofríos, mialgias, malestar general, leucocitosis, sedimentación aumentada y alteración de pruebas de funcionamiento hepático; el hemocultivo puede ser positivo en las fases iniciales de la enfermedad.

### **Diagnóstico :**

Las diferentes formas clínicas de gonorrea se basa en criterios clínicos, epidemiológicos y de laboratorio.

Este último constituye el criterio definitivo del cual depende la identificación del germen. A pesar de la creación de diversos métodos para detectar *N. gonorrhoeae* en muestras de mucosas, así como los estudios de detección de antígenos y sondas genéticas, el frotis teñido con colorante de Gram o el cultivo por inoculación en medios selectivos (como Thayer-Martin, Martín-Lewis, NYC). , Es la más útil de las pruebas.

El frotis teñido de gram, se considera positivo cuando demuestra diplococos gram negativos con morfología típica (forma de riñón) dentro de los leucocitos polimorfonucleares. Con excepción de la infección diseminada, las pruebas serológicas son de poca utilidad.

Siempre es conveniente hacer el diagnóstico de la infección primaria y tratar a las parejas sexuales del paciente.

El diagnóstico de la gonorrea en el hombre es fácil y en estos casos se debe observar la siguiente:

1. - Datos epidemiológicos, ¿ contacto sexual reciente ?.
2. - Datos clínicos, que sea compatibles con la uretritis
3. - Datos de laboratorio; frotis de exudado y cultivos.

En la mujer el diagnóstico es más problemático, primero porque muchos de estos casos son asintomáticos. Segundo; es difícil que la mujer comunique el flujo travaginal de manera reciente. La muestra para el cultivo se debe tomar del cuello uterino y la uretra, nunca de la vagina.

### **Diagnóstico diferencial :**

En el varón además de la uretritis gonococcica, existen otras causas en las que muchas veces no se logra demostrar el agente etiológico y solo el diagnóstico clínico demuestra uretritis inespecífica. Las causas que deben tomarse en cuenta son:

- . Por Chlamydia
- . Por Mycoplasma
- . Por Trichomonas vaginalis.

Todas las formas de uretritis al igual que la gonococcica, tiene como denominador común el ser adquiridas por contacto sexual y de sintomatología muy parecido, los estudios bacteriológicos son los que nos ayudan a hacer el diagnostico definitivo.

### **Tratamiento:**

En la época actual, por el uso indiscriminado de antibióticos, el mundo ha sido testigo de un incremento de resistencia de los gonococos a los antibióticos. La resistencia mencionada esta mediada por mecanismos cromosómicos y por plásmidos, esto obligó a hacer ajustes cada vez mayores en la dosis recomendada en la penicilina.

### **Tratamiento de las infecciones gonococcicas no complicadas.** en (ambos sexos).

En caso, de las infecciones uretrales, endocervicales o anorectales no complicadas, comúnmente es eficaz una sola dosis de los farmacosidonicos. Otro aspecto muy importante es la infección coexistente por Chlamydia corroborada, incluso en el 45% de los pacientes con gonorrea.

Régimen 1. - Ampicilina, 3. 5 g por vía oral o amoxicilina 3g más un gramo de probencid en una sola dosis. Es ineficaz contra la gonorrea anorectal y faríngea, exige conocer la resistencia a penicilinas y otros Beta lactámicos.

Régimen 2. - Clorhidrato de tetraciclina, 1. 5g por vía oral la primera dosis y continuar con. 5 g cada 6 horas durante 5 días.

### **Tratamiento de mujeres embarazadas alérgicas a la penicilina .**

1. - Quinolonas.
2. - Macrólidos.

### **Tratamiento de enfermedad pélvico inflamatoria en pacientes que no requieren hospitalización.**

1. - Ampicilina 3. 5g más probencid 1g vía oral.

### **Pacientes graves que necesitan hospitalización.**

1.-Ceftriaxona.

2.- Quinolonas.

### **Enfermedades con síndrome artritis/ dermatitis.**

1. - Penicilina sódica cristalina 10 millones por vía I. V. dosis dividida cada 6 horas por 3 a 5 días continuando con ampicilina. 5g cada 6 horas por vía oral por 10 días.

2. - Cetriaxona Ig o cefotaxima 500 mg cada 6 a8 horas por vía I. V. su administración puede prolongarse hasta mejoría clínica.

3.- Quinolonas.

### **Tratamiento del paciente pediátrico .**

#### **Profilaxia de oftalmia gonococcica en el recién nacido-**

1.-Solución de nitrato de plata al 1% o las pomadas de tetraciclina al 1% .

#### **Oftalmía purulenta del recién nacido, septicemia, artritis, meningitis.**

1.-Penicilina sódica cristalina de 50000 a 1000 000 de unidades kg. por día cada 6 u 8 horas por vía IV durante 7-dias.

#### **Nuevos tratamientos.**

Son pocas las alternativas en el tratamiento de especies *N. gonorrhoeae* resistentes solamente las quinolonas fluoradas como norfloxacin y ciprofloxacina son los suficientemente activas contra sus especies resistentes, y su mecanismo de acción es distinto como para ser bastante prometedor.

#### **Profilaxis.**

Como ocurren en otras enfermedades venéreas la mejor forma de evitar la infección por *N. Gonorrhoeae* es evitar en primer lugar el contacto o la exposición, el método más eficaz es la selección de los compañeros sexuales y también limitar los contactos sexuales a personas conocida que no tienen conductas de riesgo y que se sabe no sufre infección alguna. el uso de preservativos antes de cualquier contacto genital resulta eficaz para evitar la enfermedad de su transmisión.

No se recomienda la profilaxis mediante antibióticos antes y después de la exposición suele ser eficaz pero la mayoría de los individuos utiliza dosis

inadecuadas con lo que únicamente logran prolongar el periodo de incubación de cepas resistentes.

## **MYCOPLASMA.**

Infección humana que abarca a diversos síndromes genitourinarios en ambos sexos y enfermedades perinatales .

Las infecciones por micoplasma deben sospecharse en procesos superados donde los clásicos cultivos para bacterias son negativos.

Son las uretritis , salpingitis , pielonefritis, sépsis posparto , y neumonías o meningitis postnatal o neumonía en el neonato.

En enfermos inmunosuprimidos pueden aparecer artritis o abscesos por micoplasma.

### **Agente etiológico :**

El Mycoplasma fue descubierto por Eaton en 1941, relacionándolo con neumonía . Es un diminuto filamento móvil que mide aproximadamente 0.1 por 2 micras y que tiene un polo diferenciado , especializada actúa como mediadores que intervienen en la lesión de células parasitarias son la producción de peróxido y de un inhibidor de la catalasa de la célula huésped :

El microorganismo puede ser aislado de secreciones , tarda generalmente 1 a 3 semanas para proliferar y poder ser identificado. Parecen prometedoras las técnicas recientes de diagnóstico rápido basadas en la detección de antígenos o de sondas de ácido nucleico, usadas directamente sobre las muestras o bien la serología.

### **Cuadro clínico :**

El M. hominis , M. urealiticum o ambos se encuentran en uretritis no gonococcica , enfermedad inflamatoria de próstata , vagina, cuello uterino , parte alta de las vías urinarias y órganos pélvicos femeninos . Además , la colonización por uno de esos microorganismos , o por ambos se relaciona con infertilidad en ambos sexos , aborto habitual y producción recurrente de lactantes prematuros y de bajo peso.

### **Diagnóstico :**

1.- Aislamiento del agente en medios específicos como el caldo arginina, medio arginina y caldo de urea.

2.- El recuento y fórmula leucocitaria suelen ser normales, pero la velocidad de eritrosedimentación suele ser alta, pudiendo demostrarse proteínas-C-reativas (+).

3.- Las pruebas específicas de diagnóstico son: aislamiento del Mycoplasma en las secreciones o la demostración de cambios al cuádruplo en título de parejas de sueros mediante diversos métodos, siendo la fijación de complemento el más difundido.

4.- Se han comercializado 2 nuevos tipos de pruebas diagnósticas rápidas: una se basa en la identificación del ARN de Mycoplasma por una técnica de hibridación del ácido nucleico; la segunda detecta una proteína principal que posee el microorganismo.

#### **Tratamiento :**

Mycoplasma y ureaplasma son sensibles a la tetraciclinas.

El mycoplasma hominis no es sensible a la eritromicina .

Las dosis de tetraciclinas van de uno o dos gramos al día durante una o dos semanas . Mientras transcurre este periodo se requiere abstención de contacto sexual y es necesario valorar a las parejas sexuales para tratamiento.

Otras veces indican en el tratamiento con clorhidrato de tetraciclina 500 mg cada 6 horas durante 7 días por vía oral o también la doxicilina 100 mg cada 12 horas durante 7 días como mínimo vía oral.

En pacientes embarazadas se debe utilizar la eritromicina 500 mg cada 6 horas durante 7 días como mínimo, por vía oral.

### **CITOMEGALOVIRUS.**

**Agente etiológico :** Virus de la inclusión citomegálica ( familia herpesviridae ).

El CMV pertenece a la familia de los virus herpéticos y contiene un filamento doble de ADN, una cápside proteínica y una cubierta lipoproteica. Presenta una simetría icosaédrica, se replica en el núcleo celular y puede originar una infección latente o una infección lítica y productiva.

El CMV puede diferenciarse de otros virus por ciertas propiedades biológicas, como lo es el espectro de huéspedes a los que afecta y el tipo de citopatología que provoca.

Al parecer el CMV se replica in vivo y en distintos tipos de células, se desconoce si es oncogénico in vivo, sin embargo, en raras ocasiones, el virus es



capas de transformar a los fibroblastos y se han identificado fragmentos de la transformación genómica.

El virus puede aislarse en la saliva, leche, orina y heces. No se propaga de manera fortuita, sino que requiere de exposición íntima, repetida y prolongada para la transmisión.

Una de las vías de transmisión de este virus es la sexual, además puede transmitirse por vía sanguínea debido a transfusiones o drogadicción intravenosa, vía transplacentaria o por procedimientos quirúrgicos, así como a los receptores de transplantes.

#### **Cuadro clínico :**

La manifestación clínica más frecuente de infección con CMV en un huésped normal, es un síndrome de mononucleosis con anticuerpo heterófilo negativo.

El período de incubación es de 20 a 60 días y la enfermedad dura de 2 a 6 semanas.

#### **Manifestaciones clínicas :**

Por lo general el paciente cursa asintomático, sin datos clínicos de infección.

En algunas ocasiones se presenta un cuadro catarral con adenomegalias cervicales, las que se detectan a la exploración física. Además puede existir fiebre alta prolongada, acompañada a veces de calosfríos, fatiga profunda y malestar general.

También son frecuentes la cefalea, mialgias y esplenomegalia. Es raro, pero se puede encontrar faringitis exudativa, así como erupciones rubeoliformes, y con muy poca frecuencia puede haber neumonía segmentaria o intersticial, miocarditis, pleuritis, artritis o encefalitis. También muy raro es la complicación con síndrome de Guillan-Barre.

La infección aguda durante el embarazo puede ocasionar serias malformaciones congénitas. La frecuencia de infección in útero, varía del 0.2 al 1.0 %. La mayoría de los neonatos son asintomáticos, pero eso depende de la edad gestacional en la que se haya adquirido el padecimiento. Esto se caracteriza por bajo peso, hipotrofia, hepato-esplenomegalia, microcefalia, calcificaciones periventriculares y manifestaciones hemorrágicas con trombocitopenia entre otras.

Hay manifestaciones que se detectan tardíamente como el retraso mental, disminución auditiva o sordera, daño cerebral mínimo, crisis de espasmos y dificultad en el aprendizaje.

### **Diagnóstico :**

El diagnóstico de infección por CMV no puede hacerse fácilmente por la clínica. El método de diagnóstico de preferencia es el aislamiento del virus a partir de muestras adecuadas, o de la manera siguiente :

- 1.- Serológico : Se efectúa una determinación de IgM o determinación pareada de IgG con un intervalo de 15 a 21 días entre cada una de las determinaciones.. El resultado en caso de infección será positivo en la primera y deberán aumentarse los títulos de 3 a 4 veces en la segunda.
- 2.- Microscopía : Se realiza mediante la detección citológica de inclusiones intranucleares a partir de especímenes.
- 3.- Aislamiento del virus en cultivos celulares de fibroblastos humanos, a partir de muestras como semen u orina.

### **Tratamiento :**

Algunas medidas útiles para evitar la infección por CMV , es un control adecuado de los donantes de sangre, así como el manejo de la misma. Igualmente emparejando los trasplantes de riñón o médula ósea por serología de CMV, utilizando aquellos de pacientes seronegativos.

Actualmente se está evaluando la utilización del ganciclovir en humanos, pero fundamentalmente en pacientes infectados con SIDA, que además se encuentran complicados con citomegalovirus. En estos pacientes se ha encontrado una tasa de respuesta del 70 a 90 % en la utilización del ganciclovir contra la retinitis o colitis por CMV.

La dosis que se ha probado es 5mg/kg. IV dos veces al día durante 14 a 21 días, seguidos de 5 mg/kg. al día durante 5 a 7 días por semana. El principal efecto tóxico de ganciclovir es la neutropenia en sangre periférica.

El fosfonoformato de sodio, (foscarnet), también actúa contra la infección por CMV, inhibiendo la polimerasa ADN viral.. La desventaja que tiene su utilización es la toxicidad que causa, incluida la disfunción renal, hipomagnesemia, hipopotasemia, hipocalemia, convulsiones, fiebre y erupción cutánea. Además que requiere de una bomba de infusión y una monitorización estrecha.

La dosis de inducción es de 60 mg/kg. IV cada 8 horas durante 14 a 21 días, seguidos de la dosis de mantenimiento IV de 90 a 120 mg/kg.

## **VAGINOSIS BACTERIANA.**

**Agente etiológico :** "*Gardnerella vaginalis*."

**Historia** La vaginitis por *Gardnerella* originalmente fue descrita por Gardner y Dukes, quienes en 1944 identificaron al microorganismo causante de lo que en el pasado se llamaba "vaginosis inespecífica". Llamaron a la bacteria *Haemophilus vaginalis*, pero había bastante controversia sobre su género correcto. Por esta razón, Greenwood y Pickett propusieron un género nuevo "*Gardnerella vaginalis*" en honor al doctor Gardner.

Es una enfermedad aguda bacteriana, que es un fenómeno del cual no se tiene certeza de su transmisión sexual.

### **Cuadro clínico :**

Este es un síndrome caracterizado por aumento de la secreción del flujo vaginal, de coloración blanquecina, maloliente "olor a pescado" que suele ser la principal causa manifestante, homogénea, poco viscosa y uniformemente impregnado de células de la pared vaginal.

### **Diagnóstico :**

- 1.- Histológico "células guía o clave" que se encuentran mediante un frotis en fresco, aunque es fácil se requiere que notifique al laboratorio su búsqueda.
- 2.- Tinción de Gram ( estudio de la flora vaginal )
- 3.- Exudado vaginal con solución. KOH al 10% ( olor a pescado con liberación de aminas volátiles )
- 4.- El pH vaginal > 4.5

### **Tratamiento :**

Es importante administrar también el tratamiento al compañero.

El tratamiento de elección es el Metronidazol 500 mg. cada 12hrs. durante 7 días (anaerobios son frecuentes). Algunos autores han sugerido el esquema de dosis única de 2 gr.

Otra alternativa es la utilización de Amoxicilina o ampicilina a dosis de 500 mg cada 8 y 6 hr. respectivamente durante los 7 días; al igual que la mayor parte de las cefalosporinas.

## PAPILOMA VIRUS HUMANO

**Agente etiológico :** *Virus del Papiloma Humano.*

El VPM infecta selectivamente el epitelio de la piel y las mucosas. Pertenece al género A de la familia Papoviridae y son virus sin cubierta, de 50 a 55 nm de diámetro.

Se ha observado un incremento en el número de infecciones por VPM en los últimos 15 a 20 años.

### **Cuadro clínico :**

Las manifestaciones anogenitales son los condilomas, la mayoría acuminados, aunque puede haber condilomas planos, estos aparecen en piel y mucosa de genitales externos y región perianal. Incluso pueden abarcar hasta el cuello uterino.

Existen lesiones únicas y múltiples. Las lesiones únicas puede ser muy pequeñas, pero si son múltiples coalescen y pueden cubrir a la vulva, otra de sus características es que son indoloras.

El período de incubación varía entre 1 y 6 meses.

### **Diagnóstico:**

El diagnóstico puede hacerse por inspección, también por el método de citología exfoliativa con Papanicolau para VPH, así mismo se puede realizar hibridación de ac. nucleico para este tipo de virus y por medio de Colposcopia para prueba con acético en las zonas aceto blancas o aceto (+).

En algunos casos las lesiones con condilomas se acompañan de carcinoma vulvar *in situ*, o de otros cambios displásicos y deben excluirse mediante biopsia, la presencia de Ca *in situ*.

Es útil estudiar la vulva y el área perianal con una fuente de luz adecuada y amplificación para lograr identificar todas las lesiones y lupa de mano.

El colposcopio de bajo aumento puede ser muy útil. Cuando las lesiones son muy extensas deben inspeccionarse el ano y uretra.

## LINFOGRANULOMA VENÉREO.

Es una infección transmitida por vía sexual causada por *Chlamydia trachomatis*. La enfermedad aguda se caracteriza por una lesión genital primaria transitoria seguida por linfadenopatía regional multilocular supurativa. Las mujeres, hombres homosexuales y en ocasiones hombres heterosexuales pueden desarrollar proctocolitis hemorrágica con linfadenitis regional.

**Agente etiológico :** *Chlamydia Trachomatis*.

Existen solo tres inmunotipos de *C. trachomatis*, conocidos como L1, L2, L3, que causan LGV. Es más común el L2. Los inmunotipos LGV tienen también otra característica biológica distinta. Son más invasores que los otros inmunotipos de *C. Trachomatis* causan enfermedad principalmente en el tejido linfático, crecen con mayor facilidad en cultivo de tejidos y en macrófagos y son patógenos cuando se les inocula por vía intracerebral a ratones y monos.

### **Cuadro clínico.**

En los individuos heterosexuales, la lesión genital primaria ocurre de tres días a tres semanas después de la exposición. Es una pequeña vesícula inolora o una úlcera o una pápula localizada sobre el pene en el hombre o en los labios, la pared posterior de la vagina o la horquilla en la mujer. La lesión puede o no ser reconocida, sana en unos cuantos días sin dejar cicatriz e incluso cuando se nota es reconocida como LGV excepto en forma retrospectiva cuando va seguida de linfadenitis. La uretra y el endocervix son sitios primarios de infección. En las mujeres y los hombres homosexuales la infección anorectal primaria aparece después del acto sexual. En las mujeres la infección rectal de LGV y no LGV de *C. trachomatis* pueden producirse por contigüidad por secreciones a lo largo del perineo (v. como en el caso de la infección gonococcica en las mujeres) o por vía linfática de la pelvis.

Desde el sitio de primoinfección uretral, genital, anal o rectal y su diseminación vía linfática puede producir linfadenitis inguinal y femoral.

El cuadro de presentación más común en el hombre es el síndrome inguinal que se caracteriza por linfadenopatía inguinal dolorosa que se inicia dos semanas después de la exposición. La adenopatía inguinal es unilateral en dos terceras partes de los casos y con frecuencia hay crecimiento palpable de los ganglios iliacos y femorales del mismo lado que de los ganglios inguinales aumentados de tamaño.

Los ganglios inicialmente están bien limitados pero la periadenitis progresiva da como resultado una masa enmarañosa de ganglios que se vuelven fluctuantes y supuran. La piel que los cubre se vuelve fija, dura, inflamada,

adelgazada, y finalmente desarrolla múltiples fístulas drenales. El extenso crecimiento de cadenas de ganglios inguinales por arriba y por abajo del ligamento inguinal (signo del surco) es característico, pero solo presenta en un mínimo de casos.

La afección histiológica de los ganglios presenta inicialmente pequeños abscesos estrechados característicos rodeados de histiocitos que coalescen para formar grandes focos supurativos necróticos. Por lo general se produce una curación espontánea después de varios meses, dejando cicatrices inguinales o masas de diferentes tamaño que persisten durante toda la vida.

Los síntomas constitucionales son comunes durante el estado de linfadenopatía regional y en presencia de proctitis, éstos síntomas incluyen fiebre, escalofríos, cefalalgia, meningismo anorexia y artralgias.

### **Complicaciones :**

Entre las complicaciones más frecuentes se comprenden: artritis, con derrame estéril, meningitis aséptica, meningoencefalitis, conjuntivitis, hepatitis y eritema nodoso.

Las complicaciones de la infección anorectal no tratada incluyen fístulas del ano, absceso perirectal, recto vaginal, rectovesical e isquiorectal;

La infección bacteriana secundaria, probablemente contribuye ha estas complicaciones. La estenosis rectal es una complicación anorectal y por lo general ocurre entre 2y6 cm del orificio anal, dentro del alcance del examen rectal digital. Este se puede extender y provocar que se confunda con un diagnostico de carcinoma.

Una complicación del LGV en el hombre se presenta con lesiones crónicas progresivas de tipo infiltrativo, ulcerativo o fistular de pene, la uretra posterior, causando incontinencia o dificultad a la micción.

Una complicación poco frecuente de LGV es la elefantiasis genital, una induración crónica y edema del pene o de la vulva causada por obstrucción linfática. El abombamiento polipoide de la piel y las grandes cicatrices hiperplásicas queloides estrelladas de los genitales, pueden acompañarse de induración vulvar o de linfedema y clínicamente son difíciles de distinguir del granuloma oro inguinal y de la tuberculosis genital.

Se pueden presentar ulceraciones crónicas de la vulva (estiomeno) y tumoraciones perianales lisas y pedunculadas ( linforroides).

### **Diagnóstico :**

El método de diagnóstico más confiables es el aislamiento de *C. Trachomatis* del pus aspirado de un bubón en el recto o en la uretra, el endocervix, u otro tejido infectado.

Las pruebas más ampliamente usadas para el inmunodiagnóstico han sido la fijación de complemento para LGV y la prueba cutánea de Frei. Un título de F.c. para LGV mayor o igual 1: 64 es sugerente de LGV y se puede encontrar en la mayoría de los pacientes una vez que el bubón ha hecho su aparición. La prueba de Frei cutánea es menos sensible que la prueba de fijación de complemento para LGV y ya no se utiliza.

La prueba de anticuerpos monoclonales conjugados a la fluorescencia para *C. Trachomatis* y contra la cepa L2 pueden resultar útiles para la identificación del agente en muestras de ganglios linfáticos u otros tejidos, fijados adecuadamente.

#### **Tratamiento :**

La elefantiasis genital y fístulas rectales, peneales y uretrales requieren generalmente corrección quirúrgica, aun que a veces la estenosis uretral e incluso la rectal pueden manejarse mediante dilatación mecánica repetida.

Los regímenes terapéuticos recomendados son:

- a) Clorhidrato de tetraciclina. 5g 4 veces al día por tres semanas.
- b) Sulfonamida. 4 g de diarias durante 21 días.

Los bubones fluctuantes deberán ser aspirados con jeringa y aguja del número 18 con frecuencia para evitar la ruptura espontanea.

#### **SIFILIS.**

**Agente etiológico :** *Treponema pallidum.*

La sífilis es causada por el *Treponema pallidum*. Que es un procariote espiriliforme delicado, que mide alrededor de 0,25 micrómetros de ancho y de 5 a 20 micrómetros de largo. Puede identificarse por su forma y su carácter móvil, tanto en microscopía de campo oscuro como por técnica de inmunofluorescencia. El *T. pallidum* no crece en medios de cultivo artificiales ni tampoco sobrevive mucho tiempo fuera del organismo humano, pero puede permanecer varios días en los cultivos de tejidos.

Provoca una enfermedad sistémica causada por la espiroqueta, y puede cursar con estadios clínicos sucesivos y un periodo de latencia asintomático de

varios años de duración. Puede afectar cualquier tejido u órgano vascular o transmitirse de la madre al feto.

### **Cuadro clínico:**

El periodo de incubación de la sífilis oscila entre 1 y 13 semanas, pero suele ser de 3 a 4 semanas. La enfermedad puede aparecer en cualquier estadio sin que existan antecedentes de estadios previos, y mucho después de adquirida la infección inicial. La presencia coexistente del virus de inmunodeficiencia humana puede acelerar la evolución clínica de la sífilis.

### **Sífilis primaria.**

La lesión primaria es el chancro, aparece, evoluciona y desaparece de 4 a 8 semanas de adquirida la infección. En el sitio de la inoculación aparece una pápula eritematosa que experimenta rápidamente fenómenos erosivos hasta convertirse en una úlcera indolora, con bordes indurados de fondo limpio, por lo regular única, que se acompaña de adenopatía inguinal unilateral.

### **Sífilis secundaria:**

Esta etapa se inicia de 2 a 12 semanas después del chancro; se manifiesta por una erupción simétrica maculopapular, que puede simular una amplia gama de enfermedades dermatológicas. En general, estas lesiones son más acusadas en las regiones flexoras y volares del tegumento, sobretodo en palmas y plantas. En la cavidad oral las erupciones se ulceran y en el prinee se tornan vegetativas; las lesiones son induradas y no pruriginosas. La pápulas que aparecen en las zonas de unión mucocutáneas y en zonas más húmedas de la piel se hipertrofian, se aplanan y adquieren un color blanco grisáceo rosado obscuro; son los denominados **condilomas planos**, si se erosionan las lesiones, se considera que son altamente infectantes. Las cutáneas localizadas en las manos y pies, mientras no pierdan su capa epitelial no son infectantes.

Es posible apreciar adenopatía generalizada. La fase eruptiva puede terminar en un lapso de 2 a 6 semanas y el periodo secundario comprende de 1 a 2 años. A menudo se produce la caída en placas del cabello, que tiene un peculiar aspecto apolladizo (**alopecia areata**).

Con frecuencia hay linfadenopatía generalizada y no confluyente, principalmente en los grupos ganglionares cervicales, suboccipital, epitroclear, axilar e inguinal, la consistencia de dichas adenopatías es firme y son indoloros a la palpación. A veces es posible apreciar hepatosplenomegalia.

Entre los enfermos de sífilis secundaria, más del 80% tiene lesiones mucocutáneas, el 50% presenta una linfadenopatía generalizada y alrededor del 10 % presenta lesiones oculares (uveítis), óseas (periostitis), y articulares, meníngeas, renales (glomerulonefritis), hepáticas y esplenicas.



A menudo hay síntomas constitucionales leves, como: malestar general, cefaleas, anorexia, náuseas, vómito, dolorimiento óseo, fatigabilidad, y en ocasiones, fiebre, anemia ictericia, albuminuria y rigidez de nuca.

### **Sífilis Latente:**

Durante el periodo de latencia precoz, (2 años después de la infección) pueden apreciarse recaídas mucocutáneas infecciosas, pero al cabo de 2 años rara vez aparecen nuevas lesiones contagiosas, y el enfermo parece hallarse normal. El estadio de latencia puede durar algunos años o persistir durante toda la vida. En los casos no tratados, alrededor de 1/3 de los enfermos infectados desarrollan una sífilis terciaria o tardía. No obstante, esto puede ocurrir muchos años después de la infección inicial.

### **Sífilis terciaria o tardía:**

Las lesiones de la sífilis tardía pueden describirse clínicamente como:

- 1.- Sífilis tardía benigna de piel, huesos y vísceras.
- 2.- Sífilis cardiovascular.
- 3.- Neurosífilis.

Las lesiones de la sífilis tardía benigna suele aparecer entre 3 y 10 años después de contraer la infección. La lesión típica es el **goma**, generalmente localizada, una lesión granulomatosa crónica que conduce a la fibrosis y a la necrosis de los tejidos. Se observa una zona de necrosis central rodeada de un tejido de granulación. Los gomas son indoloros, aumentan lentamente de tamaño, curan de forma gradual y dejan cicatriz.

Pueden aparecer lesiones gomosas en piel, donde producen erupciones cutáneas nodulares, úlceras o descamaciones. Si las lesiones son subcutáneas, provocan lesiones en sacabocado de base sucia, que curan dejando una característica cicatriz en papel de seda.

A menudo aparecen en el paladar, tabique nasal, faringe, y laringe, provocando la lesión de los tejidos y su perforación. La localización más frecuente es en las piernas, por debajo de las rodillas, parte superior del tronco, cara y cuero cabelludo.

La sífilis tardía benigna de los huesos produce periostitis con formación de hueso, o bien osteítis con destrucción de él. El paciente presenta un dolor profundo y tenebrante que típicamente empeora por la noche.

La sífilis cardiovascular produce dilatación aneurismática de la aorta ascendente, estenosis de los orificios coronarios o insuficiencia aórtica, que suele aparecer de los 10 a los 25 años de la infección primaria.

La neurosífilis esta dividida en una etapa sintomática y una etapa asintomática; esta ultima solo es posible encontrar anomalías en el LCR. La fase sintomática se caracteriza por ser de inicio insidioso, y se manifiesta por presentar alteraciones de la conducta. Los pacientes pueden presentar convulsiones, afasia hemiparecia transitoria, pero por lo general solo hay cierta irritabilidad de carácter, dificultad para concentrarse, pérdida de la memoria y de la capacidad de juicio, cefalea, insomnio fatiga y letargia.

Las existen lesiones de los cordones posteriores de las **tabes dorsal (ataxia locomotora)**, puede aparecer el **signo de Argyll Robertson** que consiste en una pupila irregular y pequeña que reacciona de forma normal a la acomodación, pero no a la luz. También puede presentarse la **Artropatía de Charcot**, que es una degeneración indolora de una articulación con tumefacción ósea y movilidad anormal.

#### **Diagnóstico:**

Para llegar al diagnóstico se puede hacer por medio del cuadro clínico y las reacciones serológicas, que son de dos tipos:

1.- Búsqueda del treponema con técnica de **campo obscuro**.

2.- Pruebas serológicos, que se dividen en dos grupos:

a)Reagínicas: que investigan anticuerpos no específicos; son las más usadas. La prueba se llama VDRL(Vennereal Disease Research Laboratories).

b)Treponemicas. Investigan anticuerpos contra antígenos treponémicos, por tanto son más específicas. Actualmente se emplea la llamada FTA abs (Fluorescent Treponemic Antibodies Absorbed).

#### **Tratamiento:**

Para el tratamiento de la sífilis podemos considerar los siguientes puntos:

1 El tratamiento es a base de penicilina , pero la dosis varia según la evolución del padecimiento .

2.- En la Sífilis primaria, secundaria y latente con menos de un año de duración, debe recibir 2.4 millones de UI de penicilina G Benzatínica en dos dosis separadas, por vía intramuscular profunda, el mismo día.

3.- En la sífilis tardía se administrar 2.4 millones de UI de penicilina g benzatínica semanalmente durante tres semanas.

4.- Cuando el paciente es alérgico a la penicilina se deberá administrar eritromicina a dosis de 30 a 40 mg por kg. por día, durante 10 a 15 días, o Tetraciclina a razón de 25 mg por kg. por día durante 10 a 15 días . Estos tratamientos no son aplicables en el embarazo ni en la lactancia en la sífilis primaria. Después del tratamiento debe haber una vigilancia serológica, que se hace de la siguiente manera:

5.- En la sífilis primaria y secundaria se realiza VDRL cada 6 meses y un examen de LCR cada año por dos años . En la Sífilis latente, se efectúa VDRL cada 3 meses durante el primer año , y cada 6 meses el segundo; el VDRL será anual por los siguientes 3 años, y se realizará un examen de LCR antes de iniciar el tratamiento.

6.- En la neurosífilis se realizará VDRL y LCR cada 3 meses durante el primer año, y cada 6 meses durante el segundo año.

### **CHANCRO BLANDO. ( CHANCROIDE )**

Enfermedad aguda contagiosa y localizada que cursa con úlceras genitales y dolorosas y con supuración de los ganglios linfáticos inguinales.

**Agente etiológico :** *Haemophilus ducreyi*

El agente causal es *Haemophilus ducreyi*, un bacilo gram negativo corto, fino y con terminaciones redondeadas, que suelen disponerse formando cadenas o grupos. En general crecen en medios de cultivo enriquecidos que contengan hemina y albúmina.

#### **Cuadro clínico:**

Tras un periodo de incubación de 3 a 7 días aparecen pápulas dolorosas de pequeño tamaño que rápidamente da lugar a úlceras poco profundas de bordes dentellados y sacavados. Estas úlceras son superficiales, dolorosas y no induradas, pero están rodeadas por un borde más eritematoso. Su tamaño es variable y a menudo experimentan fenómenos de coalescencia. De forma ocasional se forman erosiones de tejidos. Los ganglios linfáticos inguinales están agrandados, hiperestésicos a la palpación y a menudo confluyen hasta formar un absceso fluctuante (o bubón) en la ingle. La piel que lo cubre es eritematosa, brillante y a veces se rompe formando una fístula. por autoinoculación pueden producirse nuevas lesiones.

Complicaciones:

Entre ellas están la fimosis uretral, fistulas uretrales, y destrucción acusada de tejidos.

### **Diagnóstico:**

En general el diagnóstico se establece por los datos clínicos, el cultivo del agente causal es difícil y la presencia de una flora polimicrobiana en las úlceras suele ser muy incierta su identificación al microscopio.

Sin embargo, debe intentarse siempre identificar la presencia de *H. ducreyi* en el material obtenido del borde de las úlceras o bien del pus de un bubón. La biopsia del borde de la úlcera puede ser útil para el diagnóstico.

### **Tratamiento:**

- a) Tenemos como primera elección la Eritromicina que se administra de 500 mg V.O. cada 6 horas durante 7 a 10 días.
- b) Ceftriaxona 250 mg I.M.
- c) Trimetropin con sulfametoxazol 160 / 800 mg ,tomar una tableta cada 12 horas.
- d) En los bubones puede hacerse aspiración de pus pero nunca incisiones.

## **HERPES.**

**Agente etiológico :** Virus del herpes simple tipo 1 y 2.

### **Cuadro clínico :**

A menudo la infección es asintomática. El virus del herpes simple tipo 1, por lo general se transmite por contacto respiratorio, puede haber gingivoestomatitis, ocasionalmente encefalitis y queratoconjuntivitis. El cambio de practicas sexuales habituales a practicas orogenitales puede ocasionar la infección por este tipo de virus a dicha área.

El virus mas comúnmente encontrado es el herpes simple tipo 2, como causa de enfermedad sexualmente transmisible.

En infecciones primarias, pueden existir manifestaciones generales como fiebre, adenopatía inguinal y mialgias. En el sitio de la infección hay prurito, dolor y ardor.

Según el sitio donde se encuentren las lesiones puede haber disuria, ardor durante la micción, secreción uretral y/o cervical, meatitis, uretritis, cistitis, cistouretritis, proctitis.

A la exploración física, en la etapa inicial podemos encontrar máculas, vesículas y más tarde úlceras dolorosas, en algunas ocasiones sobreinfectadas.

La adenopatía inguinal usualmente aparece durante la segunda o tercera semanas de la infección, los ganglios generalmente se perciben duros, tensos y no fluctuantes.

Complicaciones : Meningitis aséptica, lesiones extragenitales, la extensión local de la infección y las infecciones asociadas a otros tipos de microorganismos.

Como es conocido, las sobreinfecciones o complicaciones se ven muy favorecidas cuando el individuo está inmunodeprimido por un padecimiento de fondo o por la administración de quimioterapia, corticoides o infecciones graves y en algunas ocasiones de curso letal. Además debemos considerar algunas complicaciones muy serias en la etapa perinatal.

### **Diagnóstico :**

1.- Aislamiento del virus en cultivos celulares (vero, Hep., Heba)., En donde se aprecia el efecto citopático que corresponde a arredondamiento celular. Se confirma mediante pruebas de inmunofluorescencia o de neutralización.

2.- Identificación directa, raspando las células infectadas en la base de la lesión para demostrar el antígeno por inmunofluorescencia directa o tinción Papanicolaou.

3.- Pruebas serológicas :

a) Pruebas de neutralización del efecto citopático (cultivo celular).

b) Sueros parados en sangre : Toma de muestra sanguínea para determinar la cantidad de anticuerpos. Las muestras se toman con 2 o 3 semanas de intervalo.

c) Fijación del complemento.

d) Inmunofluorescencia y radioinmunoanálisis.

e) ELISA.

### **Tratamiento :**

- a) Herpes primario severo o en embarazo :  
Aciclovir 200 mg VO 5 veces al día por 7 a 10 días.
- b) Herpes recurrente (casos severos) :  
Aciclovir 200 mg VO 5 veces al día por 5 días.
- c) Proctitis herpética :  
Aciclovir 400 mg 5 veces al día por 7 a 10 días.

<b>LESIONES GENITALES . DIAGNOSTICO DIFERENCIAL Y CARACTERISTICAS DE LAS LESIONES</b>					
Lesion, Ca_ racterísticas	<b>HERPES</b>	<b>SIFILIS</b>	<b>Verrugas y Condiloma</b>	<b>Chancro Blando</b>	<b>LGV (+)</b>
Número	Muchas	Una	Variable	1 - 3	1
Dolor	Presente	Ausente	Ausente	Presente	Ausente
Apariencia Inicial	Vesícula	Papula	Paula	variable	Variable
Apariencia Eventual					
Forma	Regular	Regular	Irregular	Irregular	Regular
Márgenes	Planos	Elevados	Elevados	Subyacente	Planos
Base	Eritematosa	Lisa	Color piel, rosa o blanca	Gris	----
Induración	No	Si	No	No	No
Duración de ulceras	Semanas, recurrentes	Semanas	Meses	Semanas	Días
Linfadenopatía	+	+		+	+
Diagnostico	Citología (++) *IF directa Cultivo de lesión	Campo Obs VDRL/RPR ***ITP	Citología Histología	Frotis Gramm Cultivo	Citología Cultivo Celular Clínico
Tratamiento	Aciclovir V.O. 200mg 5 v. día	Penicilina Benzatínica 2.4 x 10 <sup>6</sup> dosis unica	Químico (Podofilina Ac. Tricloroa cético) Quirúrgico	TMP-SMX tetraciclina Eritromicina	Tetraciclina Eritromicina Sulfadiacina Doxiciclina Monociclina

(+) Linfogramuloma venéreo.

\* IF Inmunofluorescencia directa.

\*\*\* FTP Inmovilización del *Treponema pallidum*.

(++) Campo obscuro.

(+++) Según la gravedad de las lesiones y Estado inmunológico

## **HEPATITIS VIRAL.**

**Agente etiológico :** Virus de la hepatitis B.

Las principales vías de transmisión son la sangre, líquidos serosos y sexual.

### **Cuadro clínico :**

La infección puede ser asintomática o cursar con datos clínicos vagos como malestar general, anorexia, fiebre, dolor abdominal, náuseas.

Ocasionalmente el paciente presenta exantema, artralgias y/o poliartritis.

A la exploración física hay dolor en cuadrante superior derecho, hepatomegalia e ictericia.

La ictericia suele detectarse en la esclerótica o en la piel cuando la concentración sérica de la bilirrubina supera los 43 mmol/l ( 2.5 mg/dl). Cuando aparece ictericia, la bilirrubina sérica suele alcanzar concentraciones de 85 a 340 mmol/l ( 5 a 20 mg / dl).

### **Diagnostico :**

Para el diagnóstico podemos utilizar los métodos de laboratorio como sigue :

1.- Diagnóstico etiológico : Determinación de anticuerpos contra antígeno de superficie (anti HBs), anticuerpos contra el antígeno core (anti-HBc), buscar antígeno de superficie de hepatitis B y anticuerpos contra el virus de la hepatitis A (IgG e IgM).

2.- Realizar determinaciones de enzimas hepáticas. La elevación de la transaminasa oxalacética (TGO) y transaminasa glutámico pirúvica (TGP), de al menos tres veces su valor esperado como cifra normal (5 a 17 ui y 5 a 23 ui respectivamente).

3.- Derivar al paciente con el especialista.

### **Tratamiento :**

El tratamiento básicamente es sintomático ya que no existen medicamentos antivirales. Es recomendable el internamiento del paciente en caso de que surjan complicaciones.

La gamaglobulina no se administra en forma rutinaria en las clínicas de atención de enfermedades de transmisión sexual y la vacunación se recomienda a las personas que están en riesgo de adquirir el padecimiento como los homosexuales, las prostitutas y bisexuales, así como los profesionistas médicos y paramédicos, en especial a los cirujanos y todo aquel que maneje líquidos biológicos.

En la mayoría de los pacientes, el tratamiento debe determinarse con medidas generales ; los criterio actuales evalúan la dieta y el reposo.

Reposo : Nadie objeta que el reposo en cama sea útil para este tipo de pacientes, sin embargo, se acepta actualmente que se debe guardar una conducta liberal al respecto. Lo anterior significa, que si el paciente "se siente bien", independientemente de las cifras de bilirrubinas o transaminasas, puede realizar algunas actividades o abandonar la cama por periodos breves.

Dieta : El apetito del paciente y su tolerancia normarán su dieta., así mientras persista la anorexia y no exista vómito, la dieta en un principio podrá ser semilíquida a base de caldos, jugos, frutas y verduras, y a medida que retorna el apetito, se cambiará por una dieta balanceada, en donde la restricción de grasas o proteínas ya no es aceptada por la mayoría de los especialistas.

## **CANDIDIASIS.**

### **Agente etiológico: *Cándida albicans***

*Cándida Albicans* es el agente causal más frecuente de la candidiasis , pero *C. parasilosis*, *C. guilliermondii*, *C. krusei* y algunas otras especies pueden causar candidiasis y ser , incluso , mortales .*C. parasilosis* es especialmente notoria porque puede producir endocarditis .

Todas las especies de *Cándida* patógenas para el ser humano se encuentran en la boca, heces y vagina. Estas especies crecen rápidamente a temperaturas entre 25 y 37 °C, en medios de cultivo sencillos , en forma de células ovals con gemación.

En medios de cultivo , se forman las hifas o unas estructuras ramificadas alargadas denominadas pseudohifas . Su capacidad para formar tubos germinales en el suero o grandes esporas de paredes gruesas llamadas clamidosporas son útiles en el diagnostico de presunción de *C. Albicans* . La identificación de todas las especies exigen pruebas bioquímicas.

### **Cuadro clínico :**



La candidiasis de la piel escrotal y perineal puede acompañarse de lesiones pustulosas separadas en cara interna de los muslos: candidiasis mucocutáneas crónica o granulosa por *Cándida* se o presenta típicamente como lesiones cutáneas , alopecias parcial en las lesiones del cuero cabelludo y candidiasis bucal y vaginal: la infección generalizada es muy rara, pero la cara y las manos pueden desfigurarse intensamente . Otras manifestaciones son epidermofitosis crónica , displacia dentaría e hipofunción paratiroidea , suprarenal y tiroidea . En estos pacientes se han descrito diversos defectos funcionales de las células T.

La candidiasis vulvovaginal ocasiona prurito , exudación y a veces , dispareunia o dolor al orinar: El examen con especulo descubre una mucosa inflamada y un fino exudado a menudo con grumos blancos.

En esófago y tubo digestivo pueden aparecer una o múltiple ulceraciones superficiales pequeñas debidas a *Cándida* : Las lesiones esofágicas en el tercio distal y puede producir disfagia o dolor retroesternal.

Otras veces , esas lesiones tienden a ser asintomaticas , pero adquieren importancia en enfermos leucémicos como puerta de entrada para candidiasis diseminada : en el aparato urinario , las lesiones mas frecuentes son los abscesos renales hematógenos , que pueden producir hiperazoemia o candidiasis vesical .

La invasión de la vejiga suele ser consecuencia del cateterismo o manipulación instrumental en un enfermo que es diabético o que esta recibiendo antibióticos de amplio espectro. Esta lesión es , generalmente asintomática y benigna . rara vez , la invasión retrograda de la pelvis renal provoca necrosis papilar renal. Puede existir diseminación hematógena de *Cándida*.

### **Diagnóstico :**

Para diagnosticar la candidiasis superficial el método de elección es la demostración de pseudohifas en una preparación en fresco y la confirmación por cultivo.

Las muestras para el frotis pueden obtenerse por raspado de la piel , uñas y mucosa oral y vaginal. El cultivo solo no tiene valor diagnóstico ; sin embargo , el aislamiento de especies de *Cándida* en muchos puntos superficiales es común en enfermos inmunosuprimidos.

Las lesiones profundas por *Cándida* pueden diagnosticarse por estudio histológico en muestras de biopsia o por cultivo del líquido cefalorraquideo , sangre , liquido articular o muestras quirúrgicas.

Los hemocultivos en frascos con abertura o concentrados mediante lisis por centrifugación son muy útiles en la endocarditis por *Candida* y en la sepsis inducida por catéteres intravenosos, pero son positivos con menos frecuencia en otras formas de enfermedad diseminada: No sirven las pruebas serológicas para anticuerpos o antígenos.

### **Tratamiento :**

La candidiasis cutánea de zonas maceradas mejora con medidas que reducen la humedad y el roce, junto a un antifúngico aplicado localmente sin ocluir la lesión.

La eficacia es aproximadamente la misma con nistatina, ciclopirox y cremas de imidazol, como clotromazol y miconazol.

La candidiasis bucal debe tratarse con tabletas masticables de clotrimazol o una suspensión de nistatina.

Para el tratamiento de la candidiasis esofágica, es útil la deglución de nistatina en suspensión, o el clotrimazol en comprimidos disueltos en ketoconazol por la vía oral a dosis de 200 a 400 mg/día lo que puede mejorar los síntomas.

La candidiasis de la vejiga mejora con lavados vesicales con anfotericina B, 50 microgramos/ml durante 5 días.

En todas las formas de candidiasis de piel y mucosas son frecuentes las recaídas de un tratamiento satisfactorio.

La anfotericina B intravenosa es el fármaco de elección en la candidiasis diseminada. Para enfermos sin contraindicación de este fármaco de elección es probablemente el Ketoconazol, en dosis de 200 mg diarios para los adultos.

## **ENFERMEDAD PELVICA INFLAMATORIA**

Este término se utiliza en algunas publicaciones para referirse a una salpingitis aguda (S.A) de transmisión sexual ya que el término de E.P.I. no es siempre preciso por que incluye infección de cualquier parte de las vías genitales superiores.

**Agente etiológico :** Dos tercios son polimicrobianas  
Un tercio se debe a : *N.gonorrhoeae*

La etiología en cerca de dos terceras partes de las infecciones pélvicas agudas son polimicrobianas, *N.gonorrhoeae* es la causa de una tercera partes de

los casos de E.P.I. aguda, *N. gonorrhoeae* con flora anaerobia y aerobia endógena mixta lo es de otra tercera parte y los anaerobios y aerobios mixtos lo son de la tercera parte restante.

Se encuentran *C. Trachomatis* en combinación con otros microorganismos hasta en 30 % de los casos. Anaerobios y aerobios que se encuentran en caso de E.P.I. suelen ser miembros de la flora vaginal y gastrointestinal normalmente. Los anaerobios por ejemplo *Bacteroides*, *Peptostreptococcus*, *Peptococcus*, predominan en los abscesos. Los aerobios frecuentes son *E.coli*, *Streptococcus* del grupo C, *Streptococcus faecalis* y *Staphylococcus* negativo.

Microorganismos específicos: *N. gonorrhoeae* es un diplococo gramnegativo, intracelular obligado, inmóvil, mide .6 micras de diámetro, metaboliza glucosa y crece en un pH 7.2 - 7.6, y requiere un ambiente aerobio y rico en dióxido de carbono.

*Chlamydia Trachomatis*: Es un parásito intracelular obligado (protozoo), suele ser piriforme y sus dimensiones aproximadas son 7 x 10 micras y puede medir 25 micras de largo, posee 4 flagelos en su porción anterior y un quinto flagelo sumergido en una membrana ondulante.

#### **Cuadro clínico :**

Se divide por lo general en tres formas :

##### **a) Salpingitis tuberculosa.**

Es frecuente en las mujeres mayores, de las cuales casi 50% son posmenopausicas. Los síntomas de inicio son la hemorragia vaginal, el dolor y la esterilidad.

La exploración péñvica bimanual es normal, solo en 25% se pueden encontrar masas anexas.

##### **b) Salpingitis no tuberculosa.**

La evolución de la sintomatología, se incia por secreción vaginal, de características mucopurulenta, debida a cervicitis, posiblemente asociada a disuria y poliaquiuria por uretritis o dolor ano rectal, tenesmo, secreción rectal y hemorragia.

Además puede haber dolor abdominal en la línea media y hemorragia vaginal anormal y seguida de dolores pélvicos bilaterales y de abdomen inferior., con nauseas y vómitos e hipersencibiliad abdominal.

Algunas pacientes pueden presentar dolor abdominal difuso, debido a peritonitis generalizada o dolor de tipo pleurítico.

La evolución varía de una paciente a otra dependiendo de la etiología.

Generalmente el comienzo de EPI es con secreción maloliente (Vaginosis bacteriana).

### c) Periapendicitis y perihepatitis.

Los síntomas de la perihepatitis, son el dolor y la hipersensibilidad de tipo pleurítico en abdomen superior.

Los síntomas de la periapendicitis inician a la par de los de EPI, y pueden enmascarar alguna patología del abdomen.

Podemos encontrar edema y eritema de la cápsula hepática durante una laparoscopia.

### **Diagnóstico :**

Es esencial un diagnóstico y tratamiento temprano, a fin de evitar al máximo las cicatrices tubáricas que ocasionarán esterilidad.

La mayoría de las enfermedades pélvicas inflamatorias, presentan dolor abdominal bajo, de menos de 3 semanas de duración, con hipersensibilidad pélvica a la exploración bimanual y signos de infección del aparato genital inferior.

Se puede obtener una temperatura rectal mayor de 38°C, y alguna masa anexa palpable.

Por laboratorio se pueden encontrar :

- 1.- Elevación de la Velocidad de Sedimentación Globular a más de 15 mm/hr.
- 2.- Elevación de los neutrófilos  $> o = 30$  por 1000 x campo microscópico en filamentos del moco cervical.

Otro método es por medio de la laparoscopia, el cual es un método específico para el diagnóstico. Los criterios laparoscópicos son :

- 1.- Eritema de la trompa de falopio.
- 2.- Edema de la trompa y,
- 3.- Exudado seopurulento o adherencias recientes.

La biopsia endometrial es bastante sensible (60%) y específica en el diagnóstico de la Endometritis.

El diagnóstico etiológico de EPI puede estudiarse por medio de cultivos o realizando otras pruebas con las muestras obtenidas por aplicación endocervical del escobillón, o por aspiración endometrial, o culdocentesis, laparoscopia o laparotomía.

También se utiliza la ecografía para diagnosticar y vigilar los abscesos pelvianos.

### **Tratamiento :**

1.- Hospitalización en todas las mujeres con EPI para aquellas que :

- a) Presenten un diagnóstico dudoso de EPI.
- b) Exclusión de urgencias quirúrgicas como la apendicitis.
- c) Sospecha de absceso pélvico.
- d) Gravedad del proceso que impida un tratamiento ambulatorio.
- e) Embarazo de la enferma.
- f) Adolescentes.
- g) Sin recursos para realizar o tolerar el tratamiento extrahospitalario.

El tratamiento farmacológico se orientará hacia el o los organismos causantes del padecimiento.

Todos los compañeros sexuales de los enfermos deben ser explorados en busca de enfermedades de transmisión sexual y tratados inmediatamente.

Así mismo se debe ejecutar una vigilancia de revisión clínica de 48 a 72 hrs. Las que no hayan respondido deben hospitalizarse.

Si se encuentra un Dispositivo Intrauterino, debe retirarse de inmediato.

Solo en ocasiones muy raras está indicada la cirugía, como ejemplo la salpingitis.

## BIBLIOGRAFIA.

### REVISTAS

1. Arredondo Garcia, J.L. "ENFERMEDADES TRANSMITIDAS SEXUALMENTE (ETS) EN UN GRUPO DE ADOLESCENTES QUE ASISTEN A UN INSTITUTO DE ATENCION PERINATAL", Gaceta Médica de México, 1993, Enero febrero, Vol 129, No.1.pp 75-79.
2. Ma. De Lourdes E. Narcio-Reyes., "ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL : CONCEPTOS ACTUALES Y PROPUESTAS TERAPÉUTICAS", Perinatology Reproductive Ilum.: 1993, Abril-Junio, Vol.7, Num.2. P.P. 49-53.
3. William Bowie . Dra. Margaret R. , "ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL : ACTUALIZACION", Atención Médica, 1994 Julio. P.P.56- 70
4. Ostrow, D. "SEXUALLY TRANSMITTED DISEASES AND HOMOSEXUALITY", Sexually Transmitted Diseases, 1983 ,Oct.- Dec., Vol.10 No.4. pp 208-215.
5. Conde Gonzalez, C.J. "HISTORICAL ACCOUNT OF VENEREAL DISEASES IN MEXICO", Genitourin Med, 1993 Vol.69. pp 462-466.
6. Wit John BF, "TIME FRON SAFER TO UNSAFE SEXUAL BEHAVIOUR AMONG HOMOSEXUAL MEN", AIDS, 1994, Vol 8. No.1 pp 123-126.
7. Committe on Adolescence "HOMOSEXUALITY AND ADOLESCENCE", Pediatrics, 1993, Oct. Vol.92. No.4. pp 631-534.
8. Morris Leo. "MEASURING ADOLESCENT SEXUAL BEHAVIORS AND RELATED HEALTH OUTCOMES", Public Healt Reports, 1993. Vol 108. Supp 1. p.p 31-35.
9. Moss Gregory B. "INTERRELACION ENTRELA INFECCION DEVIRUS DE VIH Y OTRAS ENFERMEDADES VENEREAS", Anne. Rompalo, 1993, p.p. 1711-5.
10. Shesser Robert. "INFECCIONES GENITALES VESICULO ULCEROSAS" Infetologia, 1993, Febrero, año 13, No. 2, p.p. 91-100.
11. Leiner Steven, "SIFILIS EN ADULTO", Infectologia, 1993, Febrero, año 13, No. 2, p.p. 21-8.
12. Jones D.J., "SEXULLY TRANSMITED DISEASES AND ANAL PAPILOMAS", BMJ, 1992, Octubre, Vol. 305, No. 3, 820-3.

13. Gilson R.J.C. "SEXUALLY TRANSMITTED HEPATITIS : A REVIEW", Genitourin Med. , 1992, Vol. 68, p.p. 123-9.

14. Law, CLH, "FACTORS ASSOCIATED WITH CLINICAL AND SUB-CLINICAL ANAL HUMAN PAPILLOMA VIRUS INFECTION IN HOMOSEXUAL MEN", Genitourin Med. , 1992, Vol. 67, p.p. 92-98.

### **LIBROS.**

Isselbacher Kurt, J. "HARRISON PRINCIPIOS DE MEDICINA INTERNA". Editorial Interamericana - McGraw Hill, 13a Edición, Vol.1. México, 1994.

Tierney Jr. McPhee., "DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO CLINICO", Editorial El Manual Moderno, México 1995.

Cecil, "TRATADO DE MEDICINA INTERNA", Editorial : Interamericana Mc Graw Hill, 18a. Edición, Volumen 2, México, 1990.

Jones Howard W III, "TRATADO DE GINECOLOGIA DE Novak", Editorial Interamericana Mc. Graw Hill, 11a Edición, México 1991.

González Saldaña, N, "INFECTOLOGIA CLINICA PEDIATRICA", Editorial Trillas, 5a. Edición, México, 1994.

Amado, S. "LECCIONES DE DERMATOLOGIA", Editorial Méndez Editores , SA de CV. , 13a Edición, México, 1996.

## **CICLO SIETE. CULTURA DE LA SEXUALIDAD. III.**

### **Contenido Temático:**

- **Autoestima.**
- **Aborto.**
- **Violación.**
- **Roles Sexuales. (Machismo y Virginidad, Heterosexualidad y Bisexualidad)**

### **AUTOESTIMA.**

La tecnología que hasta el día de hoy hemos sido capaces de desarrollar, no ha ido al parejo en el plano afectivo y espiritual, es decir que existe un desequilibrio entre la tecnología y el humanismo.

Lo anterior se nota en el gran número problemas de relación que existen entre los seres humanos, por ejemplo el incremento en el número de divorcios, poca comunicación, el uso y abuso de drogas, la violación, etc.

Todo lo mencionado, es un fenómeno a nivel mundial, sin embargo se ve mas acentuado en América latina por las grandes desigualdades económicas y políticas, así como la marginación a nivel educativo y cultural, por lo que es menester fomentar las actitudes humanísticas positivas.

No estamos tratando acerca del aprendizaje convencional que se lleva en la escuela o con un maestro, sino de aprendizaje vivo, significativo, que origine cambios internos significativos y que estos se vean reflejados en nuevas conductas y actitudes hacia la vida.

“Es indispensable mencionar que la autoestima es el requisito principal para una vida plena. Entendiéndose la autoestima como el marco de referencia desde el cual cada persona se proyecta hacia los demás y hacia la vida”. **1**

Definición de Autoestima : La autoestima tiene dos componentes :

- 1) Un sentimiento de capacidad personal y;
- 2) Un sentimiento de valor personal.

La autoestima :

- Es la suma de la confianza y respeto por sí mismo.
- Se refleja. “El juicio implícito que cada uno hace acerca de su habilidad para enfrentar los desafíos de su vida, para comprender y superar sus problemas y acerca de su derecho a ser feliz, esto es, respetar sus intereses y necesidades”(Rodríguez M., Pellicer G. y Domínguez M. manual moderno 1988). **1**



En suma, la autoestima es el marco de referencia desde el cual el hombre se proyecta.

Cabe mencionar, que el hombre es el único ser que tiene la capacidad de contemplar su vida y su actividad, solo él goza del privilegio de la conciencia.

Para poder conocer y desarrollar la autoestima se propone el siguiente esquema llamado " La escalera de la Autoestima".

"Solo podemos amar cuando nos hemos amado a nosotros mismos"  
(Maslow. A.)

**AUTOESTIMA**

"La autoestima es un silencioso respeto por uno mismo" (Elkins D.P)

**AUTORRESPECTO**

"La actitud del individuo hacia sí mismo y el aprecio por su propio valer juega un papel en el proceso creador"

**AUTOACEPTACION.**

"El sentirse devaluado e indeseable es en la mayoría de los casos la base de los problemas humanos" ( C. Rogers)

**AUTOEVALUACION.**

" Dele a un hombre una autoimagen pobre y acabará siendo siervo"  
(R. Schuller).

**AUTOCONCEPTO.**

"Cuando aprendemos a conocernos, en verdad vivimos "  
(R. Schuller).

**AUTOCONOCIMIENTO.**

Tomado de Publicación DIF. Ver bibliografía (2).

## **1. AUTOCONOCIMIENTO.**

El proceso se inicia con el autoconocimiento que es conocer las partes que componen el yo, cuales son sus manifestaciones, necesidades y habilidades ; los papeles que vive el individuo a través de los cuales se define como persona ; conocer el por qué y cómo actúa y siente. Al conocer todos sus elementos, que desde luego no funcionan por separado sino que se entrelazan para apoyarse uno al otro, el individuo logra tener una personalidad fuerte y unificada ; si una de estas partes funciona de manera deficiente, las otras se verán afectadas y su personalidad será poco estructurada con sentimiento de ineficiencia y devaluación.<sup>1</sup>

## **2. AUTOCONCEPTO.**

“Dale a un hombre una autoimagen pobre y acabará siendo siervo”(R. Schuller). El autoconcepto es una serie de creencias acerca de sí mismo, que se manifiestan en la conducta. Si alguien se cree tonto, actuará como tonto ; si se cree inteligente o apto, actuará como tal.<sup>1</sup>

## **3. AUTOEVALUACION.**

“El sentirse devaluado e indeseable es en la mayoría de los casos la base de los problemas humanos” ( C. Rogers). La autoevaluación refleja la capacidad interna de evaluar las cosas como positivas si lo son para el individuo : le satisfacen, son interesantes, enriquecedoras, le hacen sentir bien y le permiten crecer y aprender ; y considerarlas como negativas si lo son para la persona en cuestión ; no le satisfacen, carecen de interés, le hacen daño y no le permiten crecer.<sup>1</sup>

## **4. AUTOACEPTACION.**

“La actitud del individuo hacia sí mismo y el aprecio por su propio valer juega un papel en el proceso creador” (M. Rodríguez). La autoaceptación es reconocer y admitir todas las partes de sí mismo como un hecho, como la forma de ser y sentir, ya que sólo a través de la aceptación se puede transformar lo que es susceptible de ello. <sup>1</sup>

## **5. AUTORESPETO.**

“La autoestima es un silencioso respeto por uno mismo” (Elkins D.P) El autorespeto es atender y satisfacer las necesidades propias y valores. Expresar y manejar en forma conveniente sentimientos y emociones, sin hacerse daño ni culparse. Buscar y valorar todo aquello que haga a uno sentirse orgulloso de sí mismo.<sup>1</sup>

## **6. AUTOESTIMA.**

“Solo podemos amar cuando nos hemos amado a nosotros mismos” (Maslow. A.)

La autoestima es la síntesis de todos los pasos anteriores. Si una persona se conoce t está consciente de sus cambios, crea su propia escala de valores y desarrolla sus capacidades y si se acepta y respeta, tendrá autoestima. Por el contrario, si una persona no se conoce, tiene un concepto pobre de sí misma, no se acepta, ni respeta, entonces su autoestima será baja.

“El esquema del Yo integral” que se presenta a continuación ayuda a conocer cómo se integra el ser humano y por lo tanto facilita el inicio del proceso de autoconocimiento.

1

**ESQUEMA DE YO INTEGRAL. (YO BIOPSIICOSOCIAL).**

	<b>ENERGIA</b>	<b>MANIFESTACIONES</b>	<b>NECESIDADES</b>	<b>CAPACIDADES</b>
<b>YO FISICO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Organos.</li> <li>- Sistemas.</li> <li>- Células.</li> <li>- Moléculas.</li> <li>- Atomos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Los cinco sentidos funciones y sensaciones corporales y fisiológicas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Alimento.</li> <li>- Techo.</li> <li>- Abrigo.</li> <li>- Conservación.</li> <li>- Procreación.</li> <li>- Sexo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Armonía.</li> <li>- Flexibilidad.</li> <li>- Fuerza.</li> <li>- Poder de recuperación.</li> <li>- Actividad.</li> <li>- Contacto con la realidad.</li> </ul>
<b>YO SOCIAL</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Relación con otros y con el medio humano.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Atención.</li> <li>- Aceptación.</li> <li>- Comprensión.</li> <li>- Comunicación.</li> <li>- Compasión.</li> <li>- Asociación.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Compartir.</li> <li>- Amar.</li> <li>- Ayudar.</li> <li>- Considerar.</li> <li>- Respetar.</li> <li>- Informar.</li> <li>- Agrupar.</li> <li>- Trabajar.</li> </ul>
<b>AREA EMOCIONAL.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Amor.</li> <li>- Odio.</li> <li>- Alegría.</li> <li>- Tristeza.</li> <li>- Miedo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sentimientos (estados de Animo y Relaciones).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Protección.</li> <li>- Aceptación.</li> <li>- Amor.</li> <li>- Motivación.</li> <li>- Adaptación.</li> <li>- Comunicación.</li> <li>- Identificación.</li> <li>- Pertenencia.</li> <li>- Libertad.</li> <li>- Seguridad.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Relaciones Afectivas consigomismo y con los demás</li> </ul>
<b>AREA COGNITIVA.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cerebral.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Percepción.</li> <li>- Intuición.</li> <li>- Inteligencia.</li> <li>- Razón.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Estímulo</li> <li>- Información</li> <li>- Educación.</li> <li>- Desarrollo de talentos.</li> <li>- Autocontrol.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Aprender, Analizar, Sintetizar, Crear., Memorizar, Olvidar, Recordar, Desear, Fantasear. Imaginar, Razonar.</li> </ul>
<b>CAPACIDADES PARA LA SUPERACIÓN PERSONAL.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Esencia.</li> <li>- Sentido de identidad.</li> <li>- Conciencia.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Voluntad.</li> <li>- Fe</li> <li>- Creencias.</li> <li>- Significado de vida</li> <li>- Creatividad.</li> <li>- Vocación.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Trascendencia.</li> <li>- Plenitud.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Comprensión.</li> <li>- Alegría.</li> <li>- Paz.</li> <li>- Paciencia.</li> <li>- Bondad.</li> <li>- Fidelidad.</li> <li>- Justicia, Fortaleza,</li> <li>- Confianza,</li> </ul>

Este esquema lo que pretende es conocer y analizar más ampliamente al ser humano, lo cual es necesario para desarrollar y manejar las manifestaciones, reacciones, necesidades y habilidades. El ser humano debe tomar el control y dirigir su vida, todo aquello que lo lleve a una plena realización y expresión de sí mismo, lo que le dará paz y felicidad. "Es increíble que a la fecha muchas personas siguen considerando que somos partes aisladas y no conciben que formamos parte de un todo".<sup>1</sup>

El ser biopsicosocial es el yo integral o sea la reunión de todas sus partes, lo que se es y se tiene, que cargadas de energía salen o se manifiestan en las actuaciones.

El yo físico, que es el que más claramente se ve, es el ser orgánico; necesita de atención y cuidado para poder desarrollar sus capacidades y convertirlas en habilidades. Por ejemplo : Si no se ejercita no tiene flexibilidad ; si no come no tiene actividad, etc.

El yo psíquico, que es la parte interna, se divide en tres partes para entenderlo mejor ; lo emotivo, la cognición y la superación personal.

El área emotiva es lo que lleva al hombre a conocerse ; es a través de estados de ánimo, sentimientos y emociones como se da cuenta de que existe.

Al transcurrir la vida, las experiencias vividas, se van "grabando" como positivas o negativas, siendo esto inconsciente , por lo tanto se reacciona ante determinada circunstancia dejándose llevar por emociones o sentimientos.

Las experiencias consideradas negativas, funcionan como telarañas que no permiten que aflore el verdadero yo, como un cristal manchado y que no es todo lo transparente que debiera ser.

Hay algunas personas que funcionan solo en la parte emotiva (grabaciones), sin utilizar las capacidades cognitivas y menos aquellas que lo llevan a una superación personal ; viven reaccionando a las grabaciones que llevan automáticamente, sin ver que cada situación que se presenta en la vida tiene diversas soluciones y no ven más opciones, lo que los lleva a sentirse mal, frustradas.(1)

Las frustraciones constantes de sus necesidades y valores, hace que los individuos se perciban como vulnerables y faltos de energía, lo que impide el desarrollo "normal" de su persona.

Con el desarrollo de las capacidades de superación personal, se busca el significado de la vida, que es el "yo profundo", el núcleo de identidad, la parte más dinámica e interna. Se manifiesta a través de lo que se quiere lograr y como quiere lograrse.

El yo social puede expresarse a través de los papeles que vive el individuo como hermano, amigo, padre, madre, vecino, alumno, maestro, empleado, jefe, pasante de medicina, etc.

Al relacionarse el hombre trasciende a través del yo social, pero no de lo que él cree, sino de lo que en realidad es.

## **MOTIVACION.**

La motivación es una parte fundamental de la autoestima, ya que es a través de esta que el individuo moviliza y canaliza su energía a fin de satisfacer diferentes tipos de necesidades. Generalmente el logro de ciertas metas y objetivos proporcionará a la persona en cuestión de un incremento en la autoestima.(1)

Una persona está motivada cuando siente deseo, anhelo, voluntad, carencia o necesidad. Las motivaciones pueden ser de deficiencia o de desarrollo. Las primeras son las necesidades básicas, primarias o deficitarias, como el hambre, la sed, etc. su satisfacción dependerá de los demás sobre todo tratándose de un bebé, esto va transformándose de tal suerte que una persona "adulta" mostrará una tendencia a la resolución y/o satisfacción de sus necesidades.

El hombre motivado por la deficiencia, frecuentemente le teme más al medio, ya que puede ser que este le falla. Es muy sensible a la aprobación o crítica, afecto y buena voluntad de los demás. Este tipo de dependencia produce hostilidad.(1)

En las motivaciones de desarrollo, el sujeto asume responsabilidad, es autónomo, menos espectador que los que se guían por las necesidades de la deficiencia. La motivación del desarrollo es en sí un proceso gratificante y excitante, e constante aumento en la comprensión de los demás y del universo, el aumento de la creatividad y lo más importante de todo, la simple ambición de ser cada vez un mejor ser humano.

Por otra parte cuando una persona no se desarrolla plenamente, se percibe de manera negativa. Maslow plantea que el autoconocimiento profundo y real es la llave de la personalidad sana, exitosa y creativa.

## **AUTOESTIMA ALTA.**

Una persona con autoestima alta, vive, comparte e invita a la integridad, honestidad, responsabilidad, comprensión y amor ; siente que es importante, tiene confianza en su propia competencia, tiene fe en sus propias decisiones y en que ella misma significa su mejor recurso : al apreciar debidamente su propio valer esta dispuesta a aquilatar y respetar el valer de los demás ; por ello solicita su ayuda, irradia confianza y esperanza y se acepta totalmente a sí misma como ser humano.

“La autoestima alta no significa un estado de éxito total y constante ; es también reconocer las propias limitaciones y debilidades y sentir orgullo sano por las habilidades y capacidades, tener confianza en la naturaleza interna para tomar decisiones”.(1)

Todo ser humano tiene momentos difíciles, cuando el cansancio abrumba, los problemas se acumulan y el mundo y la vida le parecen entonces insoportables. Una persona con autoestima alta, toma estos momentos de depresión o crisis, como un reto que pronto superará para salir adelante con éxito y más fortalecida que antes, ya que lo que ve como una oportunidad para conocerse aún más y promover cambios.

## **AUTOESTIMA BAJA.**

Por desgracia existen muchas personas que pasan la mayor parte de su vida con una estimación baja, porque piensan que no valen nada o muy poco, frecuentemente esperan ser engañadas y menospreciadas por los demás. Sus expectativas son negativas, lo que les produce una autoprofecia cumplida, es decir, los otros los tratan de manera devaluada. Como defensa se aíslan, se muestran apáticos, indiferentes y desconfiados.

“Los sentimientos de inseguridad e inferioridad que sufren estas personas, a llevan a sentir envidia y celos de los que otros poseen, lo que difícilmente aceptan, manifestándose con actitudes de tristeza, depresión renuncia y aparente abnegación, o bien con actitudes de ansiedad, miedo, agresividad y rencor, sembrando así el sufrimiento, separando a los individuos, dividiendo parejas, familias y grupos sociales”.(1)

El temor limita, ciega y evita que el hombre se arriesgue en la búsqueda de nuevas alternativas y/o soluciones para los problemas dando lugar a un comportamiento aún más destructivo.

## **SENTIMIENTOS DE INFERIORIDAD.**

El sentimiento de inferioridad es el resultado de muchas experiencias fallidas o frustrantes que la persona ha tenido a través de su vida, básicamente es su primera infancia. Es una percepción subjetiva de sí mismo que lleva a las siguientes conductas :

Es hipersensible a la crítica : no acepta su debilidad, siente que la crítica prueba y expone su inferioridad y esto aumenta su malestar.

Se sobrevalora : esto le da seguridad y piensa que elimina sus sentimiento de inferioridad en forma compensatoria.

Se manifiesta hipercrítico : como una defensa para desviar la atención de sus limitaciones, es agresivo y critica el esfuerzo de los demás para que éstos se ocupen en defenderse y no vean lo que falla ; así crea una superioridad ilusoria.

Tiende a culpar : proyecta su debilidad o inferioridad culpando a otros por sus fallas ; se siente bien haciendo que otros se sientan mal.

Teme la competencia : aún estando ansioso por ganar, esta lejos de sentirse optimista ; algunas veces se rehusa a tomar parte en competencias.

Se siente perseguido : cree que no le agrada a alguna persona y que por ello lo que ésta hace, es para molestarlo o impedirle el éxito.

Se oculta : prefiere el anonimato, un sitio donde no sea mirado ni llamado.

Se autodiscrimina : es una defensa ante sus vivencias de incapacidad, así se libera del esfuerzo y hace que los demás no le exijan.

(1)

## **AUTOCONCEPTO - AUTOIMAGEN.**

“El Autoconcepto es el conjunto de creencias que una persona tiene acerca de lo que es ella misma, cada persona se forma, a lo largo de su vida, una serie de ideas o imágenes que la llevan a creer que así es. Hay personas que se creen capaces de ganar dinero o para vencer en la vida, sin embargo desgraciadamente hay personas que se han formado un autoconcepto negativo y aunque tengas cualidades para triunfar, para ellas será inútil intentarlo.”(1)

El manejo del autoconcepto influyen directamente en la adopción de la conducta, por ejemplo una madre que trata a su hijo como tonto y se lo repite todo el tiempo, acaba por convertirlo en un verdadero tonto, aún cuando todas las potencialidades permanezcan en él. En el momento en el que cambie ese autoconcepto, cambiará poco a poco su conducta, su salud mental y física.

No debe uno identificarse con un autoconcepto que sea limitante o produzca malestar o sea negativo, ni tampoco debe vivirse tratando de sostener una autoimagen, a no ser la que realmente es. Ello traerá estados de ansiedad, angustia, depresión y hasta desesperación.

### **AUTOEVALUACION "AQUÍ Y AHORA".**

(1)

La autoevaluación como puede observarse, está ubicada en el tercer lugar de la escala de valores, e implica la capacidad interna para evaluar las cosas, considerándolas como positivas, si son adecuadas para la persona, le satisfacen, le interesan, son enriquecedoras, le hacen sentir bien, le permiten crecer y aprender sin lastimar a los demás y como negativas si son lo contrario, es decir no le gustan ni le interesan, no le satisfacen, le hacen daño o lo promueven a otros. Esto es, desde un punto personal, subjetivo puesto que las cosas que consideran positivas para ellas pueden o no ser nocivas para otras, así como las que consideran negativas pueden ser gratificantes para otras.

El sentirse bien consigo, no siempre va de acuerdo con el placer del momento, es escoger lo que al yo profundo le da satisfacción.

Por lo tanto la autoevaluación requiere estar siempre consciente de sí mismo. El "darse cuenta", según la teoría Gestalt, es prestar más atención a las propias vivencias para comprenderlas y así comprender la existencia; "darse cuenta" de lo que está pasando en ese momento a su alrededor, cómo y qué percibe, qué siente y cómo queda consigo mismo con la decisión que está tomando.

Es importante vivir y estar en el aquí y ahora. El pasado ya es historia y sólo sirve para recordar si de él se puede aprovechar algo en el presente; el futuro no existe, si bien se puede planear y tener metas y objetivos, lo único que realmente se vive es aquí y ahora. Si se hace un presente consciente y valioso, se tendrá un pasado maravillosos y un futuro prometedor.

### **RECONSTRUCCION DE LA AUTOESTIMA.**

La autoevaluación permite que la persona conozca sus potencialidades reales, sus limitaciones y también le posibilita saber si está o no empleando y/o desarrollando al máximo sus capacidades, lo cual ayudará a mejorar la autoestima.

Las experiencias pasadas tienen influencia en el comportamiento de ahora; aunque no pueda cambiar lo que paso ayer si puede cambiarse lo que se siente con respecto de ello ahora. La barrera principal para la reconstrucción de la autoestima es vivir en el pasado, lleno de culpas, resentimientos, etc.

Para poder reconstruir nuestra autoestima es necesario :



- 1) La autoaceptación
- 2) Ser asertivos
- 3) Previsar nuestros valores (1)

### **AUTOACEPTACION.**

“ La autoaceptación corresponde al cuarto escalón para alcanzar una autoestima alta, aprender a aceptarse es otra de las bases en la estructura de la autoestima, para lo que se requiere aceptar con orgullo las propias habilidades y capacidades y reconocer las fallas o debilidades sin sentirse devaluado, es el paso más importante para la reconstrucción de la autoestima.” (1)

Otro aspecto importante es confiar en el organismo y su naturaleza interna, para tener la habilidad de tomar decisiones que realmente se quieran, sin importar la reprobación y la crítica.

La reconstrucción de la autoestima, se lleva a cabo con la utilización de todo el potencial que se puede manejar, poniéndose metas, haciendo contratos consigo mismo, remodelando actitudes y habilidades, actualizando la escala de valores y manejando la agresividad.

### **ASERTIVIDAD.**

Es el manejo positivo de la agresividad entendiéndose esta como fuerza, valor, empuje, intensión, que impulsa a tener lo que se desea, necesita. Anhela o sueña, sin agredirse o lastimarse así mismo o a los demás.

El ser asertivo se caracteriza por pedir lo que se necesita, es decir lo que le gusta o no, expresar lo que se siente cuando es necesario. Tener siempre presente el: ¿Para qué?, ¿Para que lo digo?; para informar, darme a conocer, etc., o para humillar, lastimar o reclamar. Si este “Para qué”, no responde a algo positivo, es mejor reflexionar y buscar una manera en la que no se dañe la dignidad del otro, por tanto, no se rompa la comunicación y por otra parte se obtenga la que se quiere.

Las personas asertivas canalizan su agresividad negativa u hostil a través de los deportes, ejercicios físicos o de relajación o por actividades que permitan la salida de esa energía acumulada.

Ser asertivo significa poner en práctica las habilidades propias, respetando los derechos de los demás; significa tener el valor de usar la percepción y comunicación, ya que lo que cuenta más es un mensaje, no es el “que” sino el “como” se dice.

Por otra parte, la asertividad sin una buena percepción y sin saber como comunicar, puede llevar a no lograr lo que se pretende. Por ejemplo, si se dice a una persona que su trabajo está mal hecho, se está haciendo asertivo, pero falta usar la percepción para darse cuenta de que es lo que se dicen realidad y como se está diciendo, ya que en ves de ayudarla a que vea su comportamiento, su trabajo y sus consecuencias, podría estarse usando una comunicación destructiva.

La no asertividad es el manejo negativo de la asertividad, es decir satisfacer las propias necesidades y derechos sin importar los de los demás.

La no asertividad, se maneja por medio de una autoestima obre y baja, con autoevaluación tristeza y depresión , con sentimiento de culpa y remordimientos que llevan a explicaciones y disculpas, provocando alteraciones a nivel somático y emocional.

Las personas no asertivas canalizan su agresión destruyendo objetos, golpeando física y moralmente a otras personas, mintiendo y sobreprotegiendo a los demás.

Existe otro tipo de personas no asertivas, estas son pasivas, o dan a conocer a los demás sus opiniones y sus necesidades legítimas, se dejan manipular por otros ; ante los demás sus necesidades no importan, escuchan a los demás, pero nunca hacen o piden que las demás las escuchen.(1)

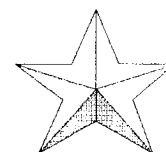
## **MANEJO DE LA AGRESIVIDAD.**

**BAJA AUTOESTIMA=NO ASERTIVIDAD.**

**ALTA AUTOESTIMA= ASERTIVIDAD.**

El ser asertivo no es fácil, pues implica asumir un compromiso, algunas personas suelen decir “no puedo” en ves de decir “no quiero”, ya que temen que los demás los rechacen y tratan así de minimizar las responsabilidades de tomar una decisión asertivamente.

## SESION AUTOESTIMA.



### Objetivos.

- Que al finalizar los adolescentes la sesión hayan identificado habilidades y limitaciones de sí mismos.
- Que los adolescentes identifiquen sus aspiraciones personales y sociales.
- Que los jóvenes analicen cómo la autoestima que poseen afecta su conducta.
- Que los adolescentes acepten sus características propias.
- Que el adolescente incremente su autoestima.

Material de apoyo.

Hojas blancas, lápices, marcadores, cartoncillo y cinta adhesiva.

Ejercicios :

Conociéndome.

Sección de actividad en casa.

El buzón.

Distribución del tiempo :

Evaluación de la actividad en casa (10 minutos)

Ejercicio Conociéndome (20 minutos)

### EJERCICIO CONOCIÉNDOME.

**Objetivo :** Identificar cualidades y defectos de sí mismo.

**Duración :** 20 MINUTOS.

**Material :** Hojas blancas y lápices.

Desarrollo.

- Introducir el tema de autoestima comentando que cada persona tiene tanto virtudes como defectos, que es importante conocerlos para poder manejarlos y así sentirse satisfecho consigo mismo y con los demás.
- Solicitar a los adolescentes que saquen una hoja en blanco y escriban en ella tres cualidades y tres defectos que identifiquen en si mismos. Conceder 10 minutos en esta actividad.
- El educador indicará que cada adolescente conservará la lista que hizo, comentará el ejercicio preguntando :
  - ¿Qué les costó más trabajo identificar, sus cualidades o sus defectos ?
  - ¿A que atribuyen su dificultad para identificar sus cualidades o defectos ?.

- Cerrar el ejercicio reforzando los comentarios de los adolescentes, apoyándose para ello en la sección de premisas y contenido correspondientes a esta sesión.

### **Actividad en casa.**

#### **Objetivo :**

Identificar habilidades y limitaciones que las personas que rodean al adolescente ven en él (ella).

#### **Instrucciones.**

- Solicitar al adolescente que le hagan a una persona importante para ellos ( papás, tíos, hermanos, parejas, amigos, etc.) las siguientes preguntas :
- Qué cosas (habilidades) ves en mí que me permitan ser un hombre (mujer) útil cuando sea mayor ?
- Qué cosas (limitaciones) ves en mí que me impidan ser un hombre (mujer) útil cuando sea mayor ?.

#### **Evaluación.**

- Al principio de la siguiente sesión disponer de algunos minutos para comentar la experiencia de los adolescentes al hacer las preguntas. Entre los aspectos que pueden comentarse están
- Cómo se sintieron al conocer las cosas agradables que los demás identifican en ellos ?
- Se sorprendieron al conocer aspectos de su persona que la gente entrevistada valora y que ellos no sabían que tenían ?.
- Existieron características que le adolescente reconoce en sí mismo como importantes y que la gente no le mencionó ?
- Existió algún desacuerdo entre lo que las personas entrevistadas consideran como limitaciones en el adolescente y lo que él ) ella = mismo(a) reconoce como limitante ?
- Qué características fueron más comúnmente mencionadas (por ejemplo : las referentes a su cuerpo, a su manera de comportarse, a la manera de vestirse, etc. ).

Nota :Esta sesión fue tomada del Libro Planeando Tu Vida, Ver bibliografía 3.

**CUESTIONARIO PARA EVALUAR CONOCIMIENTOS, HABILIDADES Y ACTITUDES.**

	T A	D A	I	D	T D
1.-¿Es verdad que si alguien se quiere mucho se vuelve egoísta ?					
2.-¿ Es verdad que si alguien se considera a sí mismo(a) valioso(a) la gente no va a querer estar con él (ella) ?					
3.- ¿Es verdad que tener una alta autoestima es igual que ser presumido(A) ?					
4.- ¿Es verdad que si no sabe hacer algo, no se debe tratar de hacer ?					
5.-¿Es verdad que a las mujeres inseguras las quieren más ?					
6.-¿ Es verdad que a los hombres inseguros nadie los quiere ?.					
7.- ¿Es verdad que para sentirse seguro(a) de uno mismo es necesario ser atractivo(A) físicamente ?.					
8.- ¿Es mejor decir "no puedo" cuando nos proponen algo en vez de decir " no quiero", para no hacer sentir mal a las personas ?.					
9.- Si reviso un trabajo de algún amigo y está mal hecho . Es mejor decírselo.					
10.- Si pido un café con crema en un restaurante, y la mesera no trae la crema, es mejor esperar a que ella se de cuenta de su error y la traiga sin decirle nada.					

## • ABORTO.

El aborto es un tema político candente, al mismo tiempo es una cuestión privada, esto no significa que las decisiones al respecto estén apartadas del orden moral. Sea cual sea la decisión que tome la mujer afecta a nuestras familias, a nuestras comunidades y a toda nuestra sociedad.

Sin embargo en los medios del gobierno y de la iglesia, todo queda restringido a l plano político, y prácticamente no se han hecho esfuerzos por formular ciertos criterios en el ámbito de la toma de decisiones morales o éticas en el plano individual.

Existen algunas instituciones que se han preocupado por crear un medio en el cual las mujeres enfrentadas a una situación en la que tengan que decidir al respecto del aborto, encuentren u lugar de reflexión en lo moral que las ayude a aclarar las opciones que tienen ante sí. Un ejemplo es "Católicas por el Derecho a Decidir", esta institución ha formulando algunas guías bastante interesantes al respecto, en las cuales se plasman algunos principios basados en ciertas creencias, con un sentido de humildad y respeto, hacia las diferentes conclusiones a las que llegarán.

Prácticamente se basan en cinco puntos :

1. Al formular juicios sobre el aborto, es importante evitar las actitudes rígidas y negativas hacia la propia sexualidad.
2. La decisión de hacerse un aborto puede ser una decisión moral justificada por múltiples circunstancias ; también es posible que esa decisión no esté justificada.
3. El aborto tiene que ser legal para que las mujeres puedan considerar una decisión moral en un clima de verdadera libertad.
4. La decisión sobre le aborto entraña valores intrínsecos. Entre ellos se encuentran el valor de la vida de la mujer, su plan de vida y el valor del feto.
5. Todos tenemos la obligación de esforzarnos por crear una sociedad en que las mujeres no tengan que escoger entre el valor de su propia vida y la del feto.

Marjorie Reyley, Maguire, Daniel C. Maguire, "Aborto, Una guía para tomar decisiones éticas", Católicas por el Derecho a decidir, 2ª edición, Uruguay 1992.

## **HISTORIA DE LAS IDEAS DEL ABORTO EN LA IGLESIA CATÓLICA.**

Nos gustaría invitar a reflexionar a las personas que se enfrentan al problema del aborto a que examinen en su propia consciencia, preguntas tales como cuándo ocurre la hominización (cuando el feto se convierte en un ser humano), el valor de la vida humana actual versus el valor de la vida humana en potencia, la separación de la relación sexual del intento de procrear. Para las mujeres que enfrentan al aborto, esta problemática es de suma importancia y las

respuestas afectarán su decisión , que a fin de cuantas nos afecta a todos. Haciendo hincapié en lo anterior, procedamos a la historia :

Siempre ha habido desacuerdos al interior de la iglesia sobre el aborto. La mayoría pensamos que la postura de la iglesia ha sido consecuencia de 2000 años de enseñanza uniforme, ! estamos equivocados !, el debate sigue en pie.(4)

Actualmente la mayoría de la jerarquía eclesiástica cree que la práctica del aborto es un pecado capital grave y motivo de excomunión, esta opinión solo es parte de la disciplina oficial eclesiástica desde la publicación oficial Sedes de Pío IX en 1869. Hasta ahora una pequeña minoría de teólogos cree que el aborto es permisible en los inicios del embarazo y que su prohibición se basa en una teología defectuosa.

Lo que sucede en la iglesia católica es que existe una diferencia entre la función legislativa y el magisterio de la iglesia.

“En materia legislativa, la iglesia determina las leyes a las que han de sujetarse los católicos para la vida diaria, lo hace al definir las acciones que considera pecaminosas. Así mismo decide los castigos que se aplicarán a los que desobedezcan las reglas, ya sea en los términos de penitencia o excomunión.”(4)

La autoridad que tiene la iglesia para enseñar se denomina magisterio, donde la iglesia pretende ejercer autoridad exclusiva sobre las verdades reveladas por Dios que están de acuerdo con la tradición histórica de la Iglesia Católica. Es solo en estas cuestiones en las que se considera al Papa capaz de infalibilidad en la enseñanza. EN nuestros días, según la misma iglesia, oficialmente no se considera a la prohibición del aborto sujeta al magisterio de la iglesia. Lo que significa que :

“ La prohibición del aborto nunca ha formado parte del magisterio de la iglesia”.(4) Mejor dicho, es materia de ley eclesiástica relacionada con la penitencia. Esto significa que aunque la práctica del aborto es motivo de excomunión ( lo cual es una decisión legislativa ), la base teológica para este castigo todavía no se ha establecido adecuada e “infaliblemente” como enseñanza de la iglesia.

Sin embargo la Iglesia nunca ha puesto en duda el valor de la integridad de la vida humana en su función legislativa o educativa. El mandamiento “no matarás”, siempre ha sido parte de la fe cristiana. Sin embargo, este respeto por la vida, no es fácil encausarlo en una postura en pro o en contra del aborto.

Hasta 1869 la mayoría de los teólogos consideraba la hominización hasta al menos 40 días después de la concepción, y a veces más tarde. Por lo tanto en

un aborto practicado hasta antes de los 40 días no se consideraba que se quitaba la vida humana. **(4)**

Pero aún así la Iglesia siempre se ha opuesto al aborto no solamente porque sospecha que se trata de un homicidio, opinión que aún discute, sino porque de es la prueba de fondo de un pecado sexual. La Iglesia enseña que todo acto cuyo intento sea separar la unión sexual de la procreación es pecaminoso y por lo tanto el aborto lo es debido a que indica que la pareja que se unió no lo hizo con la intención de procrear.

Durante el siglo primero después de Cristo, los métodos anticonceptivos y el aborto incluían el uso de un diafragma, el coitus interruptus, y el tomar ciertas medicinas que se pensaba impedían la concepción o causaban el aborto.

Así mismo se debatían dos temas centrales :

1. ¿ Se está usando el aborto para ocultar la fornicación y el adulterio ?
2. ¿ Tiene el feto un alma racional desde el momento de la concepción o llega a ser un ser humano con alma en el curso de su desarrollo ?.

**(4)**

Durante la Edad Media (600-1500) D.C.

Al paso de los novecientos años de historia cristiana que constituyen nuestro período medio hubo cambios en tres aspectos fundamentales : en los escritos en torno a la penitencia, en la codificación de la ley canónica y en el desarrollo de varias opiniones teológicas sobre el aborto. Cada uno estos aspectos tiene su propia dinámica de desarrollo y no hubo una convergencia entre ellos en un momento determinado.

Es de interés hacer notar que el aborto parece ser igual de serio, o quizá un poco menos, que las relaciones sexuales ilícitas.

Se debe tomar en cuenta si la pobre mujer lo hace porque se le dificulta el sostener a la criatura o si es prostituta y lo hace para esconder su maldad.

Aunado a todo esto, dentro de la teología surge el concepto de HILOMORFISMO : "que es un concepto que define al ser humano como una unidad de dos elementos : la materia que representa potencialidad del cuerpo, y la forma que representa el principio realizador del alma." **(4)**

En torno del tema, Santo Tomás escribe : " El alma vegetativa, que viene primero, cuando el embrión vive la vida de una planta, decae y le sigue un alma más perfecta, la cual es a la vez nutricional y sensible y entonces el embrión vive una vida animal, y cuando esta decae le sigue un alma racional incluida del



exterior... Ya que el alma se une al cuerpo como su forma, no se une a un cuerpo del que no es propiamente el acto ( la realización) de un cuerpo orgánico".(4)

Entonces El consejo Vienne, de la reunión en Francia en 1812, Confirmó la idea hilomórfica de la persona desarrollada por Sto. Tomás y la opinión de este consejo todavía sigue como dogma de la fe cristiana :

"Condenamos como errónea y opuesta a la verdad católica toda doctrina que se atreva a negar o cuestionar que la sustancia del alma racional o intelectual es verdaderamente u por sí sola la forma del cuerpo humano. Para que todos sepan la verdad de una fe sincera y para cerrar la puerta a todo error, definimos que cualquiera que se atreva a aseverar, defender o tercamente asegurar que el alma racional o intelectual no es por sí sola u esencialmente la forma del cuerpo humano, debe considerársele un hereje".(4)

En la era premoderna ( 1500 - 1750 ).

A pesar del apoyo teológico del hilomorfismo que siguió vigente desde el medioevo, la teoría de la hominización inmediata empezó a ganar terreno poco a poco. Es así que el período premoderno muestra el desarrollo de dos teorías contradictorias sobre el momento de la hominización y posturas contradictorias sobre el castigo eclesiástico del aborto. Durante este período de transición, también se discutió mucho el aborto terapéutico.

La época moderna.

Antes de la Epoca Moderna, las leyes que definían la penitencia por la práctica del aborto no siempre concordaban con las opiniones de los teólogos. Actualmente observamos el aumento del poder del papa sobre materias pastorales y penitenciales, y la grandísima influencia del Vaticano sobre la teología moral. Esta centralización del poder ha tendido a sistematizar las diferentes corrientes sobre el aborto en una posición única e inflexible." Durante los últimos dos siglos, la Iglesia ha aceptado la opinión que todo aborto es malo y que no es permitido bajo casi ningún motivo."(4)

Jane, Hurst, "Historia de las Ideas Sobre el Aborto en la Iglesia Católica",  
Católicas por el Derecho a Decidir, 2ª edición, 1992, Uruguay.

Traer una nueva vida al mundo debería ser siempre una decisión consciente, madura y responsable.

Los que están en contra del aborto afirman que se trata de un asesinato. Para considerarlo así existen dos factores que hacen que la privación de una vida constituya un asesinato.

Primero, la vida que se destruya deber ser la de una persona. Es por esto que no se considera que matar a un animal sea asesinato. Tampoco se tacha de asesinato a una operación en la que el cirujano extirpe ciertos órganos de un cuerpo humano, en esta situación aunque se trata de vida humana, no es asesinato porque no implica la vida entera de una persona.

Segundo, la destrucción de la vida de una persona tiene que ser injustificada para que pueda tildarse de asesinato.(5)

Existen en nuestro idioma muchísimas palabras para describir nuestras acciones y sentimientos. Diferentes palabras nos hacen también reaccionar diferente ante mismas circunstancias. Por lo tanto, es importante conocer el significado y connotación exactos de cada una de las palabras, antes de tomar decisiones que tendrán tantas repercusiones sobre tantas personas .(5)

Marjorie Reyley, Maguire, Daniel C. Maguire, "Aborto, Una guía para tomar decisiones éticas", Católicas por el Derecho a decidir, 2ª edición, Uruguay 1992.

Interrupción del embarazo. Sin duda suena muchísimo mejor que "muerte de un embrión, o de un feto, o la durísima expresión *asesinato de un niño de 10 cm. De altura y X gramos de peso*".

Esta frase no hay oído que la resista. Si decimos Interrupción del embarazo.... habrá algún ingenuo, (¿habitante de la luna ?) que piense que la madre lo interrumpió para pasar un mejor verano con sus viajes y que luego en el invierno prosiguió su labor de hacer un hijo. Eso si sería una interrupción. Lo otro es una muerte voluntaria a un inocente, en sus primeros días de la vida, sin permitirle ningún cumpleaños. Pero matar a un niño sin dejarle cumplir un añito, eso si suena pero MUY MAL...

Los nazis por ejemplo, lo que hacían era velar por una raza superior, la raza aria, pero no lo hacían dentro de unas instalaciones deportivas, ni en los mejores colegios o con la mejor alimentación, sino matando en cámaras de gas a los de otra raza.... Velaban por la pureza de la raza aria. Eso era todo.(6)

Con frecuencia la idea de que el aborto es un asesinato, refleja más acerca de los sentimientos de las personas, que acerca de su concepto de lo que es el aborto.(5)

### **¿Es el feto una persona ?.**

Como ya hemos visto anteriormente existe controversia acerca de hominización y el hilomorfismo y aún hoy en día esta en debate, sin embargo se

tiende a pensar que el feto se convierte en una persona cuando es viable, cuando no depende del claustro materno para poder sobrevivir.

Al formarse una opinión sobre esta cuestión, debe tenerse presente que lo que determina que una vida sea una persona no es algo que se pueda tocar, medir o sentir. Es una cualidad que da aun ser derecho a la vida, que hace que como individuo y como sociedad lo consideremos como algo precioso, y que supone que para las personas religiosas es sagrado ante Dios.

En nuestra sociedad la mayoría de las personas creen que, si bien es importante valorar la vida prenatal desde sus etapas más tempranas, no es correcto atribuir a esa vida un valor igual o mayor al de la persona humana y al carácter sagrado de la mujer que está embarazada.

Si se está de acuerdo con estos conceptos, entonces no se pensará que se está considerando el aborto de una persona. **(5)**

**Creo que el feto es una persona. ¿Es moral que decida hacerme un aborto ?.**

Si tus creencias y valores te llevan a concluir que el feto es una persona, es preciso que entonces reflexiones sobre el valor relativo de tu vida frente a la del feto. Si llegas a la conclusión de que ambas vidas tienen el mismo valor, es coherente que desees continuar con tu embarazo.

Si crees que el feto es una persona, necesitarás tener razones muy convincentes para que la decisión de abortar tenga justificación moral. Por ejemplo si además crees que tu propia vida o valores se verán seriamente amenazados si continúas con el embarazo, entonces tienes una justificación válida para ponerle término. **(5)**

**No puedo decidir si el feto es una persona. ¿Sería mejor para mí en ese caso no hacerme un aborto ?.**

Debes hacer todo esfuerzo posible para formarte una opinión propia acerca de la vida que llevas dentro, teniendo presente que incluso los más estudiosos tienen sus diferencias en opiniones y creencias sobre esta cuestión.

Descartar un aborto debido a la "posibilidad" de que la vida que llevas en ti es una persona, es equivalente a pasar por alto las necesidades de tu ser que indudablemente si es una persona, y que puedes sufrir graves daños mentales y corporales si te ves obligada a continuar con el embarazo hasta el final. La mismo tiempo también podrás pasar por alto las necesidades y derechos de otros por ejemplo tu esposos o tus hijos. **(5)**

### **¿Siente dolor el feto ?.**

En ocasiones personalizamos las reacciones del feto porque nos sentimos culpables o tenemos dudas sobre nuestra decisión. Si te preocupa la posibilidad de que el feto sienta dolor, debes sopesar tu preocupación ante esa posibilidad en relación con los demás factores que influyeron en tu decisión, incluido tu propio dolor y el dolor de un niño que nace enfermo o que no es deseado.

A través de toda nuestra vida existen dolores físicos y emocionales, y esos no son factores determinantes para tomar una decisión moral sobre el aborto o cualquier otra decisión. **(5)**

### **CREENCIAS RELIGIOSAS.**

**Como católica, me gustaría conocer las enseñanzas de la Iglesia sobre el aborto.**

No hay ninguna enseñanza de la iglesia sobre el momento en que el feto recibe un alma y se concierte en una persona.

Aunque existe una enorme diversidad y controversia dentro de la iglesia católica acerca del aborto, esta también enseña que en última instancia la conciencia debe ser el principio rector para la acción.

Por lo tanto la Iglesia Católica nos enseña que ante esta enorme diversidad, algunos abortos pueden ser moralmente aceptables y la conciencia es el juez final de cualquier decisión. Lamentablemente el catolicismo que se enseña, no refleja la riqueza y diversidad de la fe cristiana. **(5)**

### **¿Que es la conciencia ?.**

La conciencia constituye la capacidad cada vez mayor y más refinada de reflexionar sobre las situaciones que experimentamos y evaluar la medida en que son buenas o malas para nosotros. Para hacer esta evaluación, utilizamos nuestro raciocinio, nuestros sentimientos, las normas de conducta moral que hemos aprendido de la sociedad y, cuando corresponde, las enseñanzas religiosas también. **(5)**

### **¿Cómo debo formar mi conciencia ?.**

La formación de la conciencia la iniciaron todos los que la guiaron hacia ese momento de sensibilidad moral: padres, hermanos, amigos, maestros, familiares, etc. La evaluación de todas las situaciones que ellos te transmitieron, ya sea en lo religioso con enseñanzas o a través de los sentimientos que te expresaron, se han conjugado para formar tu conciencia. **(5)**

Lo anterior no significa que tu has aceptado del todo esas evaluaciones exactamente como te las transmitieron, por que de ser así estarías siguiendo la conciencia de ellos y no la tuya ; pero esas experiencias acuñadas a lo largo de las generaciones y transmitidas como valores morales o éticos, o incluso aquellas experiencias formuladas ayer por algún amigo, constituyen la materia prima para la formación de tu propia conciencia.

La decisión que se tome con respecto a la realización de un aborto, conformará la conciencia futura, por lo que debe examinarse perfectamente todas y cada una de las respuestas evaluadoras, a fin de tomar la mejor decisión de acuerdo a las circunstancias que se estén viviendo. Al actuar así, se formará la conciencia y seguramente y con toda probabilidad, se tomará la mejor decisión, aún cuando nadie más esté de acuerdo con ella. **(5)**

### **¿Seré excomulgada si me hago un aborto ?.**

Como se ha venido mencionando a través de todo este texto, la Iglesia Católica está compuesta de mucha personas con opiniones diferentes sobre el aborto. Hay teólogos e incluso algunos sacerdotes y obispos, que en privado aceptan que algunos abortos pueden ser morales. Sin embargo actualmente el derecho canónico oficial de la iglesia, establece que toda mujer que se realice un aborto queda automáticamente excomulgada.

Esto no significa que toda mujer al cometer un aborto queda automáticamente excomulgada, como si se contaminara al entrar en contacto con una sustancia tóxica. En primer lugar, se tiene que analizar que para cometer el pecado del aborto, se tiene que pensar que en el caso particular de uno un aborto, teniendo en cuenta todas las circunstancias de la vida y del embarazo, es un pecado ante Dios.

Si luego de examinar cuidadosamente las preguntas antes planteadas, se decide que el aborto es el acto más moral para la persona en particular, en sus circunstancias, no se comete un pecado, no se queda excomulgada, ni tampoco se tiene que confesar ese acto pues, en esa situación, el aborto no ha constituido un pecado.

Pero si se piensa que se ha cometido el pecado por realizarse un aborto, se puede reconciliar con la iglesia a través del sacramento de la penitencia y la confesión. **(5)**

### **¿Qué sucede con el feto después de la muerte ?.**

Los católicos consideran que para tener vida eterna, es decir vida después de la vida terrenal, es menester tener una alma y que esto es cualidad exclusiva de las personas. Como ya hemos visto, la mayoría de las personas cree que la

vida prenatal en las primeras etapas del embarazo, que es cuando se realizan la mayoría de los abortos, no es una persona. Sin embargo si el feto es una persona, ciertamente estará con Dios eternamente, puesto que no lo rechazará, porque no ha cometido ningún mal.

Algunos católicos creen que el feto irá a un sitio llamado limbo, puesto que el feto no puede ir a un lugar de castigo porque no ha hecho ningún mal, pero tampoco puede vivir con Dios eternamente por que no ha sido bautizado, el Limbo es un lugar para personas buenas que no han sido bautizadas.

Hoy en día teólogos dirían que los preceptos de Dios rebasan a los nuestros y que el bautismo no es la única forma de alcanzar la vida eterna. (5)

### **¿Me castigará Dios si me hago un aborto ?.**

No vivimos en un mundo perfecto ni tenemos garantía de que nunca sufriremos. Pero no debemos culpar a Dios por las cosas malas que nos pasen, ni tampoco culparnos a nosotros mismos y a nuestra decisión de hacernos un aborto por lo que pueda sucedernos en el futuro. (5)

## **VALORES PERSONALES.**

### **¿Seré una mala persona si me hago un aborto ?.**

Un aborto, en sí, no hace a una persona ni "buena" ni "mala". Una persona tiene que examinar la totalidad de su propia naturaleza y conducta. Un acto o una decisión entrañan "maldad" cuando se fundamentan en razones indebidas.

Si viviéramos en un mundo ideal donde nunca tuviéramos que tomar decisiones desagradables y donde nuestras decisiones nunca hicieran daño a otras personas o a nosotros mismos, nunca tendríamos que tomar una decisión que involucrase al aborto.

En nuestro mundo real, una mujer buena que decide tener un aborto basándose en razones buenas seguirá siendo una mujer buena después del aborto. (5)

### **¿Me sentiré culpable después de mi aborto ?**

El sentirse culpable no quiere decir que se sea culpable. Los sentimientos de culpabilidad pueden originarse en la conciencia, que recuerda que se ha hecho algo malo. Pero también pueden deberse a que, si bien se ha

actuado en una forma que en el caso particular es correcta, se ha ido en contra de lo que han enseñado los padres, la sociedad o la iglesia. (5)

## **RESPONSABILIDADES.**

**Independientemente de lo que decida respecto de este embarazo, ¿ que responsabilidades tendré conmigo en el futuro ?.**

Al tomar una decisión responsable sobre el aborto, has trazado un modelo para la adopción de otras decisiones en tu vida. Has analizado a fondo tus creencias y valores acerca de una cuestión importante para ti. Has tenido que sopesar y equilibrar diferentes situaciones en pugna. Te has comportado como una persona responsable. sigue comportándote igual respecto a todas las decisiones de tu vida con repercusiones éticas. Trabajo, amor, amistad, familia, matrimonio : relaciones todas con componentes éticos tan significativos como la conducta sexual.

Dedica tiempo a reflexionar sobre tus creencias y valores, actúa en forma de estar a la altura de ellos. Un embarazo no deseado no es un acontecimiento aislado, sino que con frecuencia es un indicativo del modo en que enfocamos nuestra vida. (5)

**¿Qué responsabilidad tengo respecto a mi sexualidad futura ?.**

La sexualidad responsable exige que tomemos todas las medidas para asegurar, en la medida de lo posible, que nunca se tendrá que hacer otro aborto por que no se quiere un embarazo no deseado. No todas las mujeres logran evitar los embarazos indeseados, sin embargo pueden hacer mucho por tratar de eludirlos.

Esto no significa que se debe tomar la decisión de nunca más tener relaciones sexuales, esto no es realista ni responsable, pensar que la abstinencia constituirá el medio para evitar embarazos indeseados es absurdo, la sexualidad es un instinto demasiado fuerte y las consecuencias de un embarazo indeseado son demasiado graves como para actuar de una forma no realista en un aspecto tan importante de la vida.

La máxima responsabilidad de cara a la sexualidad futura, radica en la formulación de las pautas del propio comportamiento sexual. (5)

**¿Tengo la responsabilidad de usar métodos anticonceptivos en el futuro ?.**

Si se van a tener relaciones sexuales y no se desean hijos, se tiene la responsabilidad de utilizar métodos anticonceptivos o cerciorarse de que la pareja está protegida eficazmente.

Para decidir cual método anticonceptivo utilizar deben considerarse los valores personales, las creencias religiosas, circunstancias médicas y psicológicas, así como el estilo de vida.

Independientemente de por cual método se opte lo más importante es utilizarlo. Para lo cual se debe estar decidido, no importa si eres hombre o mujer, a no sufrir un embarazo indeseado y a tener conciencia de la naturaleza de la sexualidad de cada uno. **(5)**



## VIOLENCIA.

### VIOLENCIA CONTRA LA MUJER.

El concepto de mujer como propiedad privada del hombre, es un fenómeno histórico social que se remonta a la época de la Grecia antigua (8), en donde a la mujer se le veía como propiedad privada del jefe de la familia, fundamentado esto en la teoría legal y política que establecía dos supuestos fundamentales que son :

Primero, que los individuos tenían derecho a la propiedad privada, y que desigualdad entre los hombres es algo natural, y segundo, , el que los hombres por naturaleza son superiores a las mujeres. Lo cual trajo como resultado que a las mujeres se les tratara como objetos, en lugar que sujetos de las leyes de propiedad., ya que se encontraban en calidad formas de propiedad poseídas y controladas por los hombres individuales. Así mismo, los maridos tenían derechos sobre los derechos sobre las capacidades sexuales y reproductivas de las mujeres y éstas tenían la obligación de obedecer y someterse a sus maridos ; legalmente no podían abandonarlos y si cometían adulterio eran severamente castigadas. (7)

En suma la mujer quedaba relegada como propiedad privada y exclusiva del marido.

Conjuntamente al establecimiento de la ley matrimonial, se desarrollo la legislación correspondiente a la violación, como una forma de control social, con el fin de regular la transferencia de la propiedad. Bajo esta ley la violación era sancionada económicamente y con la promesa de reparar el daño por parte del violador. La sanción monetaria se pagaba al marido o en su defecto al padre de la víctima, pues se consideraba que era él el agraviado por dicho acto.

*“Golpear a la esposa es una costumbre aceptada .... perdemos el tiempo al discutir el tema”*

Comentario realizado por un parlamentario durante el debate sobre la golpiza de esposas en Papúa, Nueva Guinea. “Wife beating 1987”. (7)

*“Una esposa es como un caballito comprado : la monto y la golpeo cuando quiero”.*

Proverbio chino (Croll 1980).

*“La mujer debería utilizar velo (prudah) para asegurarse de no excitar innecesariamente con su cuerpo a los hombres inocentes y no forzarlos inconscientemente a convertirse en violadores. Si las mujeres no quieren ser*

*presas de tales hombres, deberían tomar las precauciones necesarias en lugar de reprocharles constantemente*

Comentario realizado por un parlamentario oficialista "Partido Nacional Barisan" de Malasia durante los debates sobre la reforma legislativa en materia de violación (Heise 1991). (7)

*"Los varones no tenían la intención de lastimar a las muchachas. Solo querían violarlas".*

Declaración realizada por el director de la escuela de internado St. Kizito, Kenia, luego de que 71 muchachas fueron víctimas de violación y otras 19 murieron, a causa del ataque de los varones, atribuido a las negativa de ellas a plegarse a una huelga contra el director de la escuela (Perlez 1991). (7)

*"Pechos mallugados, cerebros golpeados,  
Piel marcada, alma destrozada,  
No puedes gritar - los vecinos miran,  
Clamas por ayuda - no hay nadie allí".*

Estrofa de una poesía de Nenna Nerhu, mujer golpeada de la India (APDC 1989).

*"La niña era sexualmente agresiva".*

Justificación dada por un juez en la Columbia Británica, Canadá, por suspender la sentencia de un hombre de 33 años de edad que había asaltado sexualmente a una niña de tres años (Canadá, House of Commons 1991). (7)

*" ¿ Eres virgen ?, Si no eres virgen, ¡ Por qué te quejas ? Esto es normal".*

Respuesta dada por el auxiliar del fiscal de Perú, cuando la estudiante de enfermería Betty Fernández denunció haber sido molestada sexualmente por oficiales de la policía mientras se hallaba detenida (Kirk 1993). (7)

La violencia de género, incluyendo violación, violencia doméstica, mutilación, homicidio y abuso sexual - constituye un serio problema de salud para la mujer a nivel mundial.

La violencia contra la mujer también representa un obstáculo oculto para el desarrollo económico y social.

La violencia de género priva a la sociedad de su plena participación.

Se afirma que para combatir la violencia se debe atacar las raíces del problema además de tratar sus síntomas, lo anterior implica cuestionar las actitudes y creencias sociales que sustentan la violencia masculina y renegociar el significado de género y sexualidad, así como el equilibrio de poder entre mujeres y hombres, en todos los niveles de la sociedad. (7)

Por décadas, las organizaciones de mujeres, a través del activismo, el servicio a víctimas y la concientización, han logrado con todos sus esfuerzos que la violencia contra la mujer haya sido recientemente reconocida por las Naciones Unidas y algunos gobiernos como un problema legítimo de derechos humanos. Sin embargo casi no se le ha enfocado como un problema de salud pública y por ende no se han abordado profundamente acerca de las causas subyacentes del abuso.

Las actitudes muy arraigadas con respecto a las relaciones masculino - femeninas, tabúes sociales contra la discusión en público de "asuntos privados" y la ausencia de una "solución tecnológica", conspiran contra el logro de una solución. (7)

Aunque la violencia contra la mujer es un fenómeno de tipo universal, solo puede entenderse y remediarse dentro de un contexto social y cultural específicos. Cada sociedad cuenta con factores o mecanismos que legitiman, oscurecen, niegan y por lo tanto perpetúan la violencia, las instituciones poderosas que regulan las relaciones entre los géneros, se confabulan para mantener el *status quo* (7).

Una variedad de mecanismos, desde la tradición oral o empírica hasta la educación formal o científica, además de los sistemas legales, definen las pautas de conducta aceptables para hombre y mujer.,

Es decir, se aprenden desde el seno de la familia y se refuerzan a través de la presión de los pares (individuos del mismo sexo) , las instituciones, los medios masivos de comunicación, etc. (7) Los niños aprenden que los hombres dominan y que la violencia es un medio aceptable para reafirmar su poder y resolver los conflictos. Las madres y las suegras, perpetúan inconscientemente la violencia al socializar inconscientemente a niñas y niños para aceptar la dominación masculina.

Sin embargo la violencia no es inevitable, puede combatirse si las relaciones sociales se organizan de tal forma que minimicen o eliminen la violencia contra la mujer, incluso donde la violencia es endémica, la intervención del Estado, la comunidad y las organizaciones de mujeres, pueden salvar vidas, reducir daños y aliviar los efectos a largo plazo de la victimización de las mujeres y sus hijos. (7)

Es un error concluir que nada puede hacerse para combatir las violencia contra la mujer.

La Organización de las Naciones Unidas (ONU), aprobó su primera resolución sobre la violencia contra las mujeres, en Noviembre de 1985, recientemente, la declaración de las Naciones Unidas sobre la Violencia contra la Mujer y el Borrador de la Convención Interamericana para la Prevención, Castigo y Erradicación de la Violencia Contra la Mujer, y La Organización Panamericana de la Salud (OPS), lo reconocieron como su tema prioritario en 1994 a través de su programa Mujer, Salud y Desarrollo (PWD) . Por su parte el Fondo de las Naciones Unidas para la Mujer (UNIFEM), ha publicado recientemente un importante documento, que destaca el impacto de la violencia de género sobre el desarrollo socioeconómico .

**Definición de abuso de género** Comisión de las Naciones Unidas sobre la Condición de la Mujer, adoptada por la asamblea general en 1993 :

“Todo acto de violencia de género que resulte en, o pueda resultar en daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico de la mujer, incluyendo la amenaza de dichos actos, la coerción o la privación arbitraria de la libertad, tanto en la vida pública como en la privada (Economic and Social Council 1992). (7)

El artículo 2 de la declaración establece que debe entenderse que la definición comprende, aunque no se limita a la violencia física, sexual y psicológica que ocurre en la familia y en la comunidad, sino que incluye el maltrato, el abuso sexual de niñas, la violencia relacionada con la dote, la violación marital, la mutilación genital femenina y otras prácticas tradicionales lesivas para la mujer, la violencia no matrimonial, la violencia relacionada con la explotación, el asedio sexual y la intimidación en el trabajo, en las instituciones educativas y en otros ámbitos, el tráfico de mujeres, la prostitución forzada y la violencia cometida o condonada por el Estado. (7)

La estimación exacta de la carga global sobre la salud por violencia contra la mujer se ve dificultada por la falta de datos sobre la incidencia y el impacto del abuso sobre la salud. Existe un amplio subregistro y debido al estigma social sobre la violación sexual, los datos sobre abuso y violación sexual son muy difíciles de recolectar, aunque están empezando a surgir distintas encuestas epidemiológicas de gran escala sobre acoso sexual en países industrializados.

La forma más endémica de violencia contra la mujer es el abuso de la esposa o, con mayor exactitud, el abuso de la mujer por parte de su compañero íntimo.

## **ABUSO SEXUAL A MENORES.**

Como ya hemos mencionado de la gran diversidad de problemas que existen en esta sociedad, encontramos aquellos que se refieren a la violencia sexual, la cual puede manifestarse de diferentes formas como son : abuso sexual a menores, hostigamiento sexual, y violación que son las más comunes y frecuentes dentro de esta sociedad. Este fenómeno se acentúa aún más en aquellos considerados como inferiores o débiles, es decir las mujeres y los niños. Ver cuadro

#### CUADRO

La violencia de género a lo largo del ciclo vital.	
Etapa	Tipo de Violencia presente
Prenatal	Aborto selectivo por sexo(China, India, Rep. De Corea) ; golpizas durante el embarazo (efectos físicos y emocionales en la mujer ; efectos en el resultado del nacimiento) ; embarazo forzado (por ejemplo la violación durante la guerra).
Infancia	Infanticidio femenino ; abuso físico y emocional ; acceso diferencial a la alimentación y al tratamiento médico para las niñas menores de un año.
Niñez	Casamiento de niñas ; mutilación genital ; abuso sexual por parte de miembros de la familia y extraños ; acceso diferencial a la alimentación y al tratamiento médico ; prostitución infantil.
Adolescencia	Violencia de compañeros del sexo opuesto y novios ( por ejemplo, arrojar ácido en Bagladesh, la violación durante una cita amorosa en los Estados Unidos) ; la relación sexual forzada por motivos económicos ( en Africa, las estudiantes de la escuela secundaria deben entablar relaciones con "papás dulces" para pagar sus estudios ; el abuso sexual en el trabajo ; la violación ; el asedio sexual ; la prostitución forzada ; el tráfico de mujeres.
Edad reproductiva	Abuso de la mujer de parte de su pareja masculina íntima ; violación conyugal ; abuso y homicidios relacionados con la dote ; homicidio conyugal ; abuso psicológico ; abuso sexual en el trabajo ; asedio sexual ; violación ; abuso de mujeres discapacitadas.
Vejez	Abuso de viudas ; abuso de ancianas (en los Estados Unidos, único país donde la información está disponible, el abuso de ancianos afecta principalmente a las mujeres.

Tomado de : Heise, Lori " Violencia Contra la Mujer : La carga oculta de la salud", Programa Mujer y Desarrollo, OPS , Washington D.C, Nov. 1994.

En muchos casos los malos tratos infantiles son considerados como abusos sexuales, buscando de esta manera se les dé un tratamiento especial.

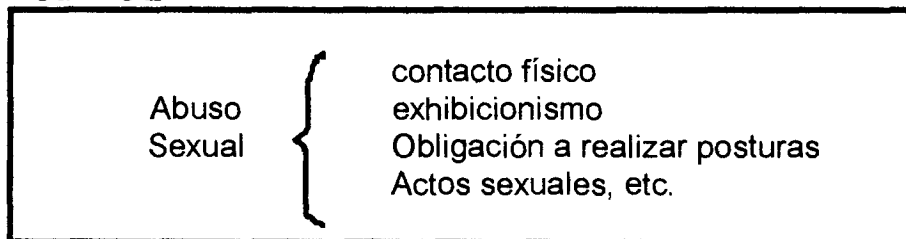
Todo abuso sexual puede plantear problemas a nivel psicológico y medico, además de implicaciones sociales y legales.

Si se toma en cuenta el tipo de relación que se establece entre el niño, el adolescente y el adulto, se puede definir al abuso sexual como : una serie de contactos entre ambos en los que el primero es utilizado para estimulación sexual del segundo.

Para considerarse abuso sexual, en la mayoría de los casos se usa como criterio de edad máxima de la víctima de 15 o 17 años, cuando la víctima rebasa esta edad, se habla de violación.

El abuso sexual puede o no implicar contacto físico como son : tocar zonas corporales de la víctima de marcada significación sexual : pecho, nalgas, genitales, etc. hay comportamientos donde no hay contacto físico pero que también se consideran abusivos como el exhibicionismo, la obligación de realizar posturas o actos sexuales, etc. Ver Cuadro 2

Cuadro 2



Tomado de : Heise, Lori " Violencia Contra la Mujer : La carga oculta de la salud", Programa Mujer y Desarrollo, OPS , Washington D.C, Nov. 1994.

### **TIPOLOGIA DE LOS AGRESORES.**

Generalmente se cree que los agresores son en su mayoría personas con grave patología o desviaciones sexuales, sin embargo en el caso del abuso sexual a menores, la mayoría son efectuados por sujetos aparentemente normales.

Existen dos grupos :

El primer grupo corresponde a los agresores que utilizan el engaño, la persuasión o la presión psicológica, con el propósito de conseguir su objetivo.

El segundo grupo puede a su vez subdividirse en dos :

El subgrupo de los pedófilos, que son sujetos que se sienten orientados sexualmente hacia los niños. Entre sus actividades están la de desnudarlos : observarlos, acariciarlos, y tocarlos suavemente o bien exhibirse y masturbarse. Otros utilizan la relación o el cunnilingus y también la penetración en la vagina, ano o boca con los dedos, el pene u objetos, y usar grados de violencia distintos.

El subgrupo es el formado por individuos que mantienen actividad sexual normal con otros adultos pero que, en determinadas circunstancias, abusan sexualmente de menores. Entre estas situaciones figuran el descenso de capacidad de juicio y control de impulsos, los desacuerdos matrimoniales, la soledad o el alcoholismo. (7)

En este subgrupo hay que buscar la explicación de esta conducta en el disfrute de usar el poder sobre un menor, en la angustia ante las relaciones con otros adultos y en la personalidad sádica, que sólo obtiene satisfacción sexual causando sufrimiento a un menor.

### **EFFECTOS DE ABUSOS SEXUALES.**

El impacto a corto y largo plazo del abuso sexual sobre el ajuste psicológico del menor varía mucho, y depende , entre otras cosas, de las circunstancias que lo rodean." La historia de los llamados "traumas sexuales" en la infancia puede conducir a sentir aversión sexual, trastornos fóbicos, disfunción sexual o pedofilia.". (7)

Los factores que a corto plazo causan más daño a los niños son el abuso frecuente, la penetración o la participación en algún tipo de pornografía infantil y sobre todo cuando lo anterior se acompaña de violencia física.

A largo plazo se identifican tres tipos de efectos adversos : cuadros psicopatológicos (ansiedad y depresión con baja autoestima), problemas de ajuste sexual adulto (disfunciones sexuales, prostitución y pedofilia) , y por último, conflictos interpersonales ( trastornos de pareja, de relación con los padres o parientes y aislamiento social). (7)

### **HOSTIGAMIENTO SEXUAL.**

Este es otro de los problemas que se dan con mucha frecuencia en esta sociedad, atañe primordialmente a la mujer, que es quien más lo padece. Hasta 1979 se encontró que el término de hostigamiento sexual, se abordó hasta 1976, se utilizó para englobar una serie de hechos que se presentaban en el ámbito laboral, y que eran impronunciables ; lo que los hacía que se consideraran inexistentes.

En México, son pocos los intentos que se han hecho por investigar y analizar el acoso sexual (García 1985, Bedolla y García, 1985; Valle, 1984). En su estudio realizado en 1985, de una muestra de 320 sujetos encontraron que los hombres reportan más acoso sexual que las mujeres, sin embargo, la mayoría de los integrantes de la muestra reportaron no haber enfrentado el hecho por lo que esa diferencia se considera poco relevante.

Por otra parte se ha considerado que el hostigamiento sexual es un nuevo hecho social, se ha visto que este problema no es nuevo para las mujeres que lo padecen, sino lo que sucede es que es considerado un tema tabú para las mujeres que lo reciben y como un hecho aceptable para los hombres que lo comenten. También se ha notado que las mujeres han guardado silencio por las posibles repercusiones en su trabajo.

**Una definición de hostigamiento sexual** es dada por Gruber y Bjorn en 1982 :

“ Es cualquier propuesta sexual física o verbal que es repetida y no deseada, así como expresiones de desprecio o alusiones discriminatorias sexualmente hablando, en el lugar de trabajo, las cuales resultan ofensivas y objetables para quién las recibe, causándole incomodidad y humillación, además de interferir con la ejecución de su trabajo.” (7)

Por otra parte Mackinnon lo describe como una imposición no deseada de requerimientos sexuales en el contexto de una relación desigual de poder ; este último derivado de la posibilidad de dar beneficios e imponer privaciones, además de la carencia de reciprocidad en quien recibe estos acercamientos sexuales.

Finalmente hay quien señala que el hostigamiento sexual está dado por las acciones físicas o verbales , acompañadas de una forma de coerción (amenaza o agresión física) y no son recíprocas (Reilly, et al, 1982).

## **PRÁCTICA DEL HOSTIGAMIENTO SEXUAL EN LOS ESCENARIOS DEL TRABAJO.**

El acoso sexual no es igual para ambos sexos (Mackinnon (1979), reporta que de cada diez mujeres siete reportan hostigamiento sexual. Así tenemos que el hostigamiento ocurre a las mujeres entre los 20 y 30 años de edad y principalmente solteras o divorciadas, la raza es importante en algunos países del mundo, por ejemplo en los Estados Unidos, las mujeres negras son más asediadas que las de otras razas, otro aspecto es la situación laboral, debido a que se observa más en mujeres que poseen menos jerarquía, tanto dentro de la organización como por el tipo de trabajo que desempeñan, esto se ve también en mujeres que están haciendo méritos en el trabajo o que quieren ser contratadas.



Por lo que respecta a los hostigadores, 75% eran hombres , quienes recibían el acoso eran mayores 45%,. Así mismo, se pudo observar que la mayor parte de las mujeres que experimentaron estos incidentes, los recibieron de hombres casados, mientras que las personas del sexo masculino fueron hostigados por solteras.

Ver cuadro.3

### CUADRO 3

TIPOS DE COMPORTAMIENTO QUE IMPLICAN HOSTIGAMIENTO :	
- Asalto sexual.	- Bromas sexuales.
- Propositiones sexuales	- Tocamientos.
- Pellizcos	- Cierta tipo de miradas.
- Abrazos	- Etc.

Tomado de : Heise, Lori " Violencia Contra la Mujer : La carga oculta de la salud", Programa Mujer y Desarrollo, OPS , Washington D.C, Nov. 1994.

Los efectos que sienten las mujeres que son hostigadas van desde la humillación, degradación y vergüenza, así como turbación, devaluación y molestia.

De alguna manera se ha llegado a creer que la persecución que sufren es causada por ellas mismas, presentándose secundariamente sentimientos de culpa, que las orilla a pensar que este problema es personal o particular de ellas mismas.

Aún y con este sentimiento de culpa algunas mujeres llegan a comentar y hasta a quejarse directamente con las personas que las hostigan, sin el sentimiento de temor que esto implica, puesto que se quejen o no puede ser que sean ignoradas o no creídas, temiendo que las tomen también como instigadoras del problema o las hagan sentir que se trata de un problema trivial por el que no deben preocuparse. Esta trivialización dl problema ha sido la mejor forma de hacerlo invisible, las bromas, el humorismo al respecto son un ejemplo de ello.

Además como ya hemos mencionado, en términos generales, el comportamiento sexual, es considerado como un aspecto sensible y privado, especialmente por las mujeres, a quienes se les ha enseñado a esconderlo y reprimirlo, por ende al enfrentarse al hostigamiento, deben ocultarlo y sentirse avergonzadas y por lo tanto no contarlo a nadie o con muchas dificultades.

Ver cuadro 4

#### CUADRO 4

FORMAS EN QUE  
ENFRENTAN EL  
HOSTIGAMIENTO  
SEXUAL LAS  
MUJERES

- ASERTIVAMENTE  
-AGRESIVAMENTE  
-PERSUADIENDO AL AGRESOR  
-IGNORANDO AL AGRESOR  
-HACIENDO CREER QUE ES UN  
HALAGO  
-MOSTRANDO DESACUERDO.

Tomado de : Heise, Lori " Violencia Contra la Mujer : La carga oculta de la salud",  
Programa Mujer y Desarrollo, OPS , Washington D.C, Nov. 1994.

Como se menciona en el cuadro anterior, muchas mujeres enfrentan al hostigamiento de manera directa, asertiva, respondiendo agresivamente o simplemente, intentan convencer al perseguidor que deje de hacerlo, pero las formas más comunes de intentarlo es por medio de métodos indirectos, ya sea ignorándolo o comportándose como si se sintieran halagadas, para que el hostigador se sienta satisfecho y deje de perseguirlas, de cualquier forma en que se enfrente, se pueden obtener efectos positivos y negativos al ser consideradas como provocaciones y hacer más persistente el hostigamiento. (7)

#### LA VIOLACION SEXUAL.

Bajo el tema de "víctimas sexuales" se atienden a todos aquellos casos en que a persona es victimizada en relación a todo tipo de acción sexual. (8)

Ante una violación es difícil que una mujer pueda ofrecer realmente una resistencia física apropiada que le permita controlar al agresor el tiempo suficiente para escapar. Hay quienes acceden a los deseos del violador para evitar sufrir daños físicos.

Se puede definir la violación como una fuerza ejercida sobre una persona para obligarla a hacer algo que no quiere.

Un concepto amplio de violación es el que expresa que es " un acto de violencia física o psíquica que corta la libertad del otro, obligándole a realizar conductas sexuales que no desea". (8)

Un problema que se encuentra para el desarrollo de este tema, unido a la distorsión de la información , es la carencia de ésta. Además de las dificultades en el saber que fue lo que realmente sucedió y como pasó, ya que están inmiscuidos aspectos sociales, culturales, morales y psicológicos.

Al ser la violación sexual la más humillante de las agresiones, es considerada como una de las formas de victimización más graves, que deja mayor número de secuelas en la víctima y que reporta un elevado índice de casos.

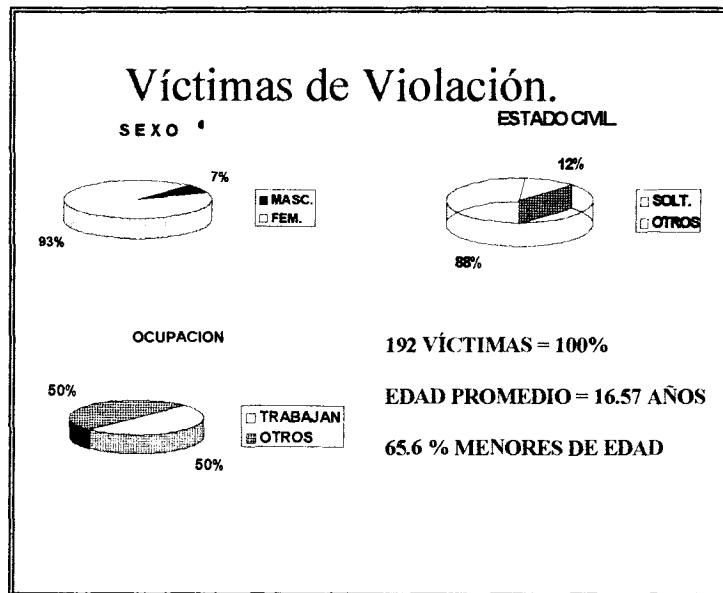
En la mayoría de los delitos, no es necesaria la presencia de la víctima para la realización de los hechos, en otros sí pero pueden efectuarse a una distancia física considerable, en la violación es indispensable el contacto corporal estrecho entre la víctima y el victimario. **(8)**

Por lo anterior, el acercamiento a la víctima es fundamental y de ahí, que el violador, más frecuentemente de lo que se cree, es un conocido cercano de la víctima, cuando no un amigo o pariente.

En un estudio realizado en el centro de apoyo a mujeres violadas, se encontró que se identificó al agresor en un 39%, de los cuales el 50 % eran personas conocidas y 33% resultaron familiares. En suma el violador es familiar en una de cada cuatro violaciones, y cuando es pariente, se trata del propio padre en uno de cada cinco casos.

Fuente :

En este mismo estudio, resultó que en solo 32 %, la víctima no conocía al violador.



Tomado de : Sistema Nacional para el desarrollo Integral de la Familia (DIF), "Violencia Sexual", Volumen I Rojo, Serie Desarrollo Integral del Adolescente, México ; D.F.

No es posible definir un perfil de las víctimas de la violación, prácticamente se considera que toda mujer es víctima en potencia, sin embargo la edad cuenta, en una investigación realizada en 1988, de 192 víctimas de violación, se encontró que :

93 % fueron del sexo femenino, edad promedio 16.57 años, de éstas el 88.5% eran solteras, la mitad trabajaban, siendo estudiante la ocupación más común, y finalmente resultó que el 65.6% se encontró que fueron menores de edad.

## CAUSAS DE VIOLACION.

Generalmente en este t3pico, se recurre a justificaciones de tipo psicopatol3gico, se considera al agresor como una persona pervertida, aquejada de alg3n tipo de enfermedad mental o sometida a un impulso irrefrenable.

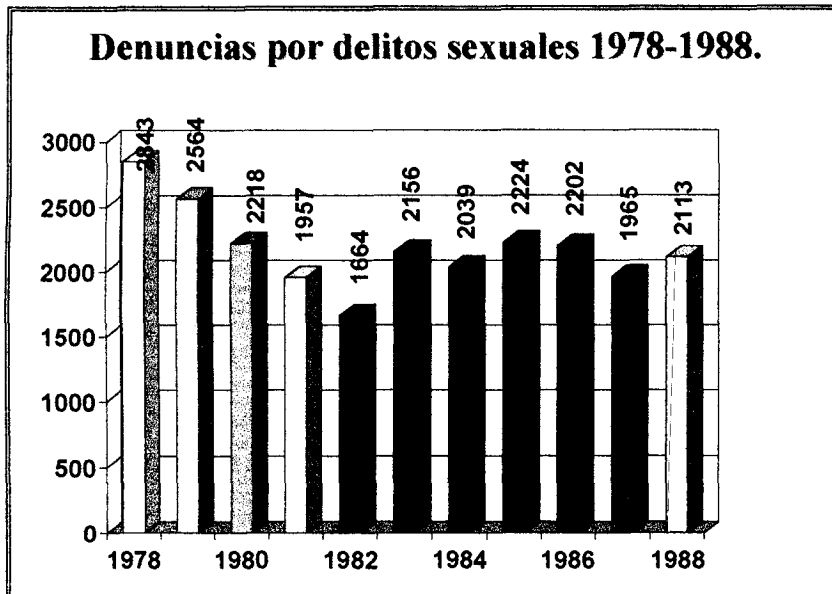
Pero en estas explicaciones se olvida a la mayor parte de las violaciones que se comenten, as3 como a la predisposici3n que parece haber en nuestra sociedad para cometerlas. (8)

EN la mayor3a de los casos, el violador no tiene un patr3n de conducta que lo delate, incluso muchos est3n casados y llevan una vida sexual regular, por lo general el violador conoce a su v3ctima y planea la violaci3n, no est3 como la mitolog3a quiere hacer creer "dominado por una pasi3n sexual incontrolable". En algunos estudios se refleja que del 60 al 70% de las violaciones son premeditadas y que en las pruebas psicol3gicas, los violadores solo tienden a expresar m3s violencia y rabia que el resto de los hombres promedio, pero sus personalidades sexuales no parecen ser diferentes de las de los hombres comunes. Si esto es cierto, para una mujer es dif3cil identificar a un violador potencial.

Si existe una relaci3n no sorprendente entre el alcoholismo y los violadores, en un estudio realizado a violadores convictos, el 35% eran alcoh3licos y un 50% de ellos hab3a estado bebiendo antes de la violaci3n.

Algunos violadores necesitan sentirse poderosos, otros probar su masculinidad ante s3 mismos o ante otros hombres : algunos necesitan "violar" la "propiedad" de otro hombre ; algunos necesitan la violencia f3sica para conseguir satisfacci3n sexual ; algunos sienten que tienen que darle su merecido a su novia, amigas o conocidas. **Ninguna de estas razones pueden justificar la violaci3n.** Esperemos que llegue el d3a en que nuestra sociedad produzca menos hombres con necesidades tan distorsionadas. (8)

## LA VIOLACION EN CIFRAS.



Como se puede observar en el período de 1978 a 1988, las denuncias sexuales se comportaron con una tasa variante, sin embargo parece baja, debido a que según las investigaciones victimológicas, que demuestran que dejando de lado a las víctimas simuladoras y las falsas, encontramos que solo en un 30% de los casos se pueden

dictaminar lesiones, y no llegan al 25% los casos en que se usaron armas. En suma además del subregistro por las dificultades que arroja la denuncia de un delito sexual, están las dificultades para demostrar si en realidad se cometió una violación, abuso, estupro, etc., según sea el caso.

Tomado de : Sistema Nacional para el desarrollo Integral de la Familia (DIF), "Violencia Sexual", Volumen I Rojo, Serie Desarrollo Integral del Adolescente, México ; D.F.

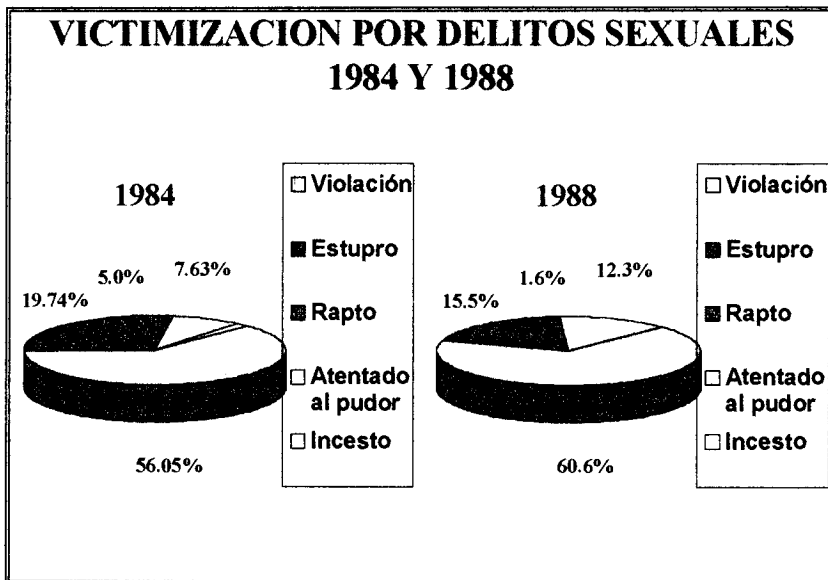
En algunos estudios realizados en la Procuraduría General del Distrito Federal, se han realizado dos estudios sobre víctimas de delitos sexuales : el primero durante el primer semestre de 1984, y el segundo en el primer semestre de 1988.

En el estudio de 1984, se entrevistaron 360 casos, en el de 1988 fueron 317, los resultados más notables fueron :

Delito	Año	Porcentaje	Año	Porcentaje
Violación	1984	56.05%	1988	60.6%
Estupro		19.74		15.5
Rapto		5.00		1.6
Atentado al pudor		7.63		12.3
Incesto		1.58		

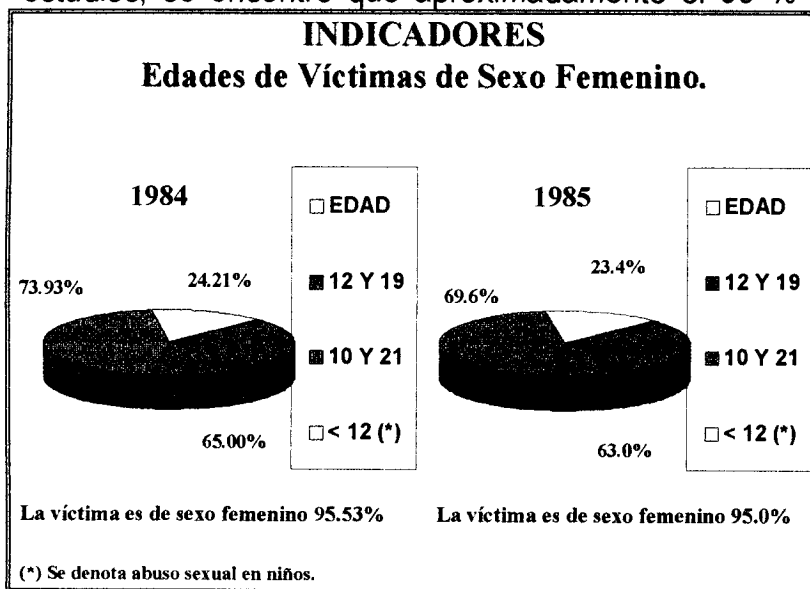
Esto significa que las denuncias por delitos sexuales no representan más del 1.5 del total de las denuncias presentadas en esta Institución, y se reparten en :

60% por violación, 15 % por estupro, 10 % por tentativa de violación y 10 % por atentados al pudor, correspondiendo otro 5 % a incesto, rapto y adulterio.



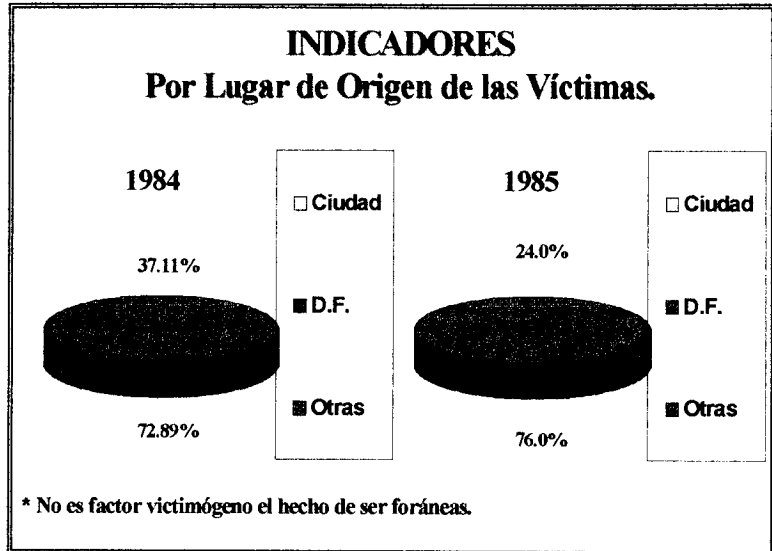
Tomado de : Sistema Nacional para el desarrollo Integral de la Familia (DIF), "Violencia Sexual", Volumen I Rojo, Serie Desarrollo Integral del Adolescente, México ; D.F.

En cuanto a los indicadores de salud se puede observar que en ambos estudios, se encontró que aproximadamente el 95 % de las víctimas fueron del sexo femenino y que la edad más común de las víctimas, se encuentra entre los 10 y los 21 años de edad. No hay que olvidar que cuando se trata de menores de doce años de edad, se está hablando de abuso sexual en menores, cifra que corresponde aproximadamente al 24 % del total de víctimas del sexo femenino.



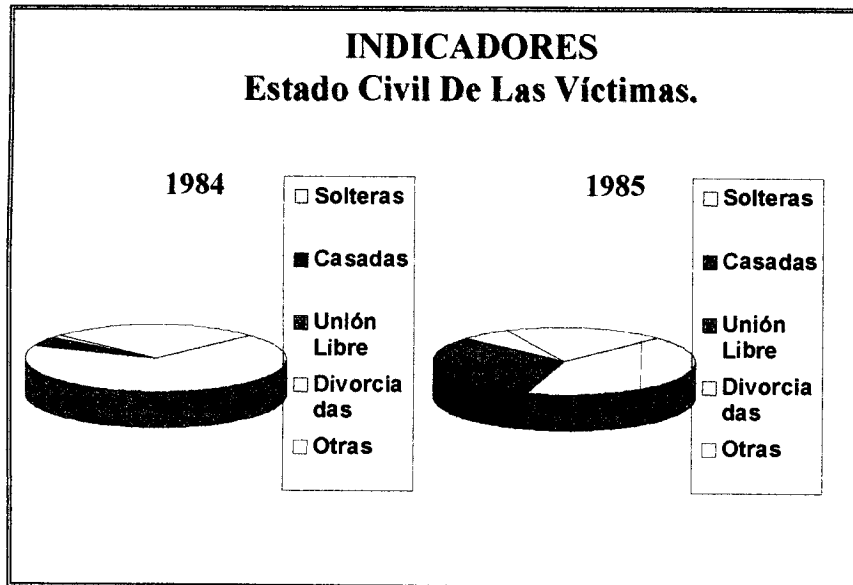
Tomado de : Sistema Nacional para el desarrollo Integral de la Familia (DIF), "Violencia Sexual", Volumen I Rojo, Serie Desarrollo Integral del Adolescente, México ; D.F.

Aunque para el lugar de origen de las víctimas, no es un factor victimógeno el ser foráneas, se puede observar aquí una clara ventaja de parte de las mujeres capitalinas, que puede ser debido al simple hecho de que es en esta ciudad donde se hacen las denuncias y que existe un número mucho mayor de capitalinas que de mujeres del interior de la República.



Tomado de : Sistema Nacional para el desarrollo Integral de la Familia (DIF), "Violencia Sexual", Volumen I Rojo, Serie Desarrollo Integral del Adolescente, México ; D.F.

En cuanto al estado civil de las víctimas, se nota una clara ventaja por parte de las solteras que en 1984 correspondió a 68.94% y esta cifra aumentó dramáticamente a 88.6% para 1985, manteniéndose más o menos estables en el resto de los rubros

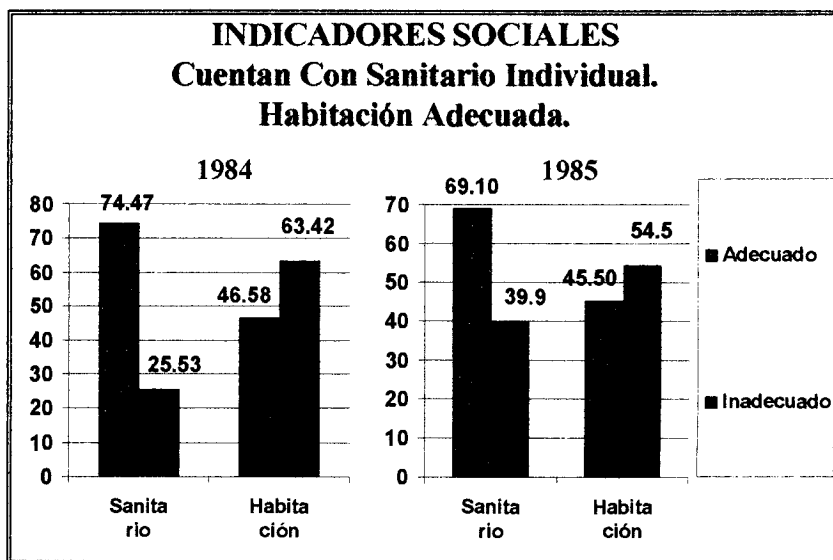


correspondiendo a 2.89 % y 3.5 % para las casadas en 1984 y 1985 respectivamente y 1.84 contra 3.0 % para la Unión Libre, 1.84 % contra 3.0% para las Divorciadas. Dentro de la categoría de otras, recaen las menores de doce años y las que están fuera de las otras clasificaciones

Tomado de : Sistema Nacional para el desarrollo Integral de la Familia (DIF), "Violencia Sexual", Volumen I Rojo, Serie Desarrollo Integral del Adolescente, México ; D.F.

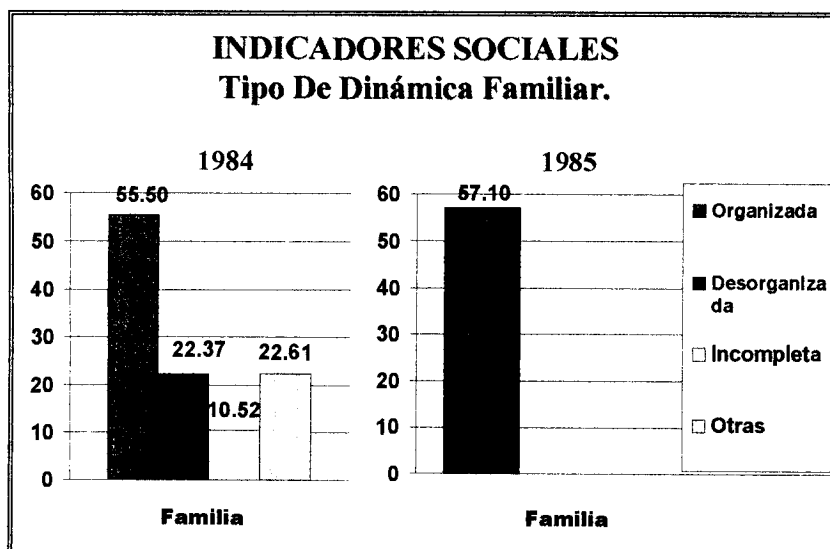
Dentro de los indicadores sociales, se investigó acerca del tipo de sanitario, considerando adecuado, aquel que es individual e inadecuado el que se comparte por más de una familia, como el que existe en algunas viviendas de esta ciudad, encontrando un elevado porcentaje de mujeres que fueron víctimas de algún delito de tipo sexual, con un sanitario adecuado, pero no así en lo que concierne a la vivienda, que fue considerada como adecuada si se trataba de aquella en la que no existía hacinamiento ni promiscuidad, donde el mayor porcentaje corresponde a una vivienda inadecuada.

Este dato orienta hacia la población más desgraciada en lo que a términos económicos se refiere, aunque se sabe que este es un problema que no conoce de clases sociales.



Tomado de : Sistema Nacional para el desarrollo Integral de la Familia (DIF), "Violencia Sexual", Volumen I Rojo, Serie Desarrollo Integral del Adolescente, México ; D.F.

La dinámica familiar se refiere a la relación de los miembros dentro de una familia, organizada es aquella conocida como núcleo, es decir ambos padres están y viven juntos en "armonía", la desorganizada es en la cual uno de los dos

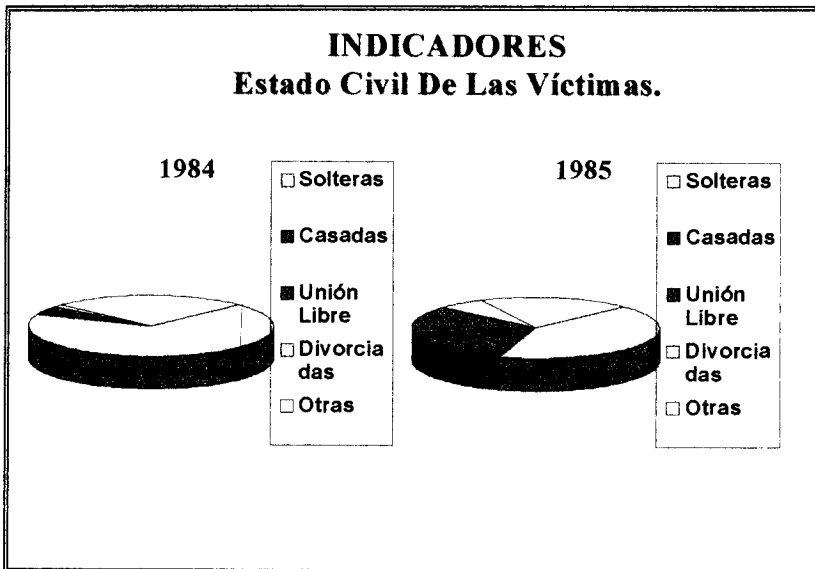


padres vive en otro hogar, pero ambos viven. La familia Incompleta es aquella en la que uno de los padres falta por fallecimiento, por último, dentro de la categoría "otras", tenemos a las familias desintegradas y las desintegradas.

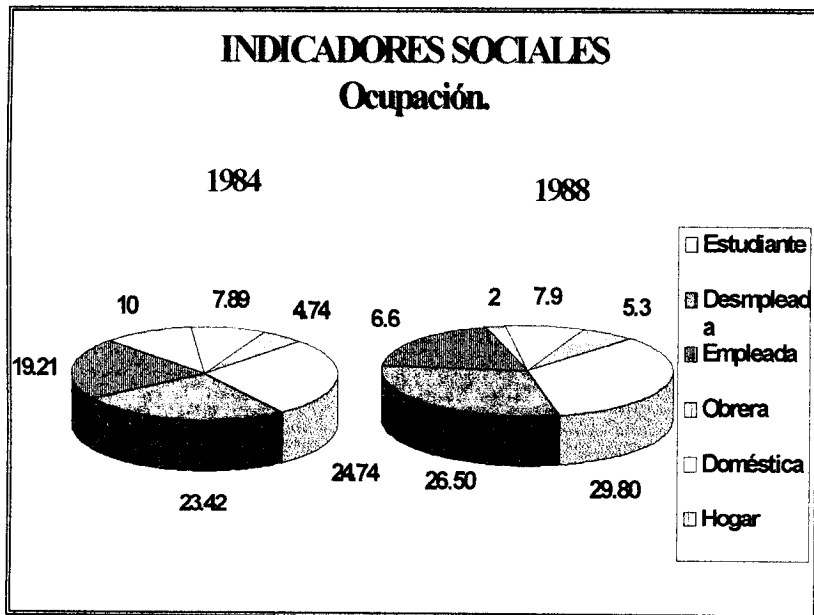


Otro de los indicadores estudiados fue el de la escolaridad, dentro del cual encontramos a la mayoría de las víctimas de violación

dentro de una escolaridad de primaria, esto se puede comprender si tomamos en cuenta que en el año cuando se realizó la encuesta, la educación básica abarcaba solo hasta la educación primaria, actualmente incluye también a la educación secundaria.



Tomado de : Sistema Nacional para el desarrollo Integral de la Familia (DIF), "Violencia Sexual", Volumen I Rojo, Serie Desarrollo Integral del Adolescente, México ; D.F.



Dentro del indicador que se refiere a la ocupación de las víctimas, encontramos que para ambos años, las estudiantes se veían más afectadas, seguidas de las desempleadas, continuando con las empleadas domésticas y no domésticas, al final las dedicadas al hogar y a ser obreras

En suma, la violencia de género - incluyendo a la violación, violencia doméstica,

mutilación, homicidio y abuso sexual - constituye un problema de salud a nivel mundial que nos involucra todos y particularmente la violencia contra la mujer, también representa un obstáculo para el desarrollo económico y social, la violencia de género priva a la sociedad de su plena participación.

Se afirma que cualquier estrategia para combatir la violencia debe atacar las raíces del problema además de tratar sus síntomas. Esto implica cuestionar y modificar las actitudes y creencias sociales que sustentan la violencia masculina y renegociar los significados de género y sexualidad, así como el equilibrio de poder entre los hombre y las mujeres, lo anterior a todos los niveles de la sociedad. (8)

### CUESTIONARIO.

#### MUESTRA DE EVALUACION DE PELIGRO (Campbell 1986).

Múltiples factores de riesgo han sido asociados con homicidios, tanto de agresores como de mujeres golpeadas, derivados de la investigación llevada a cabo después de ocurrir los crímenes. No podemos predecir lo que pasará en su caso, pero desearíamos que usted fuera consciente del peligro de violación e incluso homicidio en las situaciones de maltrato severo y que apreciara cuántos de los factores de riesgo se aplican a su situación. ( La palabra "él" en las preguntas, se refiere a su marido, compañero, exmarido, excompañero, o quienquiera que la esté lastimando físicamente). Por favor, haga un círculo alrededor de la respuesta correspondiente.

	SI	NO
1. ¿ Ha aumentado la frecuencia de violencia física durante el último año ?		
2. ¿' ha aumentado la severidad de la violencia física durante el año pasado y/o él ha usado un arma o amenazó con usarla ?		
3.¿ Alguna vez él ha tratado de ahorcarla ?		
4.¿ Hay algún arma de fuego en la casa ?		
5.¿ Alguna vez él la ha forzado a tener una relación sexual cuando usted no quería ?		
6.¿ El usa drogas (cocaína, crack, estimulantes u otras drogas compradas en la calle ?		
7.¿El amenaza con matarla y/o Ud. cree que él es capaz de matarla ?		
8.¿El está borracho todos o casi todos los días (en términos de cantidad de alcohol) ?.		
9.¿El controla la mayoría de sus actividades cotidianas ? Por ejemplo, le dice qué amigos puede ver, cuánto dinero gastar o puede llevar para hacer compras o cuándo puede usar el automóvil ?.		
10.¿ Alguna vez fue golpeada por él cuando estaba embarazada ?. Si nunca estuvo embarazada por él, marque aquí.		
11.¿El está celoso en forma violenta y constante ? Por ejemplo, ¿él le dice "si yo no puedo tenerte, nadie puede" ?		
12.¿ Alguna vez usted ha amenazado con suicidarse o lo ha intentado		
13.¿Alguna vez él ha amenazado con suicidarse o lo ha intentado ?		
14.¿El es violento con sus hijos ?		
15.¿El es violento fuera del hogar ?.		

Total de respuestas SI \_\_\_\_\_

Tomado de : Sistema Nacional para el desarrollo Integral de la Familia (DIF),  
" Violencia Sexual", Volumen I Rojo, Serie Desarrollo Integral del Adolescente,

Ahora le pedimos a usted su opinión acerca de algunas cosas que tienen que ver con el comportamiento de los hombres y las mujeres, marque usted la casilla que corresponda a TA = Totalmente de acuerdo, DA= de Acuerdo, I = Indiferente, D= Desacuerdo y TD= Totalmente en desacuerdo.

	T A	D A	I	D	T D
16.¿Es verdad que la mejor forma de arreglar los problemas es con violencia ?					
17.¿Es verdad que el hombre es el que debe mantener a la familia y ganar dinero para eso ?					
18.¿Es verdad que las mujeres que trabajan, hacen quedar mal a sus maridos ?					
19.¿Es verdad que el hombre debe ser dominante, duro, autoritario ?					
20.¿ Es verdad que la mujer debe obedecer a su hombre en todo momento ?					
21.¿ Es verdad que el poder económico y la toma de decisiones recae solo sobre el hombre dentro de la familia ?					
22.¿La mujer debe trabajar ?					
23.¿Es más probable que una mujer que trabaja, engañe a su marido ?					
24.¿Se puede platicar en pareja y buscar soluciones a los problemas juntos ?					

## **ROLES SEXUALES.**

En las últimas dos décadas se han suscitado transformaciones en cuanto al concepto de femineidad y masculinidad, y lo que socialmente le es permitido al hombre y a la mujer. **(9)**

Durante la adolescencia estos cambios confunden a los jóvenes, debido a que se trata de una época en donde se realizan transformaciones a todos los niveles del ser humano, durante la cual nos estamos definiendo y constatando nuestra identidad como hombre y mujer.

Tener un conocimiento más claro de lo que significa ser hombre y mujer y de la diferencia entre género, orientación y rol sexual, le permitirá al joven hacer su propia elección en forma más consciente.

A continuación, definiremos estos términos :

**Género.-** Los seres humanos pueden ser clasificados desde su nacimiento como hombres o mujeres, y mantienen esta condición a lo largo de toda su vida. **(9)**

**Orientación sexual.-** Hace referencia a la preferencia que tiene cada persona por un compañero sexual del mismo sexo o del opuesto. **(9)**

**Rol sexual.-** Este término tiene varios significados. Antropológicamente se refiere a como la posición (status) del individuo en la estructura social es determinada por el sexo ; sociológicamente se refiere a cómo las relaciones de la persona con los demás son determinadas por el sexo. Psicológicamente se refiere a como la personalidad y la conducta son determinadas por el sexo. **(9)**

Feldman (1982) define los roles sexuales como expectativas (normas) culturalmente definidas que describen un patrón de actitudes y conductas "apropiadas" (proscritas, deseables) e "inapropiadas" ( prohibidas o indeseables) para los hombres y las mujeres. **(10)**

Las diferencias sexuales son un hecho biológico que interactúa con factores culturales, los cuales finalmente determinan lo que se espera se un hombre o de una mujer. **(9)**

Existen ciertas funciones que están ligadas al sexo. Así por ejemplo, las mujeres producen ovocitos, pueden embarazarse, tener hijos y amamantarlos ; los hombres por su parte producen espermatozoides y no pueden parir. Estas diferencias biológicas se reflejan también en la cultura. Toda sociedad asigna a hombres y mujeres diferentes roles, los cuales son más o menos flexibles dependiendo de la cultura. **(10)**

El rol sexual se le enseña al individuo desde que nace. Una vez que se ha determinado el género al que pertenece, los padres, la familia y la sociedad en general, se encargan de transmitirle las conductas apropiadas para su género. A medida que el niño crece y se va identificando con el sexo biológico al que pertenece, se va haciendo más consciente de lo que se espera de él según las normas establecidas por su grupo. **(10)**

En la mayoría de los países latinoamericanos se considera que ser femenina significa ser cálida, afectuosa, tierna, temperamental, ilógica, quejosa, débil, sumisa, etc. ; mientras que al hombre se le exige ser fuerte, estable, lógico, competitivo, agresivo, independiente, autosuficiente, severo, arrogante, etc. **(10)**

Históricamente se ha visto que existe una división estereotipada de labores entre hombres y mujeres. Con base en esta división de funciones se han desarrollado expectativas diferentes con respecto al proceso de educación que se les da a niños y niñas, a mujeres y ahombres. A pesar de que podría pensarse que esta división laboral tiene una función económica, la práctica educativa y las expectativas diferenciales que se siguen desarrollando para cada sexo rebasan el aspecto económico. Aún en los países más desarrollados, se espera que el hombre esté orientado hacia el establecimiento y logro de metas, a ser independientes, a valerse por sí mismos; mientras que las mujeres se les enseña a que sean obedientes, tiernas, dulces y utilicen el afecto como base de su interrelación con otras personas.

Por otro lado en estudios realizados en México y Latioamérica, muestran una mejor salud mental y adaptación en individuos, tanto hombres como mujeres, que tienen un balance tanto de características "masculinas" como de "femeninas". Esto quiere decir que no solo es posible, sino saludable ser independiente y expresivo, firme de carácter y amable, emocional y seguro de sí mismo, afectuoso y competitivo, consciente de los sentimientos de los otros y al mismo tiempo afectivo en sus decisiones. No hay motivo alguno para tener que inclinarse hacia el lado de afecto en las mujeres y del no afecto en los hombres. Se puede equilibrar cada extremo y lograr una interrelación más sana. **(10)**

No obstante en los últimos años estas demandas culturales se han ido modificando y cada vez se acepta más que tanto el hombre como la mujer se comporten de manera tal, que hasta hace algunos años eran percibidos como exclusivos de uno u otro sexo.

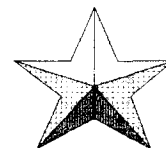
Estos cambios generan confusión en el adolescente, quien percibe en forma menos clara la distinción entre lo que se espera del hombre y de la mujer.

Es nuestro objetivo en esta sesión, el ayudar a los jóvenes a evaluar y analizar dichos cambios, clarificar sus sentimientos y hacer elecciones congruentes con sus propias expectativas y valores. **(10)**

### **SESION DE ROLES SEXUALES.**

#### **MATERIAL DE APOYO.**

Papel, pizarrón, gises, plumones, revistas, tijeras, resistol.



#### **Procedimiento.**

1. Comunicar a los adolescentes los objetivos a cumplir en esta unidad, anotándolos en el pizarrón.
2. Explicar la diferencia entre género, orientación sexual y rol sexual.
3. Realizar el ejercicio Identificando mi rol sexual.
4. Realizar el ejercicio Ventajas y Desventajas de los roles sexuales tradicionales.
5. Explicar la actividad en casa.

#### **Sugerencias.**

- Comentar el hecho de que la gente tiene diferentes ideas acerca de lo que el hombre y la mujer deben hacer.
- Señalar que estas ideas son transmitidas por las personas (padres, amigos, maestros, etc.) y otros medios que están a nuestro alrededor (cine, t.v., libros, etc.).
- Hacer notar que las personas actúan casi siempre de acuerdo a lo que los demás esperan de ellas, sin pensar en sí mismas.
- Señalar que es posible dar un lugar más importante a lo que piensa cada persona y hacer que otros lo entiendan y respeten.
- Enfatizar que lo importante para sentirse bien consigo mismo es actuar de acuerdo a lo que se cree, se piensa y se desea, sin pensar en complacer a otros.
- Es muy importante recalcar que cada persona tiene derecho a sus propias ideas y expectativas con relación al rol sexual, y que el propósito de los ejercicios no es modificar lo que los estudiantes piensan, sino ayudarlos a estar más conscientes de cómo el rol sexual interviene en sus decisiones, expectativas y relaciones con otras personas.

## **EJERCICIOS. IDENTIFICANDO MI ROL SEXUAL.**

### **Objetivo :**

Facilitar a los adolescentes la exploración y análisis de su propio concepto de rol sexual.

### **Duración :**

15 minutos.

### **Material :**

Tarjetas con recortes de revistas (láminas, posters), en las que se representen diferentes oficios.

### **Desarrollo.**

- Introduzca el ejercicio señalando lo que significa hablar de rol sexual y como muchas veces frases como "los niños no lloran", "la consciencia es solo para mujeres", etc., dan una idea falsa de lo que significa ser hombre o mujer.
- Exponga al grupo que a continuación les va a presentar una serie de láminas y que su tarea es identificar a que sexo corresponden y por qué.
- Promueva la discusión apoyándose en la sección de premisas y contenido.

### **Preguntas Guía :**

- ¿Qué ven en esta lámina ?
- ¿Quién creen que desempeña esta tarea con mayor frecuencia en nuestro medio ? ¿Por qué ?
- ¿Siempre ha sido así ?.
- ¿Para qué nos sirven que existan tareas diferentes para hombres y para mujeres ?
- ¿Estas diferencias son biológicas o culturales ?.
- ¿En que forma se nos enseña lo que podemos o no hacer ?
- ¿En qué forma esto que se nos enseña influye en las decisiones que tomamos y en lo que queremos para el futuro (expectativas) ?
- ¿Qué cosa les gustaría hacer, pero piensan que por ser hombres o mujeres no pueden hacerlo ? ¿ Por qué ?.
- ¿Cómo podemos solucionar esto ?.

## **VENTAJAS Y DESVENTAJAS DE LOS ROLES SEXUALES TRADICIONALES.**

### **Objetivo :**

Que los adolescentes analicen las ventajas y desventajas de los roles sexuales tradicionales.

### **Duración :**

15 Minutos

### **Material :**

Pizarrón y gises.

### **Desarrollo :**

- Dividir el pizarrón en cuatro partes con los siguientes encabezados :Ventajas del rol sexual femenino, desventajas del rol sexual femenino, Ventajas del rol sexual masculino, desventajas del rol sexual masculino.
- Pedir al grupo que diga ventajas y desventajas de cada rol sexual tradicional y anotarlas en el pizarrón.
- Analizar con el grupo las respuestas que dieron.

### **Preguntas guía :**

- ¿Qué rol sexual tradicional tiene más ventajas y cual más desventajas ?
- ¿Cómo se sienten los adolescentes de cada sexo con lo que se espera de su rol ? Por ejemplo: ¿Cómo afecta al hombre el que no se le permita culturalmente expresar sus emociones ; y como afecta a la mujer que se espera que sea sumisa, ilógica y tierna, por oposición asertiva, lógica y con iniciativa ?.

## **ACTIVIDAD EN CASA.**

### **Objetivo :**

Determinar si con el tiempo los roles sexuales han cambiado o por el contrario se han mantenido intactos.

### **Instrucciones :**

- Hablar con personas de diferentes edades, profesiones y sexos (abuelos, tíos, padres vecinos, sacerdotes, enfermeras, etc.), acerca de cómo se sienten ellos con el rol que desempeñan en su comunidad, cómo era hace años dicho rol, cómo perciben ellos que han cambiado a través de los años y que expectativas tienen para el futuro.



**Evaluación :**

- Al iniciar la próxima sesión analizar las respuestas traídas por cada participante y con base en ellas elaborar conclusiones acerca de qué tanto se han adaptado los roles sexuales a las diferentes épocas y cómo influye esto en el desarrollo de la sociedad y los individuos.

**CUESTIONARIO DE EVALUACION DE CONOCIMIENTOS, HABILIDADES Y ACTITUDES.**

1. ¿Los hombres no deben llorar ?
2. ¿Son más inteligentes los hombres que las mujeres ?
3. ¿Tanto hombres como mujeres pueden expresar abiertamente lo que piensan y sienten ?
4. ¿Los hombres son poco sensibles ?
5. ¿Las mujeres son sumisas ?
6. ¿Las mujeres son más emotivas que racionales ?
7. ¿Los hombres son más decididos ?
8. ¿Los hombres valen más que las mujeres ?

T	D	I	D	T
A	A			D

## BIBLIOGRAFIA CICLO VII.

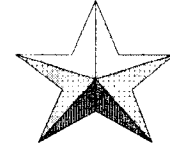
1. Sistema Nacional para el desarrollo Integral de la Familia (DIF), "Autoestima", Volumen I Rojo, Serie Desarrollo Integral del Adolescente, México ; D.F.
2. Sistema Nacional para el desarrollo Integral de la Familia (DIF), "Como Mejorar La Autoestima", Volumen I Rojo, Serie Desarrollo Integral del Adolescente, México ; D.F.
3. Susan Pick de Weiss y cols,"Planeando Tu Vida", Programa de educación sexual para adolescentes, Sexta edición, Editorial Planeta, México ; Diciembre 1993. P.p. 289-304.
4. Jane, Hurst, "Historia de las Ideas Sobre el Aborto en la Iglesia Católica", Católicas por el Derecho a Decidir, 2ª edición, 1992, Uruguay. Montevideo.
5. Marjorie Reyley, Maguire, Daniel C. Maguire, "Aborto, Una guía para tomar decisiones éticas", Católicas por el Derecho a decidir, 3ª edición, Uruguay 1994.
6. Wilfredo Guinea Ramos, S.J. Rafael Moya García "Agenda del Ama de casa 1998", Obra Nacional la Buena Prensa, México 1998. P.p 72.
7. Hese, Lori, Pitanguy Jacqueline, Germain, A. "Violencia Contra La Mujer, La carga oculta de la salud", OPS, programa mujer y desarrollo, Washington D.C, 1994. USA.
8. Sistema Nacional para el desarrollo Integral de la Familia (DIF), "Violencia Sexual", Volumen I Rojo, Serie Desarrollo Integral del Adolescente, México ; D.F.
9. Maraboto M, J.A. "Mujeres Profesionistas o Amas De Casa", Trabajo Presentado y Premiado entre los Diez Mejores., en el Concurso del TID, UAM Xochimilco, 1993.
10. Susan Pick de Weiss y cols,"Planeando Tu Vida", Programa de educación sexual para adolescentes, Sexta edición, Editorial Planeta, México ; Diciembre 1993. Sesión 10 P.p 207-225.

## CICLO OCHO. CULTURA DE LA SEXUALIDAD. IV.

Contenido Temático :

- Controlar y decidir tu vida.
- Expectativas Futuras.

### CONTROLAR Y DECIDIR TU VIDA.



#### Objetivos :

- Que al terminar la sesión los adolescentes entiendan el concepto de conformismo y las desventajas que tiene.
- Que los jóvenes acepten que cada persona tiene el derecho de tomar sus propias decisiones.
- Que los adolescentes comprendan que todos podemos aprender a tomar decisiones.
- Que los adolescentes entiendan las influencias externas en el proceso de toma de decisiones.
- Que los jóvenes practiquen los pasos del modelo racional de toma de decisiones.
- Que los jóvenes apliquen el modelo de toma de decisiones responsable para tener o no tener relaciones sexuales, usar o no anticonceptivos, usar o no tabaco, alcohol o droga.

#### Premisas y contenido.

Todos tenemos derecho de tomar nuestras propias decisiones. Hay varios factores que influyen en el proceso de tomar decisiones, los cuales se pueden agrupar de la manera siguiente :

1. Influencia de otras personas.
2. Información.
3. Experiencia propia: nivel educativo y socioeconómico, valores de cada persona, personalidad de cada individuo.

**Influencia de otras personas :** Cada uno de nosotros se ha desarrollado dentro de un contexto social interactuando con otras personas, entre las que se encuentran familiares, amigos y maestros. Muchas veces estas personas tratan de hacernos actuar de cierta manera y nosotros para quedar bien, o para que no dejen de querernos, o porque no sabemos que tenemos otras opciones, accedemos y actuamos de acuerdo a lo que se espera de nosotros. Esta forma de actuar es una forma conformista; es decir, conformamos a nuestro comportamiento en función a, o de acuerdo con, los deseos y expectativas de los demás, no tenemos iniciativa propia. Esto puede ser peligroso y rara vez lleva a una vida satisfactoria.

**Información :** Para tomar una decisión se deben adquirir conocimientos que permitan analizar los pros y contras de una decisión. Así por ejemplo, para decidir

si tomar o no droga, deberíamos saber qué ventajas y desventajas tendría probarla ; es decir , necesitamos información acerca de la droga. Se pueden obtener folletos en centros especializados o ir a la biblioteca pública a buscar libros que indiquen la composición de la droga sus efectos a corto y largo plazo y su costo, Esta información objetiva nos aportará bases para tomar una decisión.

**Experiencia propia :** Cada uno de nosotros ha obtenido a través del aprendizaje y desarrollo, experiencia propia. Algunas de estas experiencias nos ayudan a formar una actitud favorable o desfavorable hacia el asunto en cuestión ( por ejemplo : hacia consumir alcohol, una droga, hacia usar o no anticonceptivos).

Entre los factores más importantes de la experiencia propia destacan los siguientes : los valores de cada persona, el nivel de educación, de recursos socioeconómicos con los que cuenta y la personalidad de cada individuo. Los valores de cada persona, su nivel educativo y socioeconómico son parte de la experiencia que cada quien va adquiriendo. Los valores se van formando a través de esta experiencia y se van modificando al adquirir nuevas experiencias. El medio educativo y socioeconómico en el que se desarrolla cada persona se relaciona con una cultura, con una serie de costumbres y de expectativas. Es decir, son parte del medio en el cual se van a configurar, se van a interpretar y a formar las experiencias de cada quién.

En algunos estudios desarrollados en el campo de la psicología, han notado que el involucrarse en la toma de decisiones aumenta de manera importante los sentimientos de satisfacción personal y de compromiso con esas decisiones.

Existen varias formas de tomar decisiones. Algunas de ellas realmente no implican un involucramiento de los valores, personalidad y cultura de la persona y otras que sí lo implican.

<b>NO INVOLUCRAMIENTO</b>	<b>INVOLUCRAMIENTO</b>
Dejando que otros decidan	Evaluando las diferentes opciones antes de decidir
No decidiendo	Obteniendo información antes de decidir.
Por impulso	Evaluando las consecuencias de las decisiones.
Posponiendo	Balanceando las ventajas y desventajas de las diferentes opciones.
Dejando que la suerte o el destino decidan	Planeando lo deseado y actuando en consecuencia.

Tomar una decisión puede ser un proceso difícil si no se tiene la costumbre de hacerlo. Una vez que se empieza a seguir este proceso, que implica el involucrarse en lo que a uno le sucede, a tener control sobre su vida y a sentir satisfacción por ello, se va haciendo más fácil tomar decisiones.

A continuación se presenta una serie de pasos de un modelo racional de toma de decisiones que se recomienda se practiquen cada vez que haya que tomar una decisión :

1. Obtener información.
2. Analizar los valores propios.
3. Hacer una lista de ventajas y desventajas de las diferentes alternativas.
4. Calcular que tanta probabilidad hay de éxito con cada una de las alternativas.
5. Analizar las consecuencias a corto, mediano y largo plazo de la decisión.
6. Tomar la decisión.
7. Evaluar los resultados de la decisión.

**CUESTIONARIO PARA EVALUACION DE CONOCIMIENTOS, HABILIADES Y ACTITUDES.**

1. ¿ Es verdad que solo los adultos deben tomar decisiones ?
2. ¿ Es verdad que cuando otros controlan lo que nos pasa nos va mejor ?
3. ¿ Es verdad que es mejor tomar una decisión impulsivamente, sin pensarlo mucho ?
4. ¿ Es verdad que no vale la pena tomar decisiones ya que las cosas dependen de la suerte o del destino ?
5. ¿ Es verdad que si no se cede a las presiones del grupo no se es popular ?
6. ¿ Es verdad que es mejor decidir hacer lo que causa placer que lo que es obligatorio ?
7. ¿ Es verdad que si nos da miedo tomar una decisión es mejor no tomarla ?

T	D	I	D	T
A	A			D

## **EXPECTATIVAS FUTURAS.**

### **Objetivos**



- Que a los adolescentes les queden claros los conceptos fundamentales que se han enseñado durante el curso.
- Que los jóvenes integren los conocimientos adquiridos sobre anatomía y funcionamiento sexual humano con los aspectos y procesos psicosociales característicos de la adolescencia.
- Que los jóvenes formulen un plan de vida considerando los conceptos, funciones y procesos revisados durante el curso.
- Aplicar la evaluación final del curso.

## **PREMISAS Y CONTENIDO.**

Los estudios realizados sobre uso de alcohol, tabaco, drogas y sobre sexo y anticoncepción en la adolescencia, han demostrado una relación entre las aspiraciones y metas que el adolescente tiene para su futuro, con su conducta en estas áreas. Aquellos con expectativas más altas, tienen relaciones sexuales más tardías, tienen una mayor probabilidad de utilizar anticonceptivos y una menor probabilidad de hacer uso de sustancias psicoactivas. Asimismo, se ha encontrado que el embarazo en la adolescencia está relacionado con un bajo nivel de aspiraciones.

Un curso, obviamente, no puede resolver por sí solo toda la problemática sexual, de uso de drogas y de planeación de vida, pero aún con su limitada acción, este curso por así llamarlo, puede contribuir a que los jóvenes que de verdad se interesen en él, ubiquen de forma más concisa sus posibilidades de vida dentro de la realidad, para que su conducta sexual y reproductiva, lejos de ser un obstáculo más, se dé oportunamente dentro de un panorama más claro del futuro.

Como parte de este curso se han dado algunos elementos relacionados con la toma de decisiones, la asertividad, la autoestima, entre otros, dichos elementos, si son entendidos e integrados en la estructura psicosocial y afectiva del adolescente, pueden contribuir a que éste llegue a precisar su nivel de aspiraciones y poder cumplir con ellas.

El adolescente con un alto grado de autoestima, que tiene clara una jerarquía de valores en la cual incluye altas aspiraciones para sí mismo y que está en posición de decir qué quiere y qué necesita para llevarlas a cabo, tendrá

mayor posibilidades de no utilizar sustancias psicoactivas , que dañen su estado de salud, de postergar su debut sexual y de entender la necesidad de madurar y fortalecerse a si mismo, antes de involucrarse e la responsabilidad que implica una relación de pareja y un hijo.

Llegar al final de la vida satisfechos de haberla vivido y orgullosos de nuestras acciones, es una de las metas principales del ser humano, en tal medida que la vida misma se va en este esfuerzo. Una de las formas en que se puede lograr la satisfacción de vivir es planeando nuestra vida. Mientras más temprana sea la planeación, mayores posibilidades se tendrán de alcanzar los objetivos que se deseen.

Para planear la vida, hay que considerar diversos factores muy importantes. Por principio de cuentas hay que señalarse metas claras, objetivas y específicas. Existen tantas clases de metas como áreas de desarrollo de nuestras vidas, por ejemplo entre las áreas más comunes en la adolescencia está el estudio, el deporte, el trabajo, las relaciones sociales y familiares. En la medida en que el adolescente vaya alcanzando nuevas metas, cumpliendo las expectativas que posee dentro de cada área, enriquecerá su vida con experiencias nuevas.

Al proyectar sus metas y objetivos de vida, el adolescente debe especificar las conductas, condiciones y tiempos en que se realizarán las actividades asociadas con las metas que se propuso, para ello es conveniente que las metas propuestas sean tanto generales como específicas, programadas en plazos inmediatos, intermedios y largos. Mientras más claras y desglosadas sean las metas, mayor posibilidad tendrá el adolescente de cubrirlas.

El tiempo es otro factor determinante en el cumplimiento de metas, por ello la utilización inteligente del tiempo es menester en la vida, para garantizar la realización de metas futuras.

La energía y el tiempo libre del adolescente pueden canalizarse además de para l estudio, hacia otras actividades constructivas, como la convivencia social, cultural y recreativa.

Hacer de cada evento una ocasión para aprender y afianzar el conocimiento de sí mismo, es una forma de disciplina, que si se desarrolla desde la adolescencia hace más fácil el logro de triunfos y el gozo de la vida en la edad adulta. Por ejemplo, antes de inscribirse a la escuela, o conseguir un trabajo (meta a largo plazo) el adolescente puede proponerse aprender a escribir rápido y bien a máquina, o aprender a manejar una computadora (meta a mediano plazo), manteniendo además un promedio decoroso (meta a corto plazo).

Por último otro componente para planear la vida es la motivación para triunfar que posea y mantenga el adolescente. Tanto hombres como mujeres tienen la oportunidad de triunfar en la vida. Para triunfar hay que querer hacerlo, no tener miedo del triunfo y ser perseverantes en las actividades que nos conducen a alcanzar nuevas metas que nos proponemos.

Muchas veces en la adolescencia y aún en la edad adulta, el temor a fracasar o a hacer el ridículo, es más fuerte que la motivación para alcanzar el triunfo y es entonces cuando se evitan riesgos constructivos y se pospone la realización de actividades. Esto es, el mismo individuo, adolescente o adulto se bloquea la posibilidad de triunfo.

Cuando una persona se siente segura de si misma, con control sobre las cosas que le suceden, con un nivel de autoestima alto y con clara consciencia de los valores personales que posee, su motivación de logro y de triunfo será alta. Es decir, tenderá a hacer las cosas invirtiendo su mayor esfuerzo, tratando de hacerlo tan rápidamente y tan bien como le sea posible.

El adolescente sabrá que realmente está planeando su vida, cuando de manera asertiva, establezca y desarrolle una comunicación con quienes le rodean, actúe con base en valores que haya hecho suyos, fortalezca su autoestima, tomando decisiones racionales sobre las metas que a corto, mediano y largo plazo haya decidido, de manera consciente, que dirigirán su vida.

### **MATERIAL DE APOYO.**

Diplomas, pizarrón, gises, hojas en blanco y lápices.

Ejercicios :

La ruta de mi vida.  
Hasta luego.

Ejercicios opcionales :

Ruta crítica de la semana.

Sección de apoyo instruccional.

Cuestionario para la evaluación final.

El buzón.

### **Procedimiento :**

1. Hacer un resumen de los temas revisados durante las sesiones, integrando los conceptos sobre toma de decisiones, valores, autoestima, comunicación y asertividad. Se evidenciará la importancia de tener expectativas futuras



elevadas desde la adolescencia para dar mayor significado a la vida adulta ; puede apoyarse en la sesión de premisas y contenido.

2. Realizar el ejercicio ña ruta de mi vida.
3. Aplicar el instrumento d evaluación final.
4. Realizar el ejercicio hasta luego.

## **LA RUTA DE MI VIDA.**

### **Objetivo :**

Aplicar los conocimientos adquiridos durante el curso en la programación de actividades y metas al futuro a corto y largo plazo.

### **Duración :**

40 minutos.

### **Material :**

Hojas de papel blancas y lápices. Sección de apoyo instruccional.

### **Desarrollo :**

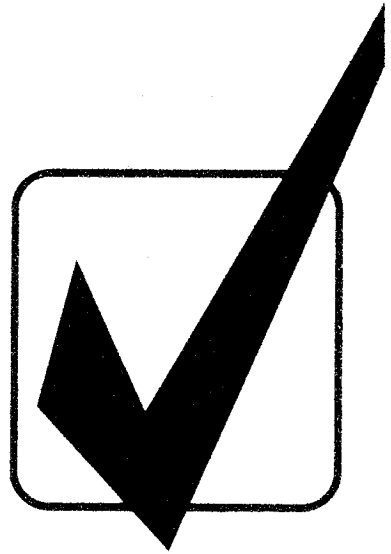
- Distribuir entre los adolescentes hojas de papel en blanco y lápices.
- Indicar a los adolescentes que la actividad a realizar consiste en hacer una ruta crítica en relación con metas que deseen alcanzar en sus vidas (una a corto y otra a largo plazo).
- Escribir los pasos a seguir en la elaboración de una ruta crítica (ver apoyo instruccional).
- Ejemplificar la elaboración de una ruta crítica presentando en el pizarrón el ejemplo de la sección de apoyo instruccional y siguiendo los siete pasos que en ella se plantean.
- Hacer énfasis en la importancia de establecer metas concretas y alcanzables. Subrayar la relevancia del manejo del tiempo al especificar las actividades simultáneas y secuenciales.
- Una vez concluida la explicación para la elaboración de una ruta crítica, aclarar las dudas existentes e indicar a los adolescentes que ahora ellos deberán hacer una ruta crítica, siguiendo los lineamientos expuestos, en relación con una meta que ellos consideren importante para su vida futura. Conceder 15 minutos para la realización de esta actividad.
- Solicitar a algún voluntario que compartan con el grupo la ruta crítica que hayan realizado.
- Comentar las dificultades que tuvieron para la realización de la ruta crítica y discutir las siguientes preguntas :¿Qué pasos de la ruta crítica fueron más difíciles de planear ? ¿Cómo creen ellos que se pueden salvar los obstáculos o dificultades encontradas en la planeación de la ruta crítica ? ¿Es útil hacer una ruta crítica de la vida ? ¿porque sí o porqué no ? ¿Consideran los adolescentes que los conceptos y enseñanzas obtenidos durante el curso les ayudaron en la realización de su ruta crítica ? ¿porque sí o porqué no ?.

- Cerrar la actividad comentando la importancia que cada tema revisado durante el curso, aporta en la planeación de la vida durante la adolescencia. Recordar a los jóvenes que el tiempo no regresa ni se detiene, y que el futuro es el reflejo de lo que hoy se planea.

#### BIBLIOGRAFIA CICLO VIII.

1. Susan Pick de Weiss y Colaboradores "Planeando Tu Vida, Programa de educación sexual para adolescentes",. Sexta edición, Colección Manuales Planeta, México 1993.p.p. 207 Roles Sexuales.
2. Susan Pick de Weiss y Colaboradores "Planeando Tu Vida, Programa de educación sexual para adolescentes",. Sexta edición, Colección Manuales Planeta, México 1993.p.p. 305. Controlar y Decidir Tu vida.
3. Susan Pick de Weiss y Colaboradores "Planeando Tu Vida, Programa de educación sexual para adolescentes",. Sexta edición, Colección Manuales Planeta, México 1993.p.p. Expectativas Futuras.

# UNIVERSITY TECHNICAL FRANCHISE



## INFORME TECNICO FINAL.

### INTRODUCCION.

Al inicio de este trabajo el planteamiento del problema de investigación fue el siguiente:

¿Cuál es la viabilidad operativa de implantar un modelo de educación sexual que se multiplique a través de la formación de promotores adolescentes (en un grupo de alumnos de segundo grado de la escuela secundaria técnica no.46 "Ingeniero Estanislao Ramírez Ruiz", en la Jurisdicción Sanitaria Tláhuac durante el periodo de agosto de 1997 a julio de 1998)?

Ante una panorámica social, cultural y económica, en la que los adolescentes de las clases populares de la Ciudad de México encuentran una gran problemática para desarrollarse como seres humanos íntegros, nos propusimos, dentro de nuestras capacidades, contribuir a disminuir el grado de dificultad que enfrentan en el campo de la sexualidad.

De nuestra inquietud surgió el diseño de un proyecto con las características de formar jóvenes que puedan transmitir información y construir conocimientos para adoptar responsablemente el ejercicio de la sexualidad.

Pretendimos implantar un modelo de educación sexual que se multiplicara a través de la formación de promotores adolescentes en un grupo de alumnos de secundaria, desarrollando en ellos la capacidad de formar a otros promotores adolescentes. Por medio del diseño adecuado de materiales y sesiones de dinámicas de grupo en las que en un ambiente de libertad, privacidad, compañerismo y respeto se dieran las condiciones para que surgiera la transmisión de conocimientos, el desarrollo de habilidades y el cambio de actitudes que orienten al ejercicio de su sexualidad.

El elemento central de este trabajo pretendía la participación consciente de los adolescentes; para que esta fructificara adecuadamente a partir de la observación de cada grupo específico, se diseñaron formas de consulta y detección de sus requerimientos en educación sexual, ya conociendo las necesidades al respecto se diseñaron contenido, materiales, y técnicas de las sesiones; simultáneamente al desarrollo de éste proceso se crearon y aplicaron instrumentos de captación de datos que dieron cuenta de la trayectoria del proyecto en su conjunto. Entre estos instrumentos encontramos entrevistas, cuestionarios, evaluaciones, etc.

La trascendencia de nuestra propuesta radica en el supuesto de que al verter información que además de ser veraz y que cumpla con los requisitos de actualización técnica y científica, tenga las cualidades de ser aplicable, suficiente, comprensible y transmisible para los adolescentes, éstos contarán con una base

para poder tomar una decisión, ya sea esta la de abstenerse o la de ejercer su derecho a la sexualidad de manera sana y responsable.

## **ANTECEDENTES.**

Por los datos que arrojan la demografía, sociología y estadística, sabemos que desde hace más de diez años, el crecimiento de la población de nuestro país es de los más altos del mundo, así como las consecuencias que trae en lo económico, que hacen difícil el mejoramiento de los niveles de vida. Las fuentes de trabajo son limitadas, el acceso a los servicios de salud es cada vez más difícil, la desnutrición permanente desde la infancia, condiciona en forma negativa la capacidad humana y las viviendas inadecuadas favorecen una promiscuidad y aglomeración no deseables. (1)

Por otro lado las problemáticas individuales de embarazos en personas muy jóvenes se están dando enmarcadas por la gran crisis de valores familiares, sociales, religiosos y culturales, que existen en todo el mundo, junto con la época de recesión y gran colapso económico.

Este problema del embarazo en jóvenes, a su vez incrementa y hace más profunda la desintegración familiar, rompiendo los esquemas donde la familia juega el papel de eje central de la sociedad, sin sustituirla, causa que los jóvenes busquen el apoyo que no encontraron en la familia en otras formas gregarias, como grupo, las pandillas, bandas, etc.

Aunado a todo esto es importante tratar el tema de introducción al ejercicio de la practicas sexuales, debido a que por lo general la información obtenida por los jóvenes les llega de otros jóvenes o de personas mal informadas, de manera incorrecta, con distorsiones, mitos y deformaciones de la realidad; por otro lado, la gran mayoría de las veces dicha información le llega al adolescente después de que este ya ha tenido experiencia al respecto, con el peligro de los embarazos no deseados y las enfermedades de transmisión sexual, entre ellas la actual pandemia que es el SIDA. Además que por desinformación puede perder la valiosa oportunidad de abstenerse de forma consciente y responsable cuando así lo decida.

## **DISEÑO.**

Nuestro trabajo fue prospectivo, longitudinal, descriptivo y observacional. Contó con características propias de la investigación - acción, en la cual se requiere la participación consciente y organizada de los miembros del grupo de trabajo, pretendiendo desencadenar condiciones que propicien el surgimiento de procesos autogestivos que le den permanencia en el tiempo a los efectos buscados con la implantación del proyecto.

En nuestra metodología inicial, se había contemplado la formación de un Promotor Adolescente Voluntario En educación Sexual (PAVES), el cual iba a ser

formado para transmitir información a otro joven y además tendría la capacidad de formar a otro PAVES.

Se diseñaron ocho ciclos de trabajo, en los cuales definimos el conjunto de procesos de trabajo a realizar en el lapso de una semana y que contenían una sesión conjunta entre médicos y PAVES, en la cual se prepara al PAVES para la sesión de trabajo con los subgrupos de contacto y en su caso se realiza retroalimentación, evaluación y planeación del siguiente ciclo.

Y por otro lado se planeó otra sesión de trabajo del PAVES con su subgrupo de contacto en dónde se crearían las condiciones para la transmisión de información y construcción del conocimiento sobre una temática determinada, que de igual forma a la anterior sesión contenía elementos de retroalimentación y evaluación de la misma.

Esto conformaría ocho ciclos de trabajo, donde cada uno de los ciclos temáticos semanales de enseñanza aprendizaje, está constituido por un conjunto de temas englobados en tres tópicos que son: Embarazo, Enfermedades De Transmisión Sexual (ETS) y Cultura de la Sexualidad, que junto con los subtemas contenidos en cada una de éstos conformaron tres plataformas, divididas en ocho paquetes, con contenidos específicos.

Los Ciclos de trabajo quedaron conformados de la siguiente manera:  
1, 2, 7 y 8 se abordó lo correspondiente a cultura de la sexualidad. 3 Embarazo, 4 Anticoncepción, 5 y 6 Enfermedades de Transmisión Sexual.

La duración de cada ciclo será de una semana, contiene dos sesiones de trabajo grupal, con una duración aproximada de una hora y media.

Paralelamente se construyó un banco de datos y el manual del PAVES para los jóvenes, que contenían los tópicos y las técnicas para realizar las sesiones de trabajo, los cuales se fueron modificando de acuerdo a la experiencia con los PAVES primarios.

En nuestro modelo teórico hablamos de un médico como asesor de un grupo compuesto a lo máximo por 6 subgrupos a su vez compuestos cada uno de ellos por un PAVE promotor y 6 compañeros contacto.

Es importante describir las condiciones esenciales esperadas para que nuestro modelo propuesto funcionara.

Estas condiciones, serían de dos tipos:  
A) Respecto al grupo humano:

A1) La existencia de un grupo homogéneo en su nivel de escolaridad, esperándose trabajar con alumnos de segundo año de secundaria.

A2) Homogeneidad respecto a la edad del grupo primario, entre 13 y 14 años de edad.

A3) LA existencia del grupo contacto en condiciones controladas, esto es, al interior del espacio escolar.

B) Respecto al escenario en el cual se realizarían las acciones:

B1) Espacio físico. Este sería un lugar donde se pudieran reunir los grupos y subgrupos planteados al interior de las instalaciones de la secundaria.

B2) Espacio de tiempo concertado dentro del horario formal de los educandos, para realizar las dos sesiones planteadas por ciclo, así como la cobertura de las autoridades de estos mismos tiempos proyectados hacia futuro, para poder continuar con la formación de las generaciones 2 y 3 de PAVES, descritas anteriormente.

En la realidad, el conjunto de estos requisitos no coincidió ni fue satisfecho en ninguna de sus partes, por que la Secretaría De Educación Pública no autorizó la realización del proyecto al interior de alguna de sus instalaciones de educación secundaria, esta negativa fue más nociva para las intenciones del grupo por no ser clara y definitiva desde un principio. En los hechos perdimos tiempo y esfuerzo del equipo de trabajo por cerca de 4 meses, durante el cual se nos presentaron diversas expectativas que finalmente no se concretaron en lo absoluto. Esto obligó al equipo a buscar alternativas para la aplicación de este proyecto, en condiciones radicalmente diferentes a las inicialmente planteadas.

Hacia inicios de 1998, el grupo tomó la decisión de buscar alternativas manteniendo como constante únicamente la línea contenida en el modelo inicial, es decir: disminuir el grado de desinformación y tensiones con que los adolescentes se enfrentan a la práctica de su sexualidad y lograr que la información que manejan y transmiten entre ellos sea de la mejor calidad posible.

Esta premisa pese a las dificultades enfrentadas, se mantuvo durante todo el proceso.

Los elementos del trabajo fueron los siguientes:

**Respecto al grupo humano:**

- El grupo captado era muy heterogéneo en su nivel escolar, encontrándose desde elementos analfabetos hasta primer nivel de bachillerato.
- La edad del grupo variaba entre 12 y 18 años, la media esperada era 14 años.

- Dado que el grupo pertenece al Instituto Nacional De Educación Para Los Adultos (INEA), en un poblado pequeño (San Juan Ixtayopan; Tláhuac, D.F). Los 19 integrantes fueron receptores directos del grupo de médicos y no se tuvo oportunidad de formar al grupo de contactos en condiciones controladas, que pudieran verificar nuestra intención de formar el sistema autoreproductoreplicador de PAVES.

#### **Respecto al escenario:**

- Aunque si se contó con dos aulas, nunca se trabajó en un lugar dentro de instalaciones de la SEP.
- El espacio de tiempo de trabajo fue limitado, puesto que se agregaba a la jornada de estudio normal del INEA y se limitó a uno hora y media dos veces por semana.

Tomando en cuenta todo lo anterior, los resultados obtenidos difieren mucho de los planteados inicialmente, sin embargo se acercan a los formulados de manera emergente al inicio del trabajo en las condiciones concretas descritas.

Por lo tanto nuestros objetivos quedaron reducidos a la transmisión de conocimientos, y cambio de habilidades y actitudes, cumpliéndose éstos últimos adecuadamente según las evaluaciones aplicadas.

#### **MATERIAL Y METODOS.**

Para enfrentar el reto que consistió en implantar nuestra propuesta con las modificaciones descritas anteriormente, se tuvo que construir una estrategia que tuviera cuando menos tres características principales:

1. Tendría que ser capaz de salvar la heterogeneidad del grupo de trabajo, principalmente en lo referente a sus diferencias en sus conocimientos previos sobre el tema y el bajo nivel de cultura general, así como las diferencias de edad.
2. Debería tener características que vencieran la tendencia a la dispersión en la atención de los educandos, por lo que los materiales y métodos además de ser llamativos y sintéticos habrían de aplicarse en márgenes muy limitados de tiempo y combinarse con dinámicas en las que los miembros del grupo interactuaran entre ellos y con los materiales, para lograr la construcción de los conocimientos deseados.
3. Debería de estar dotada de una gran elasticidad que permitiera una flexibilidad que se adaptara a la realidad concreta de cada proceso. Esto es, que



permitiera constantes cambios de rumbo e incluso improvisaciones sobre la marcha.

**Realización de los ciclos 1 y 2**, con el contenido de fisiología elemental de la adolescencia y de los aparatos reproductivos humanos.

Dadas las características de heterogeneidad cultural, edad y tipos de captación, nos propusimos que los primeros ciclos deberían lograr los objetivos siguientes:

- a) Homogeneizar un mínimo de conocimientos sobre fisiología y anatomía humana, de tal manera que el resultado obtenido sirviera de "cimiento" para la construcción del conocimiento en los demás ciclos.
- b) Para poder avanzar ante lo complejo de la situación, se decidió un sistema permanente de evaluación por tema, utilizando principalmente la subdivisión en grupos pequeños, donde estuviese representada la heterogeneidad; para que en esta conformación se aplicara la transmisión de información que permitiera la construcción del conocimiento deseado, dentro de cada subgrupo. Enseguida de esto se abrieron plenarios, con el propósito de esclarecer las dudas.
- c) En lugar de contarse con paquetes de evaluación al inicio y final de cada sesión, se contó con un conjunto de pequeñas evaluaciones por tema, que daban cuenta del escalonamiento paulatino en la construcción de los conocimientos deseados, como mínimo común del grupo en su conjunto.
- d) Dentro del conjunto de técnicas utilizadas se contó en los subgrupos pequeños con: lectura comentada, apoyo de secretarios y redactores por subgrupo y listado, tanto de dudas como de propuestas; para abrirse en las consecutivas plenarios.
- e) También se manejaron dinámicas donde los materiales fueron tarjetas con reactivos para ser contestados por diferentes equipos, discusiones sobre casos novelados o dramatizados. Otros materiales utilizados: impresos, láminas, diagramas anatómicos, pizarrón, tarjetas y modelaje con plastilina.

**Realización de ciclos 3 y 4.** Referentes a embarazo y anticoncepción.

- a) Tomando en cuenta los elementos que se lograron transmitir en los ciclos anteriores, se continuó trabajando con el fin de que los educandos interiorizaran hacia su experiencia personal, acerca de los conocimientos relativos a la reproducción humana y a la toma de consciencia, que actualmente se debe lograr sobre el tema. Para esto el principal apoyo que se utilizó fue el sociodrama.

- b) Se utilizaron además, materiales de apoyo, como la construcción de un periódico mural, videos y manejo físico de anticonceptivos como material dinámico, incluido DIU, preservativo, hormonales orales y de depósito, óvulos y gel espermaticidas, etc.
- c) Se realizó una dinámica muy importante de contacto con la realidad, en la cual se encargó a los educandos la investigación de los costos de los diferentes métodos en farmacias y establecimientos de la localidad.
- d) La forma en como se evaluó, fue por medio de exposiciones demostrativas efectuadas por los educandos.

### **Realización de ciclos 5 y 6.**

#### **Con contenidos de enfermedades de transmisión sexual.**

- a) Continuando con el mismo proceso que al inicio, en este espacio se abordaron las Enfermedades De Transmisión Sexual, mediante una conferencia magistral, que fue complementada con el manejo de diversos materiales gráficos como el rotafolio.
- b) En estos ciclos se lograron acercamientos de más detalle que impactaron fuertemente a los receptores, con imágenes de video, diapositivas y láminas impresas.
- c) Así mismo se usaron dinámicas, en las que destacaron temas manejados, con ejercicios constituidos por adivinanzas que amenizaban la construcción del conocimiento y preguntas sobre casos dramatizados.
- d) La evaluación se realizó utilizando la técnica de buzón de preguntas, las cuales una vez esclarecidas, fueron seguidas de la aplicación de un cuestionario.

### **Realización de los ciclos 7 y 8.**

Estos ciclos contaron con una gran diversidad de temas, que dada su complejidad, solo podían ser expuestos sobre la base de los ciclos anteriores, e incluyeron los temas: Aborto, Violación, Autoestima, Toma de decisiones, Planeación de metas y Vida.

- a) La principal herramienta de trabajo fue la conferencia magistral, combinada con técnicas de dinámica de grupo para hacer más participativos a los educandos.
- b) De igual manera que en otros ciclos, se dividió al grupo en subgrupos, y se constató por tema el grado de captación y construcción de conocimientos mínimos deseados por tema, antes de avanzar.

- c) Como materiales de apoyo se utilizaron: pizarrón, láminas, esquemas descriptivos y materiales impresos para su revisión de forma individual.
- d) Además de la evaluación del avance por tema, se aplicó un cuestionario que incluyó todos los temas de ambos ciclos.

## **RESULTADOS.**

### **a) Relatorías.**

#### **a1) Relatoría de los ciclos 1 y 2. De Cultura de la Sexualidad.**

##### **El ciclo 1 fue diseñado para exponer los siguientes temas:**

- ¿Qué es la sexualidad?
- Fisiología elemental de la sexualidad en la adolescencia.
- El Hombre: De Niño a Adolescente.
- La Mujer: De Niña a Adolescente.
- Valores (y/o signos).
- Factores inquietantes en el adolescente relacionados con la sexualidad.

##### **El ciclo 2 fue diseñado para exponer los siguientes temas:**

- Funciones de la sexualidad.
- Sexualidad y reproducción.
- Sexualidad, placer y estabilidad emocional.
- Sexualidad y permanencia de los adultos durante el crecimiento y desarrollo humano.
- La comunicación.
- La asertividad.

Los materiales utilizados están reproducidos en el protocolo de investigación y comprenden para el ciclo uno: 38 cuartillas incluyendo dibujos y láminas y para el ciclo dos: 36 cuartillas.

Inicialmente se pensó en desarrollar lo anterior en dos sesiones por ciclo, suponiendo que cada sesión incluiría una sesión de trabajo previa, en la cual se instruiría también a los "PAVES" (Promotores Adolescentes en Educación Sexual), en el manejo de dinámicas y materiales.

El material es abundante por que incluye las instrucciones y recomendaciones para su aplicación, derivadas de los materiales de origen mencionados en la bibliografía. Sin embargo como ya se mencionó en el apartado anterior, hubo una adaptación del modelo propuesto a la realidad obtenida, esto es, un grupo heterogéneo en edad e instrucción, fuera de las instalaciones de una secundaria y sin la existencia de grupos contacto asequibles a condiciones controladas.

Sin embargo se decidió trabajar con los materiales y contenidos inicialmente propuestos, pero utilizando solamente lo necesario para alcanzar los nuevos objetivos planteados, esto es:

- a) Homogeneizar los niveles de información sobre sexualidad humana de los integrantes del grupo y
- b) En su caso que estos hiciesen una transmisión de información sobre sexualidad de mejor calidad hacia sus congéneres, pero:
- c) Ya sin condiciones controladas ni la instrucción formal de generaciones subsecuentes de PAVES.

Este conjunto de factores determinó las modificaciones que intentamos describir:

- Se decidió la construcción de una estrategia que en lo posible salvara las diferencias de edad y escolaridad de los integrantes del grupo de "educandos", ya no de "PAVES formales".
- Así mismo se fijaron nuevos objetivos a la realización de los ciclos 1 y 2, los cuales sirvieron de "cimiento" sobre el cual construir los demás ciclos,
- Se "adaptaría" el nivel inicial de exposición, para hacerlo asequible a los menos instruidos, sin por eso desalentar a los más adelantados,
- Se intentaría homogeneizar en el grupo los conocimientos esenciales indispensables para, con base en esto, lograr la construcción del conocimiento contenido en los materiales propuestos en el proyecto.

### **PRIMERA SESION.**

Se inició haciendo una presentación de los encargados de facilitar las dinámicas y procesos. A continuación se procedió a subdividir al grupo en equipos de 4 o 5 integrantes y se nombró un secretario.

Se les inquirió verbalmente sobre cuales eran las funciones del sexo o de la sexualidad, para que las enlistara el secretario de cada equipo, se dio un tiempo de diez minutos, el cual a solicitud de los participantes se amplió a 15 minutos, después de los cuales, nos abrimos a una pequeña plenaria y los resultados fueron los siguientes:

#### **Las funciones de la sexualidad son:**

- |                           |                  |         |
|---------------------------|------------------|---------|
| a) Reproducción           | (5 de 5 equipos) | = 100%. |
| b) Placer                 | (3 de 5 equipos) | = 60%.  |
| c) Compañía               | (2 de 5 equipos) | = 40%.  |
| d) Estabilidad emocional. | (2 de 5)         | = 40%   |
| e) Amor                   | (1 de 5 equipos) | = 20%.  |

Hicimos notar en la plenaria que una de las expectativas de los expositores no se cumplía en el conocimiento del grupo, siendo esta que la sexualidad tiene también la función de proteger el crecimiento y desarrollo de los infantes humanos, ya que al ser permanente, tiende a mantener unidos a los adultos en el muy prolongado proceso que vivimos los humanos para llegar a la madurez, tanto fisiológica como mental y socioeconómica.

Enseguida nos percatamos de la tendencia de los integrantes del grupo a evadir la dinámica de subdivisión y permanecer en los equipos los de las edades y conocimientos similares. Por lo que a partir de ese momento, se detectó esta tendencia como un factor que limitaba la integración grupal.

Por lo anterior pusimos especial cuidado en que siempre que se subdividiera al grupo en equipos de trabajo, estuviera representado en cada pequeño equipo la heterogeneidad del grupo mayor, tanto en edades, conocimientos y en su caso género. Salvada esta primer tendencia notamos que al cuidar estos aspectos permanentemente en todo el proceso, se facilitó en lo posible la integración grupal para la construcción de los conocimientos deseados.

Enseguida se repartieron a cada equipo, copias de los materiales sobre los temas de ¿Qué es la sexualidad?, La Fisiología Elemental de la Sexualidad y el tema El Hombre de Niño a Adolescente. Se aplicó la dinámica de lectura rotatoria al interior de cada equipo encargándose al secretario de apuntar cuantas dudas, observaciones o comentarios surgiesen en ese lapso. En este primer proceso de trabajo, se logró revisar los materiales hasta los que contienen el tema Hombre de Niño a Adolescente.

Se abrió la plenaria y nos encontramos que el material era suficientemente entendible y que las principales dudas eran sobre palabras de nuevo uso para algunos integrantes del grupo, en especial las del tipo como: Escroto, prepucio, coito, etc.

Habiéndose resuelto dudas y constatado la homogeneidad mínima en conocimientos obtenidos sobre los temas tratados, se dio por terminada la primera sesión.

## **SEGUNDA SESION.**

De la misma forma, con las mismas técnicas se realizó la segunda sesión en donde se trató el tema De Niña a Mujer. En esta ocasión las dudas exteriorizadas por los equipos fueron de mayor detalle, haciéndose necesario para disolver dudas y vacíos de información, el que utilizáramos el pizarrón, dibujando un esquema donde en las filas describíamos los cambios durante el ciclo menstrual de la mujer y en las columnas los estrógenos, progesterona, desarrollo folicular y desarrollo endometrial. Sobre detalles de estos aspectos se insistió hasta que el grupo se dio por satisfecho plenamente.

Por motivos de espacio y por haber sido durante los ciclos uno y dos repetitivas las técnicas, se hace una descripción más sintética del desarrollo de estos ciclos iniciales.

## **DESARROLLO DE LOS CICLOS 1 Y 2.**

El ciclo 1 se expuso en dos sesiones. A grandes rasgos la primera dedicada a cumplir con el contenido planteado en los materiales enfocándose en los cambios de niño a hombre, y la segunda en los cambios de niña a mujer.

Se subdividió el grupo de 16 participantes en equipos de 4, se alternaron dinámicas de exposición y trabajos de equipo, intercalando espacios de algunos minutos de lectura rotativa colectiva por los miembros al interior de los equipos; donde cada secretario elaboró listados de dudas. Procediendo a la exposición y explicación de los puntos no comprendidos sobre todo dadas las diversidades de edad, capacitación y niveles de captación de los miembros del grupo. Las dinámicas salvaron estas diferencias, manteniendo la participación y atención constantes, sin desalientos.

Según la retroalimentación inmediata se captó el 80% de lo expuesto, el 20% de la temática no se resolvió totalmente, por lo que se abrió en la plenaria para su clarificación, donde se ventilaron dos conjuntos de asuntos: El primero encaminado a temas propios del contenido planeado y el otro a preguntas libres sobre sexualidad.

Esta forma de avanzar constituyó la forma de evaluación de estos ciclos, tomando en cuenta como ya se dijo sus características predominantemente informativas y tendientes a crear un conjunto de conocimientos más homogéneos, sobre los cuales construir las sesiones de los siguientes ciclos.

En la parte de la plenaria destinada a preguntas abiertas no dejó de sorprendernos que la única pregunta que hizo un adolescente fue: "de que manera se dañan los órganos sexuales con las relaciones anales".

Esta pregunta fue analizada y resuelta respetuosa y concienzudamente tanto desde el punto de vista anatomofisiológico, como desde sus implicaciones higiénicas y en su caso psicosociales, sin embargo también nos permitió observar un umbral del tipo de confusión que manejaban en materia de información sexual varios de nuestros receptores.

En la parte dedicada a desarrollar el tema: "de niña a mujer", relacionando sobre la marcha los materiales disponibles y el tipo de dudas iniciales del grupo sobre el tema, nos llevó a improvisar en el pizarrón un esquema donde a partir de la menstruación en su día 1 se pusieron en renglones paralelos: el comportamiento de estrógenos, progesterona, FSH, LH, cambios en el endometrio y ovarios, con lo que se logró un mucho mayor manejo del tema.

En cada parte se cambiaron dinámicas y se siguieron las propuestas según los materiales para los temas, así cuando llegamos a manejar los contenidos relativos a los valores relacionados con la sexualidad, también notamos que un 70% de los integrantes del grupo mantenían una forma conservadora para juzgar a los personajes ejemplificados en los ejercicios.

Así mismo fue muy jocosa la técnica de las tarjetas con preguntas como por ejemplo esta: "¿Qué harías si te estuvieses masturbando en el baño y de repente tu madre abriera la puerta?"; ejercicios que además de servir para plantear el manejo de valores, actitudes y conocimientos, sirvieron para relajar tensiones y armonizar al grupo para la construcción de los siguientes ciclos.

Como ya lo dijimos nuestras evaluaciones fueron cualitativa y verbal al término de cada una de las seis sesiones a las que se extendieron los ciclos 1 y 2, y si bien se logró cumplir en la transmisión de los conocimientos básicos planeados, hay que reconocer que los miembros del grupo hasta ese momento no sentían seguridad suficiente para aplicar las técnicas y transmitir los conocimientos a otros adolescentes; aunque se vislumbró la opción de que en la transmisión "informal" sin estructuración se sentían mucho más fluidos.

Lo anterior si bien estaba fuera de los objetivos planteados inicialmente de alguna manera "no planificada" contribuiría a generar un pequeño grupo "informal" de transmisión de conocimientos sobre sexualidad, de mejor calidad de la que circulaba en el contexto de los adolescentes receptores antes de la aplicación de los ciclos de nuestro proyecto. Al menos así se evaluó la orientación del trabajo al terminar los dos primeros ciclos más "informativos" que "formativos" aunque sin dejar de tener ingredientes de ambos conceptos.

### **Factores que limitaron el proceso grupal, en el desarrollo de los ciclos 1 y 2.**

- La tendencia inicial de los integrantes a permanecer agrupados con los de edades similares.
- La tendencia inicial de los integrantes a permanecer agrupados con los de escolaridad similar.
- La baja escolaridad de la mayoría de los integrantes que en casos llegaba hasta el analfabetismo.
- La tendencia de los integrantes a agruparse según su experiencia previa respecto a la sexualidad.
- La presencia intermitente de los docentes del INEA y en su caso de trabajadoras sociales del centro de salud, que por su naturaleza represiva en la forma de conducir a los grupos pudieron inhibir la libre expresión de los adolescentes.

- El hecho de no haberse abierto espacios dentro del horario normal de los educandos, por lo que las sesiones podrían haberse visto como cargas extras de estudio.
- El hecho de que algunos integrantes de los equipos tuviesen obligaciones laborales, provocó que fueran inconsistentes en la asistencia a las sesiones.
- El hecho de que en los materiales apareciesen algunos términos técnicos para descripciones anatomofisiológicas.

### **Factores que facilitaron el proceso grupal.**

- La sinceridad en la exposición de los facilitadores del proceso sobre sus aportaciones, sus limitantes y sus objetivos.
- El que los contenidos trabajados estuviesen dentro de los campos de interés de los asistentes.
- Las técnicas utilizadas para el desarrollo de los temas, fueron bien aceptadas por el grupo de jóvenes.
- La utilización de dinámicas que propiciaban la creatividad, participación y creación del ambiente adecuado, de camaradería, buen humor y confianza.
- La sencillez y adecuación de los materiales que fueron utilizados, permitieron hasta cierto punto la adaptación a las características del grupo de trabajo.
- Los esfuerzos por mantener la coherencia en la secuencia de los acontecimientos planeados.
- El esfuerzo por propiciar el compañerismo, en lugar de la burla hacia los menos preparados, manteniendo un ambiente de respeto.

### **Fenómenos relevantes en los procesos grupales.**

- Una vez vencido el temor inicial a compartir trabajos con compañeros de otra edad o nivel de escolaridad, tanto los equipos como los individuos fueron elevando su nivel de participación.
- Se llegó incluso a notar el hecho de que realizasen indagaciones y esfuerzos por aumentar sus conocimientos, en espacios de su vida privada, no planificados por nosotros.
- De cierto grado de agitación y morbo, que se notó en las sesiones iniciales, se transitó hacia un ambiente más relajado, en el que los temas eran tratados con más naturalidad.



- Constatamos la importancia de lo lúdico para el acceso a los conocimientos aún en personas que ya han rebasado la infancia, ya que cuando las dinámicas implicaban una mayor participación, como en las dramatizaciones, y los materiales contenían una mayor dosis de humorismo; como en los juegos de tarjetas y preguntas, fue notable la mayor facilidad de los educandos para apropiarse y construir el conocimiento en cuestión.

## **a2) Relatoría de los ciclos 3 y 4. De embarazo y anticoncepción.**

### **El ciclo 3 fue diseñado para exponer los siguientes temas:**

- Consecuencias de un embarazo no deseado en la adolescencia.
- El miedo a estar solo.
- La posibilidad de sentirse adulto.
- La posibilidad de reafirmarse como hombres o mujeres.

### **PRIMERA SESION.**

Las sesiones dieron inicio a las 10:00 a.m.

Los adolescentes al explicar los objetivos del ciclo se mostraron inquietos y expectantes, para después mostrarse tímidos y a la vez ansiosos por conocer más acerca de las consecuencias del embarazo.

Los ejercicios realizados fueron: Identificando riesgos, el Sociodrama de embarazo no deseado y un video sobre embarazo no deseado.

En el I primer ejercicio, identificando riesgos, les explicamos las conductas de alto, bajo y sin riesgo, para embarazarse; algunos de ellos, se mostraron indiferentes a lo que significaba cada una de estas.

A partir de aquí continuó la sesión sólo una persona, los demás nos abocamos solo a observar a los muchachos.

Hubo dos niños que se la pasaron hablando y distrayendo a los que estaban sentados a su lado, eran de aproximadamente 12 años, uno de ellos analfabeta, por lo que les tuve que preguntar varias veces si habían entendido, hasta que decidí separarlos.

Al inicio yo estaba nerviosa, no sabía como tratarlos para hacerlos ponerme atención a la explicación de la dinámica. Ya terminada la explicación se dividieron en equipos de aproximadamente 4 individuos con lo cual formaron 4, distribuyéndose una copia de la sección identificando riesgos a cada equipo.

Durante el tiempo que estuvieron trabajando por equipo, hubo muchas dudas respecto a los casos, ya que muchos de ellos no entendían la terminología,

aunque esta no era especializada o complicada en su estructura gramática; situación que aprovecharon algunos para platicar, reírse, hacer bromas respecto a lo que leían y otros simplemente platicar de otras cosas; como dos niñas tímidas, con bajo grado de escolaridad primaria, de aproximadamente 12 años; se la pasaron platicando por su lado, no querían participar de ninguna manera y no querían sentarse separadas.

Cuando se presentaron las respuestas, hubo muchos aciertos, sobre todo en los equipos donde había adolescentes de aproximadamente 13-18 años, aunque hubo excepciones muy agradables de niños de aproximadamente 10-12 años, que en ocasiones tuvieron respuestas acertadas que incluso los mayores, contestaron erróneamente.

Hubo en particular un niño que lideró su equipo, de aproximadamente 11 años, que dio unas explicaciones tan claras, precisas y reales apoyando sus respuestas, que a veces ni las personas adultas piensan de la forma en que él lo hizo, incluso por encima de sus compañeros de equipo de mayor edad, que no sabían expresarse de la forma en que él lo hacía.

Cabe mencionar, que cada miembro del equipo tenía que leer una pregunta, de esta forma pensé sería más educativo, ya que yo conocería lo que cada uno podía pensar aparte de la opinión grupal, que tenían que expresar, la forma de hacerlo, todo esto para conocerlos mejor, ya que uno se da cuenta del nivel socioeconómico que puede estar influyendo en su educación y forma de pensar. Además los hacía estar alertas, atentos, expectantes y participativos.

Yo pregunté si el grupo estaba de acuerdo con la respuesta y de cada equipo participaban libremente, aunque hubo algunas veces, que yo tuve que preguntar a algún miembro específico, para tratar de meterlo a la discusión, ya fuera porque la persona fuera tímida, estuviera platicando o desinteresada acerca de lo que pasaba.

El estrato socioeconómico de la mayoría era bajo y en la mayoría de las ocasiones concordaba con una respuesta errónea o mágica y con un nivel educativo bajo; y por el contrario los que se veían con mejor nivel socioeconómico y que como consecuencia tenían un mejor nivel educativo, tenían respuestas más veraces.

En vista de que todos se mostraron muy interesados en la discusión, nos llevamos todo el día discutiendo las respuestas y ya no pudimos avanzar en otra dinámica.

El Sociodrama de Embarazo no deseado, empezó con una breve explicación de cuales son las consecuencias económicas, sociales, culturales y psicológicas para la adolescente embarazada, su pareja, y las familias involucradas de presentarse éste en la adolescencia.

Se les notaba nerviosos y ansiosos por saber como se desarrollaría, y lo que tendrían que hacer. Les expliqué los roles que había que representar y que necesitábamos que todos cooperarán y que fueran ellos mismos que se propusieran para algún rol.

Y así fue con algunos papeles, pero como es lógico de pensar, nadie quería ser la adolescente embarazada, ni el novio. Integrantes del grupo propusieron candidatos y yo les pregunté a ellos si querían, al principio se negaron, pero después aceptaron, todos estaban entusiasmados, reían, gritaban proponiendo a los padres de ambos, estos eran personas que se notaba tenían algún tipo de atracción, y los de mayor edad (esto también se dio para los que fueron la pareja adolescente).

Los padres ya no fueron tan penosos en aceptar sus roles. Yo siempre pedí el consentimiento de cada participante y del grupo. Todos estaban alegres, entusiasmados y ansiosos por ver que iban a decir y hacer. Después ellos solos se organizaron acerca de que clase de familia tenía cada adolescente. La adolescente era de una familia de una buena posición económica, con un padre trabajador, exigente, crítico e inteligente; una madre realista, comprensiva pero enojada, inteligente y crítica.

La familia del novio era de posición económica media baja con un padre casi indiferente, machista, que se casó por un embarazo no deseado; y una madre sumisa, temerosa del futuro de su hijo, ignorante de como ayudarlo o aconsejarlo.

La historia empieza cuando la novia está con el doctor y éste le dice que esta embarazada, ella no puede y no quiere creerlo, se nota desesperada, deprimida, angustiada, pero el doctor está tan nervioso, que no sabe que decirle para ayudarla o tan solo alentarla, los espectadores le gritan que actúe mejor, que diga tal o cual cosa y él todo embarazado la dice.

Después ella se va y se ve el un parque con su novio, que cuando oye la noticia parece que le dijeron buenos días, por lo que el grupo vuelve a reclamar y él reacciona. Le dice que él no está seguro que el niño que ella espera sea en verdad hijo suyo, (algunos ríen, como diciendo que cínico y otros están serios, de que él no acepte su responsabilidad), ella le comenta todo lo acontecido en la cita con el médico, por que él esta reacio a creer, le cuestiona que no se halla cuidado ella y ella a él, terminada la discusión, él sigue dudando de su paternidad, pero a exigencia de ella va y cuestionaba a su hija acerca de lo que había hecho, de que no hubiera usado algún método anticonceptivo de los que ella le había enseñado, el padre le empezó a reclamar a la madre acerca de su responsabilidad, de que no le puso suficiente atención a su hija y otras cosas.

Pero al final decidieron unirse a su hija para apoyarla, preguntándole dónde estaba el novio y que pensaba, ella les comentó que él estudiaba y no pensaba trabajar, que pensaba que con el dinero de ella era suficiente, todos reían por la comodidad del novio.

Al realizarse el sociodrama de embarazo no deseado, todos se mostraron cooperadores, interesados, animados, ansiosos y muy críticos acerca de la actitud que debían ellos adoptar, para prevenirlo. Además hubo bromas, como una forma de liberar la tensión que les producía esta situación. Su actitud y actuación fueron muy realistas, notándose en algunos de ellos la fuerte idiosincrasia mexicana hacia el "matrimonio" como una forma de resolver el problema, aunque los hubo quienes criticaron fuertemente esta institución, ya que mencionaron que muchas veces solo agrava la situación.

Surgieron diferencias de opiniones, algunos de los más pequeños de edad aún muy influenciados por la educación paterna decidieron que el matrimonio era la mejor vía, pero los hubo igual que dijeron lo contrario, argumentando razones válidas. De igual manera en los mayores de edad hubo diferencias, aunque aquí el consenso general era no casarse.

Con respecto al aborto, la mayoría pensó que no era una buena opción, por que era malo; esto avalado no tanto por la convicción del daño físico que puede sufrir la madre, sino porque es algo prohibido y por tanto malo, en resumen por una idea mágica, en la que se ve involucrada la idea de un castigo divino y porque la sociedad lo desaprueba.

Hubo gritos de desaprobación por la forma de actuación de algunos participantes y por el contenido de sus parlamentos, risas, regaños, sugerencias al momento de actuar, dudas de no saber que decir o hacer de loa actores, ya que lo que a veces les decía el interlocutor era fuerte, difícil o complicado, y era entonces cuando los espectadores hacían sugerencias.

Todos estuvieron de acuerdo en que no querían estar en una situación semejante y que preferían prevenirla.

Las sesiones se dieron por terminadas a las 11:30 a.m.

### **Factores que limitaron el proceso grupal, en el desarrollo del ciclo 3.**

- Hubo un saboteador en la primera sesión, que se la pasaba platicando, riendo, distrayendo a los demás; pero después del sociodrama, se convirtió en todo lo contrario.
- Hubo dos adolescentes muy tímidas, que sólo se secreteaban entre ellas y no participaban en las discusiones de equipo o grupo, que al separarlas en la segunda sesión donde se hizo el sociodrama, se volvieron más activas.

- Hubo un muchacho hijo de la maestra, que era indiferente ante todo lo que ocurría, y que solo andaba burlándose de lo que los otros no sabían, que aprendió que nadie sabe todo acerca de algo y que con el sociodrama cambió su actitud, donde participó muy activamente.

### **Factores que facilitaron el proceso grupal.**

- La metodología empleada, en especial el sociodrama, en él liberaron sus dudas, miedos, inseguridades, entorno social, educación escolar y familiar, situación económica y cultural; que todo esto es un reflejo de la forma de vida y de pensamiento de un 80 % de nuestra población.
- La confianza brindada por nosotros y la brindada por ellos hacia nosotros, al dejarnos hablar sobre un tema que para muchos de ellos en sus familias son tabú; al involucrarse con nosotros.
- La necesidad de conocer, que es lo que define a la humanidad.
- La necesidad de querer ser mejores y cambiar su entorno.
- La necesidad de ejercer su sexualidad plenamente.

### **El ciclo 4 fue diseñado para exponer los siguientes temas:**

- ¿Puedo ser padre?. “¿Yo papá?”.
- Madres adolescentes, sesión de hijos en adopción y daño psíquico.
- Anticoncepción.

### **RELATORIA DEL CICLO 4. ANTICONCEPCIÓN.**

Este ciclo tuvo tres apartados que fueron: Explicación y exhibición de métodos anticonceptivos, un video sobre los mismos, el ejercicio Eligiendo un método anticonceptivo para nosotros y Paso a pasito para el uso del condón y el óvulo.

Algunos de los adolescentes se mostraron atentos e interesados por conocer en que consistían y como se usaban los métodos anticonceptivos, otros por el contrario parecía que no les interesaba de que se estaba hablando y que no les concernía a ellos, por la idea de que ellos no los van a necesitar, por que aún son muy jóvenes e inexpertos.

Cuando se circularon los métodos entre ellos, empezó el interés general, algunos se reían, otros se secreteaban acerca de como funcionaban, otros sólo los observaban.

Al preguntarse, si había alguna duda acerca de alguno de ellos, no dijeron nada, aún tenían pena; por lo que pasamos a la exhibición del video.

El video empezaba con una sección de 10 minutos de embarazo no deseado que yo quise que vieran para reforzar la anterior sesión, al principio antes de que iniciara el video ellos estaban gritando, riendo, chiflando, platicando y otros solo esperando, cuando empezó la parte de embarazo no deseado, se quedaron callados la mayoría, atentos a lo que pasaba en el video, algunos se secreteaban acerca de lo que veían, pero la mayoría estaban interesados en la trama, hubo momentos de tensión reflejada en sus rostros, otros de miedo, duda, risa, enojo y reflexión. Pero en general durante todo el video se mostraron muy perceptivos e interesados en lo que sucedía.

Cuando empezó la sección de métodos anticonceptivos, se sintió que el ánimo se relajaba, para mostrarse más tranquilos y seguros. Empezaron de nuevo los cuchicheos, risas y comentarios en secreto.

Los comentarios que hicieron fueron -"ya ves te dije que así era", "ve como se usa", "¿ah?!", "no lo había entendido bien", "yo creí que era de otra manera", "es más fácil de lo que yo creía", "ahora ya puedes usarlo"(acompañado de risas), "¡uh! está refácil" , "¿a poco así es?", "chale, eso sí que yo no lo sabía", "ya ves, con eso ya no te embarazas", "no seas güey, para que vas a tener problemas, si puedes prevenir eso"-.

Hubo uno, -"El parches"-, al que al parecer no le importaba nada de lo que se había dicho en las anteriores sesiones de embarazo que se mostró por primera vez, interesado, preocupado e involucrado con el resto del grupo (a punto personal, creo que fue uno de las satisfacciones que recibimos de este taller), hacía preguntas, comentarios de lo importante que era la prevención de un embarazo usando métodos anticonceptivos, que eran muy jóvenes para embarcarse con un embarazo, que perderían oportunidades de trabajo, una carrera tanto él como su posible novia.

Por primera vez dejó ver que tenía aspiraciones, deseos, anhelos, cosa que jamás antes se le había visto. Aconsejaba a los demás de que usarán métodos.

Al final del video, se preguntó cuales eran las dudas, y fue hasta entonces que empezaron las preguntas, que muchas veces yo dejé que otros de sus compañeros contestarán, algunos porque se me adelantaban (diciendo las respuestas tan claras, rápidas y correctas, que me sorprendían) y en otras ocasiones yo preguntaba si alguien sabía la respuesta, a lo que a veces varios, otros algunos y otros ninguno, levantaba la mano; siendo en éste último caso cuando yo contestaba la pregunta o cuando por alguna razón después de varias respuestas de sus compañeros, aún no lograba entender la respuesta.

Ellos estaban muy excitados, entusiasmados y seguros de sí mismos, al dar las respuestas y en sus comentarios, en los que siempre incluían un comentario preventivo y de uso de métodos anticonceptivos para todo; que era nuestro objetivo en este ciclo.

En la siguiente sesión se empezó recolectando la tarea que consistía en que trajeran nombre de métodos anticonceptivos, modos de uso, nombres comerciales, precios, nombres y direcciones de las farmacias a donde habían ido a recabar la información.

La mayoría trajo su tarea, yo les pregunté que había pasado en su visita a las farmacias, dijeron que las caras de los vendedores variaron desde sorpresa, duda y gusto hasta incredulidad, por que les parecía extraño que tuvieran una tarea de tal cosa, para luego algunos mostrarse reflexivos y satisfechos de que en la escuela les estuvieran enseñando a prevenir, otros creían que ellos estaban inventando y que era un pretexto para conocer de métodos anticonceptivos, (que fueron los menos), pero aún así estaban satisfechos y de acuerdo en que siendo tan jóvenes, tuvieran ya una conducta y modo de pensar preventivo y reflexivo acerca de la sexualidad.

Pasada esta parte empezamos con el ejercicio Paso a pasito para el uso del condón y el óvulo.

Empezamos por enumerar del 1 al 4 a todo el grupo, para favorecer la interrelación de sus miembros y romper esos lazos viciosos de relaciones simbióticas entre algunos de sus miembros, que juntos no trabajan, se la pasan platicando o uno siempre le hace el trabajo al otro o le dice que decir o hacer. Se formaron 4 equipos de aproximadamente 4-5 integrantes.

Se les explicó como se usa el condón y el óvulo y se ejemplificó el uso de éstos. A continuación se pusieron en el pizarrón las cartulinas con cada uno de los términos y se les suministró tarjetas revueltas a cada equipo, dos tuvieron de óvulo y dos de condón, se les dio 5 minutos para ordenarlas.

Durante este tiempo algunos discutían, otros se reían de los términos, pero todos estaban atentos a su tarea, dando su opinión de como debía ser el orden, siempre hubo un líder en cada equipo que modulaba o se hacía cargo de tomar las tarjetas, cabe mencionar que en esos 5 minutos no era un solo integrante, sino 2 o 3 en cada equipo, en cada momento. Esto dado por supuesto, por el que más sabía de estos métodos, el mayor de edad, el de mayor experiencia en esta área, etc.

Acabado el tiempo un integrante de cada grupo, elegido por éste, paso a pegar sus tarjetas y él en conjunto con su grupo dio la explicación del orden. En general los 4 equipos estuvieron bien, hubo pequeños errores de orden, que no afecta como para que el modo de uso provocara embarazo.

Dieron explicaciones veraces del porque del orden, la fisiología de la respuesta sexual humana y el uso de métodos anticonceptivos. Donde hubo más dudas y preguntas fue en el uso del condón, sobre todo por las mujeres, que antes no se habían atrevido a preguntar mucho sobre el uso de éste.

Recalcándoles primero sus compañeros y luego yo, el hecho de que no tiene nada de malo el que ellas lleven un condón para su pareja cuando hallan decidido tener relaciones sexuales y que ellas deben estar instruidas, interesadas y conscientes del modo de ayudar a su pareja a usarlo correctamente, por que ella sería la principal afectada con un embarazo no deseado.

La sesión estuvo acompañada de risas, discusiones, preguntas, opiniones, comentarios, en general fueron muy participativos; y más que yo, fueron ellos mismos quienes dirigieron sus preguntas, las contestaron y dirigieron la platica hacia donde ellos querían, fueron en suma los responsables y dirigentes de su vida.

#### **Factores que facilitaron el proceso grupal:**

- La confianza entre ellos mismos y hacia mí, por el hecho de que yo en ningún momento estaba ahí, para recriminarles por querer tener relaciones sexuales, sino para que lo hicieran con conciencia y responsabilidad.
- El conocimiento que ya habían recibido antes los hizo sentirse más seguros y por tanto participar más activamente.
- El deseo y psicología del adolescente de conocer más y experimentar cosas nuevas, así como mejorar el mundo.
- El material y el método, que fueron lo más accesible a ellos como fue posible, no el mejor en cuanto a la manufactura, pero sí el mejor en cuanto a la metodología.

#### **Factores que limitaron el proceso grupal:**

- El analfabetismo de algunos de los miembros pero en grado mínimo.
- El modo de hablar en los videos, fue para alguno de ellos un poco elevado, por lo que hubo necesidad de aclarar algunos términos a como ellos están acostumbrados a usarlos, admito que algunos de sus miembros dieron mejor explicaciones que yo en sus propias palabras.
- La incapacidad mía de algunas veces no poder expresarme con sus palabras acostumbradas, que no limitaron el proceso, porque hubo quienes me ayudaron a explicarlo.

En general no hubo limitantes de consideración.

### **A3) Relatoría de los ciclos 5 y 6. De Enfermedades de Transmisión Sexual.**



Los ciclos 5 y 6 fueron diseñados para exponer:

- Sífilis y Gonorrea.
- SIDA.
- Chlamidya Trachomatis.
- Pediculosis.
- Herpes.
- Prevención de ETS.

### **Primera Sesión.**

En esta sesión se ocupó el aula del INEA, dando inicio a las 10:00 AM. , Se dividió al grupo en forma aleatoria, en 4 equipos de trabajo de 5 integrantes cada uno.

Entonces, vino el primer acercamiento que se tuvo con los jóvenes, donde se cuestionó si conocían o sabían ¿qué eran las enfermedades de transmisión sexual (ETS)? ; se obtuvo una gran participación por parte de los jóvenes, los cuales expresaron diferentes conceptos sobre algunas de las ETS. Algunos con buenos planteamientos y otros muy alejados de la realidad.

Enseguida se llevó a cabo una conferencia magistral, donde se expusieron con el mayor detalle posible cada una de las enfermedades de transmisión sexual anteriormente mencionadas. Esta conferencia se apoyó de diversos materiales tales como: transparencias, láminas con ilustraciones e imágenes alusivas a las enfermedades, donde se procuró impactar a los jóvenes con imágenes reales de este tipo de enfermedades. Así como también se intentó brindarles toda la información verídica y de buena calidad sobre todos los aspectos que rodean a estas enfermedades.

El grupo mostró gran asombro al observar las imágenes reales, enseguida se suscitaron diversos comentarios y dudas como: -“¿Existe cura para el SIDA?”, “¿Qué les pasa a las personas que se enferman de Sífilis?”, “¿ Por qué se dice que el SIDA es una enfermedad de Homosexuales?”, Etc. Aunque lo anterior ya se había expuesto en la conferencia magistral, se repitió hasta asegurarse de que todo había quedado lo más claro posible.

Al final de esta sesión, se colocó un buzón y se les pidió a todos los asistentes, que depositaran preguntas y comentarios sobre las ETS, todas de carácter anónimo, es decir no tenían que poner su nombre.

Como respuesta a esta dinámica, no se obtuvo una participación como la esperada, se les pidió que consultaran sus libros de texto de la escuela o algún

otro medio de información, con el objeto de que formularan preguntas y dudas al respecto de las ETS anteriormente mencionadas.

### **Segunda sesión.**

Esta sesión se realizó en el aula del Centro de Salud De San Juan Ixtayopan. Al inicio se colocó nuevamente el buzón, se tuvo una mejor participación, sin embargo aún no fue lo que esperábamos.

En esta misma sesión, Se permitió que la distribución de los integrantes del grupo fuera por afinidades, sin restricciones por parte de los facilitadores. Posteriormente, se proyectó un video que trataba el tema d VIH/SIDA, donde se tuvo un gran interés y atención por todo lo que se comentaba en este video, donde se incluían testimoniales de personas infectadas, recomendaciones por ellos mismos de cómo poder prevenir el VIH, y qué hacer en caso de sospechar que se está enfermo de VIH, entre otros temas, siendo favorecido además por el elenco, ya que participaban personajes reconocidos del medio artístico como Alberto Zurita, Alberto Mayagoitia, Benny Ibarra Jr. , entre otros.

Al final de la proyección surgieron varias dudas, uno de los muchachos preguntó -"¿Qué debo hacer si quiero realizarme la prueba del SIDA?"- a lo que se le respondió que existen centros especializados en este tipo de pruebas, pero que se aconsejaba que el primer contacto fuera con el centro de salud, de donde lo podríamos canalizar a uno de estos centros especializados como CONASIDA. Además existen otros lugares como TELSIDA, De Joven a Joven, etc.

Un comentario que expresó uno de los jóvenes fue: -"En México, todavía no tenemos gran problema por el SIDA, no como en Estados Unidos"-, a tal comentario, se le respondió brindando cifras actuales de los casos reportados en México hasta principios de 1998 y se le expuso el impacto que esto puede tener en cuestiones como economía, política, sociedad y demografía.

Así mismo hubo comentarios y preguntas sobre algunos puntos manejados en el video, en donde el grupo manifestó una gran participación y entre ellos mismos fueron aclarados y discutidos estos puntos.

### **Tercera Sesión.**

Se revisó el buzón de la sesión anterior, donde se encontraron únicamente tres papeletas. Una de ellas expresaba la duda sobre ¿Qué hacer en caso de tener relaciones sexuales con una prostituta?, En otra papeleta, se mostraba una pregunta en la cual se cuestionaba: -"Yo estuve hospitalizada tres meses cuando era niña, mi mamá me dijo que me pusieron sangre, ¿Estaré enferma de SIDA?"-, é enferma de SIDA?"-. Y en la tercera, se manifestaba simplemente que le gustaba mucho el curso y que ojalá se pudiera seguir desarrollando con otros jóvenes.

En esta sesión realizada en el aula de INEA, se intentó responder a las papeletas, donde quedaron las respuestas contestadas satisfactoriamente y en este caso se tuvo gran participación del grupo ya que surgieron algunos comentarios correctos sobre que es lo que podría pasar o que hacer en caso de tener relaciones sexuales con una prostituta, así como que hacer en caso de sospechar padecer SIDA, recalcando lo anteriormente mencionado.

Posteriormente, se hizo uso de la dinámica el cerillo de las adivinanzas, para ello se colocaron papeletas cerradas que contenían adivinanzas acerca de las ETS, se prendía un cerillo y se iba pasando de un muchacho a otro, y al que se le apagara el cerillo, era la persona que tenía que destapar una tarjeta con la adivinanza y tratar de contestarla. Si el joven respondía correctamente, el grupo aplaudía, así mismo si el grupo consideraba errónea su respuesta, se le abucheaba. Esta dinámica tuvo gran participación, debido a que se aprendía y repasaba lo ya aprendido jugando.

En algunas ocasiones hubo adivinanzas que los muchachos no fueron capaces de resolver, ni en forma grupal, en las que tuvieron que intervenir los facilitadores para resolverlas.

#### **Cuarta sesión.**

Se inició esta sesión, en el aula del INEA, cuestionando a los jóvenes acerca de dudas que tuvieran, no hubo respuesta, así que se procedió a la evaluación, por medio de la aplicación de un cuestionario. Que constaba de 15 preguntas abiertas, se tuvo que insistir varias veces acerca de las preguntas y de lo que se trataba, o lo que se buscaba que contestaran, de manera que no se influyera en su resultado.

#### **Factores que limitaron el proceso grupal, en el desarrollo de los ciclos 5 y 6.**

- El bajo nivel cultural de algunos de los integrantes del grupo, ya que en varias ocasiones, se tuvo que repetir conceptos, palabras, expresiones, etc., para que comprendieran su significado.
- El límite de tiempo, ya que en ocasiones, por lo mencionado anteriormente, se perdieron algunos minutos, al tratar de acondicionar los espacios de trabajo y homogeneizar los conocimientos, por lo cual se tuvo que disponer de tiempo extra, lo cual no era del agrado de los jóvenes participantes.
- El lenguaje limitado de los educandos, ya que en ocasiones, se tenían algunas dudas que no fueron correctamente captadas, debida a que no pudieron expresarse.

- La intervención de gentes externas al grupo de educandos, como familiares conocidos y maestros de los integrantes del grupo, que interrumpían constantemente las sesiones.
- La distracción debida a algunos integrantes que funcionaban como "saboteadores", mofándose de sus compañeros y realizando comentarios que en ocasiones hacían reír al grupo y en otras hacían perder el interés.
- La apatía de los educandos para participar algunas dinámicas que no eran de su agrado como la del buzón.

#### **Factores que facilitaron el proceso grupal.**

- La disposición de los facilitadores a seguir, a pesar de no tener las condiciones ideales.
- La adaptación de los materiales a las dinámicas, que fueran del agrado de los educandos.
- La asistencia y predisposición que se mostró tanto por los muchachos, como por los facilitadores, que propició la continuación de las sesiones de trabajo.
- El apoyo por parte del centro de salud, que prestó sus instalaciones y equipos de proyección, para la realización de algunas de las sesiones que así lo requerían.

#### **Fenómenos relevantes en los procesos grupales.**

- Se observó que a pesar de todas sus limitantes en cuanto a cultura, edad, educación y posición social, los muchachos mostraron el interés y la capacidad de aprender.
- Se notó que los roles dentro del grupo, fueron modificándose, es decir, los que algunas veces fueron saboteadores, otras estaban interesados, y viceversa.
- Es de nuestro conocimiento, que algunos de los integrantes de los equipos de trabajo, se acercaron al centro de salud a solicitar información y algunos métodos anticonceptivos y de prevención de ETS, como preservativos.
- Dentro del cuestionario aplicado, se solicitaron comentarios al respecto del curso, donde el consenso general torna alrededor de la expresión del agrado y necesidad de experiencia como lo es este proyecto.

#### **a 4) Relatoría de los ciclos 7 y 8. De Cultura de la Sexualidad.**

##### **El ciclo 7 fue diseñado para exponer los siguientes temas:**

- Autoestima.
- Aborto.
- Violación.
- Roles Sexuales. (Machismo y Virginidad, Heterosexualidad y Bisexualidad)

Las actividades de las sesiones del ciclo siete, correspondientes a la cultura de la sexualidad, tuvieron que ajustarse a una sola sesión, debido a que los estudiantes estaban a punto de terminar sus actividades del ciclo escolar.

Se dio inicio a las 10:00 a.m. Los muchachos se notaban entusiasmados, sobre todo un grupo de niñas, que siempre fueron las más activas y participativas.

Comenzamos con la sesión de autoestima, no se dividió desde el principio al grupo en subgrupos, debido a que por afinidad se forman grupos de 3 a 4 muchachos, algunos de ellos mixtos, pero siempre respetando la homogeneidad de los integrantes en cuanto a edades y conocimientos de los mismos, como se había venido haciendo desde las primeras sesiones.

Se realizó la técnica de conferencia, que corresponde a la fase teórica en la que algunos jóvenes se notaban muy inquietos, tal vez querían participar y no se atrevían a expresarse. A dos que logré identificar como distractores, de inmediato los hice participar y me sorprendió realmente las buenas ideas que aportaron acerca de lo que es la autoestima alta y la autoestima baja.

Al principio los facilitadores no encontrábamos el ritmo del grupo, pero conforme fuimos avanzando durante la sesión, nos acoplamos y la conversación con los muchachos entró en una fase muy difícil de explicar con palabras, por que se trata de sentimientos que se notaban tanto en los educandos como en los facilitadores.

Ya terminada la parte teórica, que por lo general es aburrida, pero en este caso resultó muy interesante por la buena participación e interacción entre los muchachos y los facilitadores, incluyendo a los "distractores", que estaban metidos de lleno, pasamos a la primera actividad.

Entonces como está marcado en la sesión correspondiente, se les pidió que sacaran una hoja y lápiz, entonces realizamos el ejercicio CONOCIÉNDOME, donde se solicitó que dividieran la hoja en dos, a algunos incluso les cuesta trabajo hacer esto por que es un grupo muy heterogéneo. Del lado izquierdo deberían colocar 3 cualidades. Para que pudieran entender que es una cualidad, tuvimos que recurrir a diversas técnicas para explicarlo hasta que todos entendieron y algo relevante fue la participación de "El Parches", un muchacho siempre distractor y renuente a participar abiertamente, quién ayudó a un

compañero a entender cual era el objetivo del ejercicio, eso si que es un gran adelanto. De la misma manera del lado derecho deberían colocar tres defectos.

Otra cuestión relevante es que por lo general es más fácil encontrar defectos que virtudes, pero en este grupo la gran mayoría encontró más fácil las cualidades que los defectos, eso habla de que tienen un buen nivel de autoestima. Se encargó una tarea para casa, que nadie hizo.

Posterior a esto, pasamos al tema del aborto, entonces todas las sonrisas y la algarabía que existió hasta entonces, desapareció, los rostros se notaron serios y atentos, algunos bajaron la mirada, se escucharon comentarios acerca de que este tema era muy feo, este es el tema en el que nadie hizo ni una sola broma al respecto, se les alentó a que no se sintieran mal, que es mejor tener información y saber acerca del tema, así mismo si existía laguna duda, se pidió interrumpieran en ese momento, en fin, un grupo a coro respondió –“es mejor prevenir, que lamentar, para eso están los anticonceptivos”- Este solo comentario valida todo el trabajo que nos ha costado a todos la Realización de este material.

Continuamos con el tema y nadie interrumpió, hasta el final preguntaron para reafirmar la posición de la Iglesia, que claro es en contra del aborto, se les reafirmó que al final de cuentas la decisión es de cada una de las muchachas, haciendo una reflexión profunda etc., etc. Vino la pregunta obligada ¿Tu que opinas Doctor?,(\*\*) Yo estoy en contra del aborto, respondí y les conté que en mi caso cuando tuve que decidir, mis condiciones me permitieron decidir por no realizar uno, pero que una de las únicas cualidades genuinas que realmente tenemos los Humanos es la capacidad de decidir y que debemos ponerla en práctica, tomando nuestras propias decisiones.

**(\*\*) Nota de los autores:** En las discusiones previas a la iniciación de este proyecto con los adolescentes, como equipo llegamos a fijar nuestra postura ética al respecto del aborto y coincidimos en desaprobar el hecho, sin embargo, dado el ambiente en el que se llevan a cabo, como la clandestinidad, medidas antihigiénicas, etc., también creemos que debe ser legalizado, aspirando a que deje de ser utilizado en el momento en el que los niveles de información y formación ética al respecto de la población sean los adecuados y constituya un medio legal que no se utilice, sino por excepción.

Hicimos una breve dinámica, parecida a la anterior, pero en esta ocasión les pedí que pensarán en la persona a la que más quisieran en el mundo, quién sea que fuere y que anotaran una lista pequeña de cosas buenas que esa persona tiene. Posterior a esto, les pedí que pensarán que cosas buenas había hecho esa persona por ellos, después algo malo que les hubiera hecho, les dije que meditarán acerca de sí fuesen capaces de matar a esa persona. Todos respondieron que no.

Tal vez analizando ahora esa dinámica, creo que estuvo totalmente dirigida en contra del aborto. Se pueden idear otras que hagan reflexionar más acerca del tema. En fin, es harina de otro costal.

Seguimos adelante con el tema del Abuso Sexual y Violación Sexual, aquí también noté un gran interés por parte de los jóvenes, ya tenían información previa, por una plática que yo mismo di a la comunidad al principio de mi servicio social, en el aula del centro de salud, en fin, no todos asistieron aquella vez pero creo que quedó bastante claro que nadie tiene derecho a obligarlos a hacer algo de tipo sexual, en lo que ellos no estén de acuerdo, los muchachos se sorprendieron cuando les dije que estar molestando a una chava que no quiere nada contigo y ya lo expresó así abiertamente, es un tipo de acoso sexual, que ella tiene derecho a denunciarlo y que se puede tener líos con la justicia.

Expresaron dudas acerca de esto dentro del matrimonio, El parches dijo que entonces para que se casaba, si su vieja iba a poder negarse a acostarse con él cuando a él se le diera la gana, entonces hubo una reacción por parte de las niñas, quienes le dijeron que usara la cabeza para pensar, que una mujer no es una cosa, que tiene sentimientos y debe ser respetada. Me quede desconcertado y muy contento con esa respuesta, no se habló más del asunto.

Pasamos al tema de los roles sexuales, nadie aparentemente tenía idea de que íbamos a hablar, conforme avanzamos se dieron cuenta de que sí y se sintieron bien, - Bueno Doc. , Lo que pasa es que debe decirnos, o somos Machos o Viejas. , -, Ni hablar un solo curso no puede hacer milagros.

Les comenté que los Homosexuales o Bisexuales, son personas que tienen derechos y aunque no nos gusten, no debemos molestarlos ni insultarlos, entonces dijeron -"Doc. Dios hizo Hombre y Mujer, los maricones son enfermos", todos coincidieron en lo mismo, no aceptaron el hecho de que solo es cuestión de cómo lo veamos, puede ser una aberración, una preferencia o un enfermo, el caso es que nos guste o no debemos respetarlos.

La dinámica de Identificando Mi Rol Sexual, fue muy divertida, todos los varones coincidieron en que la publicidad que también influye en el rol sexual pone a -"pura gente bonita, muchachas bien buenas y cuates bien mameyes, pero que esa no es la realidad", Hubo una buena discusión, cuando se llegó a la ropa y los peinados, no se diga del uso de aretes, las opiniones se dividieron.

Luego otra dinámica fue la de Ventajas y Desventajas de los Roles Sexuales.

En sí las niñas piensan que es ventaja ser mujer por que en casa las procuran más, es decir las cuidan y las miman más. Pero que es desventaja por que tienen menos permisos para salir que sus hermanos varones y que a futuro tienen menos oportunidades de trabajo, así mismo cargan con la responsabilidad de la educación de los hijos.

Los muchachos piensan que es ventaja ser varón por que hay más libertad y menos responsabilidades en lo que a trabajo en casa se tiene, pero es desventaja que se espera de ellos que trabajen y ganen mucho dinero, y que no puedan expresar sus sentimientos de cariño y necesidad del mismo.

Fue curioso cuando les comenté que en sí es verdad en México la educación de los hijos recae en la madre de familia, pero que ellas son culpables de lo que se quejan, de las conductas machistas de los hijos, por que ellas son las que les enseñan a los hijos a ser dominantes, arrogantes, consentidos, irresponsables, que pueden obtener cosas con violencia y a la fuerza. Por el contrario a la niña le encelan a ser sumisa, cariñosa, débil de carácter, conformista, que puede obtener cosas con el soborno emocional, etc.

Lo anterior ha sido a través de generaciones, de abuela a madre a hija, etc., etc. Que entonces en las manos de ambos padres, como ellos serán en un futuro, está el cambio la renegociación de los valores y los roles sexuales.

Se me informó que el próximo jueves 25 de Junio no habrá clases debido a las fiestas del Pueblo de San Juan. Tenemos cita para el próximo martes 30 junio.

#### **Relatoría ciclo 8.**

El ciclo 8 fue diseñado para exponer los siguientes temas:

- Controlar y decidir tu vida.
- Expectativas Futuras

Iniciamos a las 10:00 A.M. en esta ocasión acudí yo solo, debido a causas de fuerza mayor. Así comenzamos solo con dieciséis asistentes. En esta sesión la mayoría de los muchachos estaban distraídos y no ponían atención así que con toda la pena del mundo, tuve que utilizar un método algo represivo, pero funcionó. Identifiqué a los más descarados y les solicité con voz firme que si no querían tomar la sesión, en "buena onda" se fueran a su casa, todos atónitos comenzaron a poner atención. Lo que sucedió es que entre ellos estaba el hijo de la maestra que también es asesor de ellos.

La sesión transcurrió sin mucho interés por parte de los muchachos, por más que traté que participaran como en las sesiones anteriores, solo logré que algunos se interesaran de lleno en la plática, hasta que llegué a los siete puntos de cómo tomar una decisión, entonces todos apuntaron los puntos que escribí en el pizarrón y los comentarios que se hicieron al respecto de cada punto. Entonces entre ellos mismos comentaron que no tenían idea de que hubiera tantos problemas para poder tomar una decisión.

Me pidieron un ejemplo y pues solo se me ocurrió hablarles de mí, porque como mis compañeros, también estoy pasando por un momento muy importante en mi vida y tenemos que elegir entre varias opciones como son: hacer una especialidad o una maestría, por ejemplo; entonces si se tornaron



interesados. -"solo el parches dijo: "Que hueva, yo no haría nada, ni me gusta estudiar"-, en fin es caso muy difícil el del parches.

Luego ya que desarrollé los pasos que podría seguir para tomar una decisión al respecto, hicimos un ejercicio en equipos acerca del tener o no relaciones sexuales y me agradó que la mayoría opinó que era algo muy serio, que no se podía tomar a la ligera, por que implicaba muchas cosas sobre las que habría que meditar para poder tomar la decisión. Una vez más se nota un cambio de actitud y forma de pensar, que me gustaría creer es para siempre, aunque no tenemos manera de comprobar que así sea.

Lo que realmente me hizo sentir muy mal, fue la siguiente parte de la dinámica que trató acerca de las expectativas futuras, solo una persona del grupo tenía una vaga idea de lo que quería hacer; vamos para pronto no querían tomar la responsabilidad que implica el reto de plantearse cuando iban a pasar de año o finalizar este curso, entonces los invité a reflexionar sobre esto y procedimos a la evaluación.

#### **Factores que limitaron el proceso grupal, en el desarrollo de los ciclos 7 y 8.**

- El factor tiempo por el fin de cursos, en un principio causaba inquietud y falta de interés por parte de los muchachos.
- Los temas como autoestima, aborto, violación, abuso sexual y roles sexuales, de inicio no estaban dentro del campo de interés de los jóvenes.
- La irregularidad en la asistencia de los muchachos por diferentes motivos, propició que en algunas ocasiones conocimientos que se daban por asimilados y apropiados, estuvieran ausentes, lo que dejó huecos para el entendimiento de otros conceptos.
- A este nivel nos topamos con la limitante de una raquíca cultura general de los integrantes del grupo.
- Nos topamos además con la idiosincrasia propia de un pueblo en transición de rural a urbano, lo cual no mermó el interés de los muchachos pero sí la participación de los mimos en algunos temas.
- La influencia de ciertos miembros del grupo, que algunas veces participaban o tomaban el rol de sabotadores.

#### **Factores que facilitaron el proceso grupal.**

- La integración de los facilitadores al grupo de adolescentes.

- La identificación e integración de las personas distractoras a las dinámicas grupales, haciéndolas participar.
- La adaptabilidad de los materiales de apoyo a las características del grupo.
- La participación de los educandos en los temas en los cuales se les logró despertar su interés.
- Los esfuerzos por mantener la coherencia en la secuencia de los acontecimientos planeados.
- El esfuerzo por propiciar el compañerismo, en lugar de la burla hacia los menos preparados, manteniendo un ambiente de respeto.
- El cambio en los conocimientos, actitudes, adquiridas durante las sesiones de trabajo previas a estas.

#### **Fenómenos relevantes en los procesos grupales.**

- Se notó el efecto de las primeras sesiones, en cuanto a la distribución del grupo en equipos de trabajo, los cuales se formaron automáticamente, de la forma como se empezó a practicar desde los primeros ciclos, esto es manteniendo una mezcla adecuada de edad y escolaridad.
- Se notó el cambio de actitud de algunos muchachos que algunas veces funcionaron como sabotadores, quienes se interesaron por los contenidos temáticos e incluso ayudaban a los menos preparados.
- Algunos educandos, manifestaron el agrado por la técnica de conferencia, sin llegar a ser totalmente pasivos en cuanto a la construcción del conocimiento, es decir no sólo funcionaban como receptores, sino que les agradaba participar.
- De cierto grado de agitación y morbo, que se notó en las sesiones iniciales, se transitó hacia un ambiente más relajado, en el que los temas eran tratados con más naturalidad. Como el ejemplo al hablar del aborto, donde manifestaron que ese tema no les agradaba, pero que para eso vale más prevenir que lamentar, que para eso existían los anticonceptivos. Lo que plasma un cambio en el manejo de información, hacia una de mejor calidad.

#### **b) EVALUACIÓN.**

##### **b 1) CICLOS 1 Y 2.**

##### **Análisis cuantitativa:**

Aunque como ya lo hemos mencionado anteriormente, al cambiarse los objetivos de los ciclos 1 y 2, proceso en el cual se hizo primordial la homogeneización de conocimientos y actitudes en consecuencia lógica, se modificaron también para éstos ciclos los indicadores de evaluación, disminuyendo en su importancia los cuantitativos o numéricos y aumentando proporcionalmente la importancia de los cualitativos.

Sin embargo en el factor evaluación de los ciclos 1 y 2 existieron dos elementos que pudiesen tener reflejo cuantitativo, estos son: sobre las funciones de la sexualidad humana y sobre una autoapreciación sobre la captación y construcción de conocimientos de estos ciclos.

Durante la sesión inicial, al preguntarse sobre las funciones de la sexualidad, los resultados fueron los siguientes:

**Las funciones de la sexualidad son:**

- a) Reproducción (5 de 5 equipos) = 100%.
- f) Placer (3 de 5 equipos) = 60%.
- g) Compañía (2 de 5 equipos) = 40%.
- h) Estabilidad emocional. (2 de 5) =40%
- i) Amor (1 de 5 equipos) =20%.
- j) Protección a crecimiento  
Y desarrollo (0 de 5 equipos) = 0%

Durante la tercera sesión ya iniciado el ciclo 2, se volvió a preguntar a los equipos sobre las funciones de la sexualidad y el resultado fue el siguiente:

**Las funciones de la sexualidad son:**

- a) Reproducción (5 de 5 equipos) = 100%.
- b) Placer (5 de 5 equipos) = 100%.
- c) Compañía (4 de 5 equipos) = 80%.
- d) Estabilidad emocional. (4 de 5) = 80%
- e) Amor (4 de 5 equipos) = 80%.
- f) Protección al crecimiento  
Y desarrollo (4 de 5 equipos) = 80%.

El segundo aspecto con reflejo cuantitativo fue la autoapreciación sobre el grado de captación de los temas tratados y aunque constantemente en el momento de las plenarios, se consultaba al grupo sobre si no quedaban dudas y no se continuaba hasta quedar totalmente esclarecidas, lo cual hipotéticamente nos daría un coeficiente de captación del 100%, en realidad cuando se hacía esta pregunta retrospectivamente, sobre temas ya tratados, la autoapreciación se movió en un rango que nos dio un coeficiente de captación de aproximadamente 80%.

**Análisis cualitativo.**

## **Ciclo 1.**

### **Tema: ¿Qué es la sexualidad?.**

Se logró la ruptura de "hielo", de un grupo que trabaja un tema por primera vez, se detectó individualmente diferencias escolares y de edad utilizándose eso para establecer nuestra estrategia que coadyuvó a salvar diferencias. Se tuvo una idea general de la forma en que los integrantes del grupo conceptualizaban y abordaban el tema de la sexualidad. Se logró el primer avance en nivel de conocimientos de fisiología elemental sobre el desarrollo de caracteres sexuales secundarios en el varón. Se iniciaron las tendencias de respeto y colaboración que ayudaron al desarrollo del proceso.

### **Temas: De niño a adolescente y de niña a adolescente.**

Se logró disolver actitudes mórbidas y llenar faltantes de información esenciales en los integrantes del grupo. Para esto fue fundamental la calidad de los materiales de apoyo.

### **Tema: Códigos de valores y signos.**

En este momento consideramos que se consolida la forma de trabajar del grupo en dinámicas participativas y por primera vez sentimos que se logra trabajar en un ambiente de relajación y respeto conjuntos. Empezamos a notar que el aspecto lúdico facilita el proceso emprendido. Desaparece la timidez de los menos instruidos al calor de las dinámicas que contiene elementos humorísticos. Se establece la convivencia grupal de individuos que maneja valores diferentes sobre una misma situación sexual.

## **Ciclo 2. Temas: Funciones de la sexualidad. Sexualidad y reproducción. Fisiología y Anatomía.**

Se consolidan los conocimientos elementales necesarios para el desarrollo de los demás ciclos.

### **Tema: Asertividad.**

Se logra que los participantes se inicien en el conocimiento de poseer derechos propios y su capacidad para hacerlo saber de manera clara y firme empezando así a disminuir el proceso de influencia de personas no idóneas tan común en estas etapas de la vida. Se inicia a los educandos en el conocimiento de la posibilidad de defender sus propios valores respetando valores ajenos no coincidentes y de alguna forma vislumbrar los procesos de autoestima que se pretende consolidarán en los últimos ciclos.

En general tomando como parámetros únicamente satisfactorio o no satisfactorio, con una sesión de autoanálisis, se considera como satisfactorio para el desarrollo de los siguientes ciclos el avance conseguido hasta ese momento.

## **b 2) CICLOS 3 y 4.**

### **Análisis cuantitativo:**

Como ya hemos mencionado en los ciclos anteriores, la evaluación cuantitativa dejó de ser un objetivo primordial, por lo tanto solo se valuó de manera cualitativa como ya se plasmó en las relatorías de estos ciclos.

### **Análisis cualitativo:**

#### **Tema: Consecuencias de un embarazo no deseado en la adolescencia.**

En esta parte de la sesión, los adolescentes llegaron a la conclusión de que el embarazo en la adolescencia era una situación bastante problemática en todos los aspectos, por lo que preferían utilizar algún método anticonceptivo, aunque aún no los conocían a detalle. Se notó en esta sesión que ya tenían idea de que existían algunos métodos anticonceptivos, solo se vino a reafirmar una posición dando bases "teóricas" para prevenir los problemas que acarrea un embarazo no deseado y más siendo adolescente.

#### **Tema : El miedo a estar solo.**

Los jóvenes manifestaron, que no es pretextos el tener problemas familiares, estar solo, tener problemas en la escuela o algún otro tipo de problema, para tener relaciones sexuales, puesto que tal vez ni así se sentirían acompañados.

#### **Tema: La posibilidad de sentirse adulto.**

En este tema, se logró ventilar y que se aceptara el hecho de que iniciar la vida sexual, no los hace ser hombres o mujeres, sino que se necesitan muchos procesos que implican la madurez física y mental.

#### **Tema: La posibilidad de reafirmarse como hombres o mujeres.**

De igual forma en esta sesión se aceptó que la práctica del sexo no reafirma la identidad sexual ni los convierte en hombre o mujer, sino que son necesarios muchos otros factores que se tratarán en sesiones posteriores más detalladamente.

En este ciclo podemos decir que hubo un cambio de actitud y conocimientos debido a lo que los adolescentes dijeron y concluyeron en el sociodrama, adoptando una conducta y pensamiento preventivo ante todo contra el embarazo y por el hecho de que siempre tenían en consideración el que podían tener relaciones sexuales, no tener la idea mágica, de que ellos no los van a tener no conociendo métodos anticonceptivos. Cuando alguno de los participantes de las dinámicas tenía dudas respecto a alguna situación, siempre había quién le orientará hacia una conducta sexual responsable, libre de tabúes y falsos moralismos. Sin ser pretenciosos, éste ciclo fue de los que más gustó en primer lugar por la dinámica que los involucra y compromete con la situación (contrario a lo que los adultos pensamos de ellos, los adolescentes, buscan ideales a los que

aferrarse, algo en que creer y cuando lo hacen, sí éste es válido, lo defienden estoicamente), lo que hizo que cambiarán algunas de sus perspectivas de vida en el plano de la maternidad.

#### **CICLO 4. ANTICONCEPCIÓN.**

##### **Análisis Cualitativo.**

###### **Tema: ¿Puedo ser padre?. “¿Yo papá?”.**

Los adolescentes concluyeron que a esta edad no es posible ser padres, debido a que no cuentan con ningún tipo de preparación, como sería el tener una posición económica, profesional y cultural, adecuada para dar lo mínimo indispensable a un nuevo ser.

###### **Tema: Anticoncepción.**

El ciclo 4 fue el complemento el anterior, resultando más enriquecedor el resultado en éste, ya que aquí pudieron adquirir conocimientos para usar adecuadamente los métodos anticonceptivos, cambiaron la actitud que tenían de pensar que por el hecho de conocerlos, significaba que eran promiscuos y los iban a usar indiscriminadamente, adoptando una actitud crítica, reflexiva y de preparación para usarlos cuando ellos necesiten; pensando que hay momentos que no siempre se planean para tener relaciones sexuales, de ahí lo importante de tenerlos en mente. En conjunto el balance es positivo.

#### **b 3) CICLOS 5 Y 6.**

##### **Análisis Cuantitativo.**

Desdichadamente la aplicación del cuestionario como estaba previsto, no fue para nada lo que esperábamos, Encontramos dificultad en la aplicación e imposibilidad en el análisis de las respuestas, debido a que fueron escuetas y algunas veces no tenían nada que ver con lo que se planteaba. Lo anterior puede expresar que el instrumento no fue el adecuado, debido a que no estaba adaptado a las condiciones del grupo en cuestión y por lo tanto lo consideramos fuera del alcance del análisis numérico.

##### **Análisis Cualitativo.**

###### **Tema: Identificación de las ETS más comunes, reconociendo sus síntomas.**

En esta parte de la sesión, observamos que los jóvenes ya tenían alguna información previa al respecto, algunos podríamos considerar que era la correcta, pero en otros, se alejaba del todo de la realidad. Sin embargo, podemos afirmar que al finalizar esta sesión, se trató de homogeneizar los conocimientos y que los muchachos, se llevaron información de buena calidad.

Este fenómeno tuvo su mayor significado y apreciación cuando surgieron comentarios o dudas por parte de alguno de los integrantes, las cuales tuvieron respuestas que provinieron de los mismos muchachos, quienes por si solos discutieron al respecto. Lo cual pude interpretarse como el manejo de una información adecuada, que contribuyó a la construcción del conocimiento.

**Temas: Historia Natural de: Sífilis, Herpes, Gonorrea, Condiloma, Vaginitis Monilial, Chlamydia, Tricomoniasis, Hepatitis Tipo B, Pediculosis. VIH y SIDA.**

Así mismo, dentro de esta parte de la sesión, se pudo constatar que los muchachos, al tener contacto con las cuestiones que se plantearon con las adivinanzas, fueron capaces de resolver la mayoría de ellas, sin embargo existieron algunas en las que tuvimos que participar para aclarar en su totalidad las dudas. Sin embargo, a pesar de que los muchachos si manejaban ya algunos conceptos e información de calidad, el nivel en general se encontró a nivel muy elemental, pero sí de mejor calidad que en un principio.

Así mismo con estas dos partes de la sesión, pudimos constatar, que existen técnicas, que por mejor diseñadas que estén, no siempre pueden adaptarse a todos los grupos, en este grupo en particular, lo que resultó mejor fueron las dinámicas que incluían el juego, como lo fue el cerillo de las adivinanzas, descartamos el buzón como técnica.

**Temas: Jóvenes que previenen las ETS mediante la práctica de conductas de higiene básicas. Sexo Seguro.**

Los temas anteriores, se trataron por medio de un video, el cual resultó ser una técnica eficaz puesto que constituyó una novedad para muchos de ellos, en lo que respecta a sentarse frente a una televisión y una reproductora de video. En este grupo consideramos esta técnica de transmisión de conocimientos e información como adecuada, debido al interés que suscitó.

En esta misma sesión, pudimos apreciar el grupo ya había asimilado lo que respecta los métodos de prevención del embarazo y ETS, que fueron tratados en sesiones anteriores.

#### **b 4) CICLOS 7 Y 8.**

##### **Análisis Cuantitativo.**

Dentro del análisis de los resultados numéricos, obtenidos de la aplicación del cuestionario, se observa que no son del todo lo que se esperaba encontrar

en algunas preguntas, debido tal vez a que el instrumento de captación de datos no estuvo lo suficientemente adaptado al nivel de comprensión de los muchachos y otras cuestiones que detallaremos adelante

Así podemos observar que este cuestionario, que consta de siete preguntas acerca de la toma de decisiones, va dirigido a obtener en lo posible respuestas que tendieran hacia estar en desacuerdo al planteamiento de las mismas, al obtener un resultado así, Totalmente en Desacuerdo (TD) o en Desacuerdo (D), la consideraríamos una respuesta positiva para los objetivos de esta sesión.

Aunque la mayoría de las respuestas obtenidas, pueden considerarse positivas, esto es solo se puede afirmar en el análisis del grupo en general. Faltaría otro instrumento previo para hacer el análisis individual.

Se esperaba que la mayoría de las respuestas se inclinaran hacia totalmente en desacuerdo (TD), o desacuerdo (D) siendo los resultados los siguientes:

1. - ¿Es verdad que solo los adultos deben tomar decisiones?,

**T.A= (4) 25% D.A.= (0) 0% I.= 1 (6.3%) D.= (2) 13% T.D.= (9) 56%**

Esta premisa pretende evaluar acerca de la toma de decisiones por parte de los educandos, por lo mencionado en los dos párrafos anteriores, estas respuestas se podrían interpretar como positivas, ya que tienden a estar totalmente en desacuerdo o desacuerdo. (69%) entre ambas y esto coincide con lo esperado, según los objetivos perseguidos en esta sesión.

2. - ¿ Es verdad que cuando otros controlan lo que nos pasa nos va mejor?.

**T.A= (6) 38% D.A.= (2) 13% I.= 1 (6.3%) D.= (3) 19% T.D.= (4) 25. %**

De la misma manera, esta pregunta indaga acerca de la toma de decisiones. Las respuestas obtenidas pueden considerarse como negativas, ya que la mayoría de las respuestas tienden a estar totalmente de acuerdo o de acuerdo. (51%) entre ambas. Y esto va en contra de lo esperado según nuestros objetivos para esta sesión. Sin embargo en esta pregunta hubo un poco de confusión para poder entenderla, lo que pude arrojar un resultado no muy confiable.

3. -¿ Es verdad que es mejor tomar una decisión impulsivamente?

**T.A= (3) 19% D.A.= (2) 13% I.= 1 (6.3%) D.= (4) 25% T.D.= (6) 38%**

En esta premisa también se cuestiona acerca de la toma de decisiones, las respuestas obtenidas también pueden considerarse como positivas de acuerdo a los objetivos que persigue esta sesión debido a que tienden a TD y D. Con (63%) entre ambas.



4. -¿es verdad que no vale la pena tomar decisiones ya que las cosas dependen de la suerte o del destino?.

**T.A= (4) 25% D.A.= (1) 6.3% I. = 4 (25%) D.= (2) 13% T.D.= (5) 31%**

Estos resultados también son positivos para esta sesión, debido a que tienden a estar hacia TD y D, aunque solo por muy poco superan a las otras tres categorías con (44%).

5. -¿Es verdad que si no se cede a las presiones del grupo no se es popular?.

**T.A= (2) 13% D.A.= (2) 13% I. = 0 (0%) D.= (7) 44% T.D.= (5) 31%**

Los resultados de esta pregunta, obviamente favorecen a los resultados buscados por esta sesión, con tendencia hacia TD o D en (75%).

6. -¿ Es verdad que es mejor decidir hacer lo que causa placer que lo que es obligatorio?.

**T.A= (4) 25% D.A.= (1) 6.3% I. = 1 (6.3%) D.= (4) 25% T.D.= (6) 38%**

En esta pregunta, los resultados también se consideran como positivos, debido a que se orillan hacia TD o D. Con (63%).

7. -¿ Es verdad que si nos da miedo tomar una decisión es mejor no tomarla?.

**T.A= (7) 44% D.A.= (3) 19% I. = 0 (0%) D.= (2) 13% T.D.= (4) 25%**

En estos resultados, observamos una tendencia hacia TA y DA, lo que consideramos como negativo para nuestros objetivos en esta sesión. Con (63%). Estas respuestas se contraponen al común denominador de las anteriores y hace dudar la calidad de la pregunta.

En el análisis individual, como ya hemos mencionado, faltó un instrumento de captación de información previo, para poder comparar si hubo modificaciones o no en cuanto a la adquisición de conocimientos y o cambio en las habilidades y actitudes.

Sin embargo al analizar los datos por individuo de este cuestionario de siete preguntas, a simple vista se observa que las respuestas son mas o menos congruentes a en lo que respecta a los rangos de respuesta por individuo, esto es, que no hay mucha variación de TD o D hacia I, DA o TA.

Pero existen otros que no sabría como interpretar, por ejemplo alguno que si varía en las respuestas y fluctúa de TD a TA u otro que responde a todo con TA. Así mismo algún otro sujeto que responde a todo con TD o D.

Lo anterior me hace suponer que el instrumento no está bien elaborado, no cumple con los criterios necesarios de adaptación a la población en estudio, debido a que puede ser que los muchachos se hayan confundido con las preguntas, no las entendieron bien y por lo tanto no fueron capaces de contestar bien o bien la técnica de transmisión de conocimientos no fue la adecuada.

## **CICLO 8.**

### **Análisis cuantitativo.**

Los resultados fueron los siguientes:

1. - ¿Es verdad que si alguien se quiere mucho se vuelve egoísta?.

**T.A= (2) 11% D.A.= (4) 22% I. = (2) 11%)D.= (8) 44% T.D.= (2) 11%**

En esta pregunta la respuesta que se esperaba para considerarla positiva, debería tender a estar entre los incisos de totalmente desacuerdo (TD) o desacuerdo (D). Cumpliendo entre ambas con **55%**, por lo tanto la consideramos.

2. -¿ Es verdad que si alguien se considera a sí mismo(a) valioso(a) la gente no va a querer estar con él (ella)?.

**T.A= (0) 0% D.A.= (3) 17% I. = (1) 5.6% D.= (3) 17% T.D.= (11) 61%**

De igual forma en esta pregunta se esperaban respuestas contrarias a la premisa planteada, obteniendo respuestas que se orientan hacia TD o D con **77%**, por lo tanto cumple con los objetivos de esta sesión.

3. - ¿Es verdad que tener una alta autoestima es igual que ser presumido(A)?.

**T.A= (0) 0% D.A.= (1) 5.6 % I. = (1) 5.6% D.= (6) 33% T.D.= (10) 56%**

En esta pregunta también se buscaba encontrar opiniones contrarias a la premisa, siendo así en **89%**, por lo que cumple con lo esperado y es considerada una respuesta positiva para los objetivos que planteamos en esta sesión.

4. - ¿Es verdad que si no sabe hacer algo, no se debe tratar de hacer?.

**T.A= (1) 5.6% D.A.= (1) 5.6 % I. = (3) 17% D.= (4) 22% T.D.= (9) 50%**

En esta pregunta se trataba de indagar acerca del miedo que pudiese tener el entrevistado al fracaso en un área en la que no se tiene destreza o conocimiento del tema, por lo que las respuestas obtenidas favorecen a los objetivos de esta sesión. TD o D 72%.

5. - ¿Es verdad que a las mujeres inseguras las quieren más?.

**T.A= (0) 0% D.A.= (3) 17 % I. = (1) 5.6% D.= (10) 56% T.D.= (4) 22%**

En esta pregunta. Se intentaba investigar acerca de la situación de los muchachos frente al machismo, encontrando resultados que tienden hacia TD o D con 78% entre ambos.

6. -¿ Es verdad que a los hombres inseguros nadie los quiere?.

**T.A= (2) 11% D.A.= (3) 17 % I. = (5) 28% D.= (6) 33% T.D.= (2) 11%**

En esta premisa se intentaba investigar la postura de los jóvenes hacia el ideal de hombre, en cuanto a su forma de actuar. Encontrando respuestas que aunque tienden hacia TD o D con 44%, lo que consideramos positivo, hay un 28% que esta Totalmente de acuerdo (TA) o de Acuerdo (A). Y el 28% restante es indiferente.

7. - ¿Es verdad que para sentirse seguro(a) de uno mismo es necesario ser atractivo(A) físicamente?.

**T.A= (1) 5.6% D.A.= (0) 0 % I. = (2) 11% D.= (6) 33% T.D.= (9) 50%**

En esta premisa se esperaba también una respuesta contraria a lo que se plantea, siendo así en 83% de los casos, lo que es considerado positivo para los objetivos que perseguimos en esta sesión.

8. - ¿Es mejor decir “no puedo” cuando nos proponen algo en vez de decir “ no quiero”, para no hacer sentir mal a las personas?.

**T.A= (1) 5.6% D.A.= (6) 33 % I. = (3) 17% D.= (3) 17% T.D.= (5) 28%**

En esta premisa se buscaba una respuesta que estuviera de acuerdo a lo que se plantea, es decir TA o D, lo que solo ocurrió en 38.5%, contra 45% que estuvieron TD o D y 17% Indiferentes. Por lo que en cuanto a ser asertivo y manejar la respuesta más honesta, no se cumplieron en su totalidad los objetivos deseados.

9. - Si reviso un trabajo de algún amigo y está mal hecho. Es mejor decirselo.

**T.A= (9) 50% D.A.= (5) 28 % I. = (1) 5.6% D.= (2) 11% T.D.= (1) 5.6%**

En esta otra pregunta, la premisa plantea una situación de manejo de la asertividad, donde si se cumplieron los objetivos buscados, puesto que las respuestas obtenidas tienden hacia TA o A en 37%, lo que consideramos como positivo, de acuerdo a nuestros objetivos.

10. - Si pido un café con crema en un restaurante, y la mesera no trae la crema, es mejor esperar a que ella se dé cuenta de su error y la traiga sin decirle nada.

**T.A= (5) 28% D.A.= (2) 11 % I. = (2) 11% D.= (2) 11% T.D.= (7) 39%**

Aunque en esta pregunta que también evalúa el manejo de la asertividad en situaciones utópicas, se presentaron muchas dudas y hubo que hacer aclaraciones y explicaciones al respecto, puesto que casi ninguno de los jóvenes había asistido a un restaurante, la respuesta obtenida, favorece a los objetivos de esta sesión con tendencia TD o D en 50% de los casos, sin embargo, no me parece fidedigno el resultado de esta en particular.

11. - ¿Los hombres no deben llorar?.

**T.A= (6) 33% D.A.= (1) 5.6 % I. = (1) 5.6% D.= (4) 22% T.D.= (6) 33%**

En esta pregunta que evalúa la situación de los jóvenes hacia el machismo, se encontró un resultado satisfactorio para nuestros objetivos, con TD o D con 55%.

12. - ¿Son más inteligentes los hombres que las mujeres?.

**T.A= (5) 28% D.A.= (1) 5.6 % I. = (0) 0% D.= (6) 33% T.D.= (6) 33%**

Así mismo en esta otra premisa, se evalúa la posición de los entrevistados hacia el machismo y también se encontró un resultado positivo para nuestros objetivos con **66%** para TD o D.

13. - ¿Tanto hombres como mujeres pueden expresar abiertamente lo que piensan y sienten?.

**T.A= (8) 44% D.A.= (3) 17 % I. = (1) 5.6% D.= (2) 1% T.D.= (4) 22%**

En esta otra pregunta, se vuelve a interrogar acerca de la posición hacia el machismo, encontrando nuevamente un resultado positivo para nuestros objetivos, con tendencia hacia TA o a en **61%** .

14. - ¿Los hombres son poco sensibles?.

**T.A= (7) 39% D.A.= (4) 22 % I. = (1) 5.6% D.= (5) 28% T.D.= (1) 5.6%**

Aunque la respuesta de esta premisa no cumple con los objetivos de nuestra sesión puesto que el **61%** de los entrevistados tiende hacia TA o DA, es bien importante recalcar que los mismos jóvenes están de acuerdo de que esa es una realidad cotidiana en sus casas y medios en los que se desenvuelven, sin embargo también coinciden en afirmar que es una conducta que les gustaría revocar, por que los hombres varones también tienen sentimientos, por lo que podemos considerar esto como una respuesta que aunque no implícitamente, pero si favorece a los objetivos de nuestra sesión.

15. - ¿Las mujeres son sumisas?.

**T.A= (4) 22% D.A.= (6) 33 % I. = (2) 11% D.= (5) 28% T.D.= (1) 5.6%**

Al igual que en la premisa anterior, las respuestas plasmadas en los cuestionarios, aparentemente no cumplirían con nuestros objetivos, sin embargo, por manifestaciones de los mismos jóvenes, se dan cuenta de que esas conductas son erróneas y les gustaría cambiarlas. Por lo que podríamos considerar que si se cumplieron los objetivos de nuestra sesión.

16. - ¿Las mujeres son más emotivas que racionales?.

**T.A= (3) 17% D.A.= (2) 11 % I. = (4) 22% D.= (4) 22% T.D.= (5) 28%**

Según los resultados que podemos observar, si se cumplieron los objetivos perseguidos, por que las respuestas que se esperaban se cumplieron en **60%**.

17. - ¿Los hombres son más decididos?.

**T.A= (4) 22% D.A.= (2) 11 % I. = (6) 33% D.= (4) 22% T.D.= (2) 11%**

En esta pregunta, consideraríamos que no hay una diferencia de opiniones, puesto que el grupo se dividió exactamente en 3, 33% tendió a TA o DA, 33% Indiferente y 33% TD o D. (Revisar individualmente Hombres y Mujeres y analizar la tendencia).

18. -¿ Los hombres valen más que las mujeres?.

**T.A= (2) 11% D.A.= (1) 5.6 % I. = (4) 22% D.= (2) 11% T.D.= (9) 50%**

En cuanto a la evaluación acerca de roles sexuales y la igualdad de sexos, observamos una tendencia positiva en las respuestas obtenidas en **61%**.

19. - ¿Es verdad que la mejor forma de arreglar los problemas es con la violencia?.

**T.A= (1) 5.6% D.A.= (1) 5.6 % I. = (1) 5.6% D.= (4) 22% T.D.= (11) 61%**

En lo que respecta al manejo de la agresividad, observamos resultados positivos para nuestros objetivos en **83%**.

20. - ¿Es verdad que el hombre es el que debe mantener a la familia y ganar dinero para eso?.

**T.A= (4) 22% D.A.= (2) 11 % I. = (1) 5.6% D.= (2) 11% T.D.= (9) 50%**

En esta otra premisa, que pretende indagar acerca de los roles sexuales y la posición de los encuestados, se observa que los resultados favorecen a nuestros objetivos en **61%**.

21. - ¿Es verdad que las mujeres que trabajan hacen quedar mal a sus maridos?.

**T.A= (2) 11% D.A.= (0) 0 % I. = (1) 5.6% D.= (3) 17% T.D.= (12) 67%**

En esta premisas que de igual forma pretende indagar acerca del manejo y concepto de los roles sexuales, se encontraron resultados alentadores para nuestros objetivos en **84%**.

22. - ¿Es verdad que el hombre debe ser dominante, duro y autoritario?.

**T.A= (2) 11% D.A.= (1) 5.6 % I. = (4) 22% D.= (2) 11% T.D.= (9) 50%**

De la misma manera en esta premisa, encontramos un resultado que favorece a nuestros objetivos, en **61%**.

23. -¿ Es verdad que la mujer debe obedecer a su hombre en todo momento?.

**T.A= (2) 11% D.A.= (0) 0 % I. = (1) 5.6% D.= (4) 22% T.D.= (11) 61%**

En esta premisa, el **83%** de los encuestados, está dentro de los objetivos que esperábamos alcanzar con nuestra investigación.

24. - ¿Es verdad que el poder económico y la toma de decisiones recaen solo sobre el hombre dentro de la familia?.

**T.A= (5) 28% D.A.= (0) 0 % I. = (2) 11% D.= (1) 5.6% T.D.= (10) 56%**

En esta pregunta el **61.6%** está de acuerdo con nuestros objetivos.

25. - ¿La mujer debe trabajar?.

**T.A= (4) 22% D.A.= (5) 28 % I. = (1) 5.6% D.= (1) 5.6% T.D.= (7) 39%**

En esta pregunta, observamos respuestas congruentes con las demás respuestas que evalúan el manejo del concepto de roles sexuales y la posición de los muchachos ante los mismos. Lo anterior debido a que el **50%** de los muchachos cumple con lo esperado, según sus respuestas.

26. - ¿Es más probable que una mujer que trabaja, engañe a su marido?.

**T.A= (5) 28% D.A.= (0) 0 % I. = (4) 22% D.= (2) 11% T.D.= (7) 39%**

En esta premisa el **50%** de los muchachos coincide con la respuesta esperada, es 28% con la respuesta contraria a la esperada y 22% es indiferente.

27. - ¿Se puede platicar en pareja y buscar soluciones a los problemas juntos?

**T.A= (9) 50% D.A.= (2) 11% I. = (1) 5.6% D.= (2) 11% T.D.= (4) 22%**

En esta premisa, el **61%** de los muchachos coinciden con la respuesta esperada, el 33% con la contraria y el 5,6% son indiferentes.

### **Análisis Cualitativo**

#### **Ciclo siete**

**Tema: Autoestima.** En este ciclo se logró percibir algunos indicadores en cambios de actitud, aunque no existe manera de constatarlos a largo plazo, mi forma cualitativa de dar cuenta de este proceso interior en los educandos, es el contraste con la forma de percibir, actuar y reaccionar en las partes iniciales del proceso y en éstas que son las partes finales. Debido a lo cual podemos inferir que: Al percibir nosotros algunos cambios que van de una actitud dispersa, mórbida, indiferente, hacia una actitud concentrada, respetuosa, de compañerismo, de mayor seguridad en el manejo de temas en sexualidad.

Lo anterior puede expresar una mejor autoestima.

**Tema: Aborto.** Lo que pudimos percatar es que existe una actitud de repulsión de primera instancia, en lugar de ponerse analizar y reflexionar acerca de las causas y efectos del mismo. Esta tendencia si se vio modificada, al proponer ellos mismo, maneras o formas de evitar el aborto como lo es la prevención utilizando métodos anticonceptivos. Lo anterior también se considera un logro cualitativo, de acuerdo al marco sociocultural que rodea a los muchachos.

**Tema: Violación.** En este subtema, el cambio cualitativo se observó de forma tal que los muchachos estaban incurriendo en acoso sexual de manera inconsciente por imitación de los varones de su familia, así mismo las muchachas, se percataron de que tienen derechos y obligaciones en cuanto a hacerse respetar por los individuos del sexo contrario e incluso en el caso de ellas, de hacerse respetar por la comunidad, cuando esta todavía sostiene y promueve valores tan negativos y anacrónicos, como en este caso.

**Roles Sexuales. (Machismo y Virgindad, Heterosexualidad y Bisexualidad).** De la misma manera como sucedió en los demás temas, de una actitud de morbo y burla, algunos transitaron hacia una actitud de más respeto, tanto en el aspecto de género como de edad. Se quedó el mensaje de libertad de género y preferencias sexuales.

#### **Ciclo 8**

**Tema: Controlar y decidir tu vida.** Las apreciaciones de este tópico, tuvieron que ser depuradas de un contexto de estrés y dispersión de la atención causada por el fin de cursos de los educandos, sin embargo, de manera sutil algunos jóvenes fueron capaces de expresar firmeza en temas de los que nunca antes habían escuchado hablar a nadie y mucho menos se los habían explicado. Aunque reconocemos que no descubrimos el hilo negro, si se tuvo una mejoría cualitativa, a pesar de las limitantes de tiempo y de contexto.

**Tema Expectativas Futuras.** Este tema, aunque no supondríamos que fuese el de mayor dificultad, así se constituyó, debido a las limitantes ya mencionadas. A pesar de todas las dificultades y de la imposibilidad para poder dar seguimiento y por lo mismo que no podemos constatar el cambio de actitudes en una línea de permanente, podemos inferir que los muchachos llevan una mejor calidad de información y conocimientos se la que tenían al inicio de este proyecto. Esto suponemos los ayudará a sentirse capaces de tomar una decisión, quedando claro que para esto, se tiene que buscar información, analizar las opciones elegir la mejor de ellas.

## **ANALISIS GENERAL.**

Para el análisis de los conocimientos, habilidades y actitudes, se aplicó un cuestionario de 42 preguntas, de opción múltiple, con cinco opciones de respuesta. Esta dividido a su vez en bloques con un número variable de preguntas, cada bloque abarca un tema específico.

El primer bloque se orienta al tema del embarazo y los adolescentes, con ocho preguntas; el segundo bloque consta de nueve preguntas y trata sobre métodos anticonceptivos, el tercero consta de diez preguntas acerca de las enfermedades de transmisión sexual, por último tenemos al cuarto bloque con quince preguntas acerca e la cultura de la sexualidad.

Para el análisis estadístico del cuestionario, utilizamos las fórmulas y herramienta de análisis de Prueba t para medias de dos muestras emparejadas.

Esta herramienta de análisis y su fórmula ejecutan una Prueba t de dos muestras de alumnos emparejadas para determinar si las medias de la muestra son diferentes. En este tipo de prueba no se supone que las varianzas de ambas poblaciones sean iguales.

Es posible utilizar una prueba emparejada cuando haya un par natural de observaciones en las muestras, como cuando un grupo de muestra se somete dos veces a prueba, antes de un experimento y después de éste; como es nuestro caso.

El análisis de este cuestionario por su complejidad e interés se realizó pregunta por pregunta, los resultados mostrados corresponden en la columna de la izquierda al cuestionario de inicio y en la derecha al del final.

## CUESTIONARIO DE INICIO / FINAL

1. ¿Es verdad que aproximadamente el 95 % de las madres adolescentes dan a sus hijos en adopción?

TA (%)	DA (%)	I (%)	D (%)	TD (%)					
10.5	0	15.8	0	0	0	36.8	75	36.8	25

En esta pregunta, se intentaba interrogar acerca de los conocimientos sobre lo que sucede con los hijos de las madres solteras adolescentes en México, esperábamos una respuesta que tendiera hacia estar en desacuerdo o totalmente en desacuerdo con lo planteado. Se observó cambios en las respuestas de las evaluaciones inicial y final, con Diferencia significativa,  $p = 0.13$ . ( $p > 0.5$ ).

2. ¿Es verdad que si una adolescente se embaraza, se va a sentir más tranquila y mejor consigo misma?

TA (%)	DA (%)	I (%)	D (%)	TD (%)					
10.5	0	15.8	0	0	0	36.8	75	36.8	25

En esta premisa, tratamos interrogar acerca de lo que piensan los adolescentes respecto al embarazo en la adolescencia, esperábamos obtener respuestas tendientes a no estar de acuerdo con lo planteado, Por lo que podemos considerar esta respuesta como POSITIVA para nuestros objetivos. Así mismo se nota que si hubo variación en las respuestas del cuestionario inicial a las del final. Con diferencia estadísticamente significativa  $P = 0.5$ . ( $> 0.05$ ).

3. ¿Es verdad que la única forma de mostrar que uno es muy hombre, es teniendo un hijo?

TA (%)	DA (%)	I (%)	D (%)	TD (%)					
15.8	0	10.5	0	5.26	0	26.3	25	42.1	75

De igual forma en esta pregunta, intentamos interrogar acerca de reafirmar la identidad sexual al tener hijos. Las respuestas que buscábamos obtener tenderían a estar en desacuerdo. Por lo que estas respuestas en la evaluación final son positivas para nuestros objetivos. Así mismo si se observa una variación entre las dos evaluaciones. Con diferencia estadísticamente significativa con  $p = 0.5$  ( $p > 0.05$ ).

4. ¿Es verdad que para conseguir el amor de un hombre es necesario tener un hijo con él?

TA (%)	DA (%)	I (%)	D (%)	TD (%)					
15.8	0	10.5	0	0	0	26.3	8.33	47.4	91.7

En esta pregunta, intentamos indagar sobre la autoestima de las adolescentes y el miedo a estar solo. Las respuestas que proponemos, tienden hacia estar en desacuerdo o totalmente en desacuerdo con lo planteado. Por lo anterior podemos considerar a esta respuesta como positiva para nuestros objetivos, y también podemos afirmar que hubo variación entre las dos evaluaciones. Con diferencia estadísticamente significativa con  $p = 0.5$  ( $p > 0.05$ ).

5. ¿Es verdad que todas las mujeres que abortan se deprimen?

TA (%)	DA (%)	I (%)	D (%)	TD (%)					
15.8	0	52.6	50	10.5	8.33	15.8	41.7	5.26	0

En esta premisa pretendimos conocer que tanto saben los adolescentes sobre las consecuencias del aborto en la mujer. La tendencia esperada sería a estar de acuerdo o desacuerdo. Por lo que las respuestas obtenidas podemos considerarlas como positivas para nuestros objetivos. Por otro lado observamos que si hubo un cambio en las respuestas, de inicio 78.4% tendía hacia TA o DA, y al final el 91.7% tendió a estar entre DA y D, que eran los objetivos de nuestra sesión. Observamos que existe diferencia estadísticamente significativa con  $p = 0.5$  ( $p > 0.05$ ).

6. ¿Es verdad que a las adolescentes que abortan ya no las quiere el hombre?

TA (%)	DA (%)	I (%)	D (%)	TD (%)					
10.5	0	15.8	25	15.8	16.7	42.1	33.3	15.8	25

En esta premisa buscamos conocer la opinión de los adolescentes acerca de la situación posterior de las mujeres que abortan. La tendencia que esperábamos era a estar en Desacuerdo. Ó



Totalmente en Desacuerdo. Observamos que en ambas evaluaciones tendían a estar en desacuerdo. Y también observamos que existe diferencia estadísticamente significativa con  $p = 0.5$  ( $p > 0.05$ ).

7. ¿Es verdad que los hombres están en contra el aborto?

TA (%)	DA (%)	I (%)	D (%)	TD (%)
5.26	41.7	21.1	41.7	36.8
16.7	21.1	0	15.8	0

En esta premisa, pretendimos buscar un acercamiento a la postura de los jóvenes adolescentes al respecto. Por parte del equipo esperaríamos una respuesta indefinida. Los resultados obtenidos se definen hacia estar Totalmente de Acuerdo o De Acuerdo. Encontrando además una diferencia significativa entre ambas evaluaciones con  $P = 0.5$  ( $P > 0.05$ ).

8. ¿Es verdad que si una adolescente decide embarazarse no necesita consultar con su pareja?

TA (%)	DA (%)	I (%)	D (%)	TD (%)
26.3	0	5.26	0	0
0	31.6	50	36.8	50

En esta pregunta, intentamos conocer la posición de los muchachos con respecto al embarazo en parejas jóvenes. La respuesta que buscábamos sería a estar En Desacuerdo o Totalmente. Siendo así en el 100% de las respuestas. Por lo que consideraríamos la respuesta como positiva para nuestros objetivos. Así mismo encontramos una diferencia estadísticamente significativa con una  $P = 0.5$  ( $P > 0.05$ ).

#### METODOS ANTICONCEPTIVOS.

9. ¿La abstinencia es el único método anticonceptivo 100% efectivo?

TA (%)	DA (%)	I (%)	D (%)	TD (%)
31.6	50	15.8	8.33	15.8
0	15.8	0	15.8	0
21.1	41.7			

En esta pregunta indagamos acerca del grado de conocimientos de los adolescentes en el campo de la anticoncepción. La respuesta esperada por el equipo tornaba alrededor de Totalmente De Acuerdo y De Acuerdo. Por lo que la respuesta obtenida la consideramos positiva. Así mismo observamos que existe una diferencia estadísticamente significativa con una  $P = 0.5$  ( $P > 0.05$ ) entre la evaluación inicial y la final.

10. Cuando una mujer se aplica limón en la vagina, no hay posibilidad de embarazo.

TA (%)	DA (%)	I (%)	D (%)	TD (%)
15.8	8.33	5.26	16.7	26.3
0	31.6	50	21.1	25

En esta premisa, se evalúa el grado de conocimientos y manejo de mitos socializados de los educandos en cuanto a anticoncepción se refiere. La respuesta que se esperaba tomaba alrededor de Totalmente en desacuerdo y Desacuerdo. Por lo tanto la consideramos positiva para nuestros objetivos, aunque nos sorprende que exista una cuarta parte de los individuos con rezago en la adquisición de los conocimientos científicos. También encontramos una diferencia estadísticamente significativa con una  $P = 0.5$  ( $P > 0.05$ ) entre la evaluación inicial y la final.

11. El método del ritmo es el más eficaz para los jóvenes.

TA (%)	DA (%)	I (%)	D (%)	TD (%)
5.26	16.7	15.8	25	31.6
0	21.1	0	26.3	58.3

De la misma manera, en esta pregunta se indaga sobre el grado de conocimientos de los muchachos en cuanto a anticoncepción no mecánica, ni química. A pesar de que hubo un cambio significativo entre las dos evaluaciones con  $P = 0.5$  ( $P > 0.05$ ). La respuesta obtenida es igual a la esperada solo en el 58.3% (TD) de los casos y difiere de la esperada, en 41.7%, puesto que torna alrededor de Totalmente de Acuerdo y De Acuerdo.

12. Cuando una mujer se toma una píldora anticonceptiva después del coito, se previene el embarazo.

TA (%)	DA (%)	I (%)	D (%)	TD (%)
21.1	8.33	15.8	50	21.1
0	31.6	41.7	10.5	0

En esta pregunta se intentó conocer la capacidad de manejo de los adolescentes de los métodos anticonceptivos orales y anticoncepción de emergencia. Por el sesgo obtenido es evidente que la

pregunta no fue lo suficientemente explícita y por lo tanto no comprendida por la forma en que la redactamos. Dado que las demás preguntas del mismo tema no presentan esta situación. Así mismo observamos que si existe diferencia estadísticamente significativa con una  $P = 0.5$  ( $P > 0.05$ ) entre la evaluación inicial y la final.

13. Un condón se puede usar más de una vez

TA (%)		DA (%)		I (%)		D (%)		TD (%)	
15.8	0	15.8	0	5.26	0	21.1	41.7	42.1	58.3

En esta premisa se indaga acerca del uso de anticonceptivos mecánicos o de barrera. Las respuestas obtenidas coinciden con las esperadas plenamente. También encontramos una diferencia estadísticamente significativa con una  $P = 0.5$  ( $P > 0.05$ ) entre la evaluación inicial y la final.

14. Está prohibido venderle anticonceptivos a los adolescentes.

TA (%)		DA (%)		I (%)		D (%)		TD (%)	
15.8	0	32.6	0	0	0	21.1	25	31.6	75

En esta premisa, quisimos sondear la actitud de los adolescentes para vencer resistencias sociales para la adquisición de anticonceptivos. La respuesta obtenida satisface plenamente a lo esperado. De igual forma encontramos una diferencia estadísticamente significativa con una  $P = 0.5$  ( $P > 0.05$ ) entre la evaluación inicial y la final.

15. Si un hombre saca el pene de la mujer antes de eyacular (venirse), no se provoca el embarazo

TA (%)		DA (%)		I (%)		D (%)		TD (%)	
15.8	16.7	5.26	58.3	36.8	0	21.1	25	21.1	0

En esta pregunta se trata de indagar acerca del manejo de los métodos anticonceptivos no mecánicos, ni de barrera. Las respuestas obtenidas difieren en tres cuartas partes de lo esperado, por lo que podemos suponer también falta de claridad en la forma de redactar la pregunta o bien que no se entendió este tema en la sesión. En esta pregunta, también se observa que existe una diferencia significativa entre la evaluación inicial y la final con  $P=0.5$  ( $P>0.05$ ).

16. La mujer no debe ayudar a colocar el condón.

TA (%)		DA (%)		I (%)		D (%)		TD (%)	
0	0	15.8	16.7	21.1	0	36.8	83.3	26.3	0

En esta pregunta, se trata de sondear las actitudes y mitos de los adolescentes sobre la participación de la pareja en el acto sexual y el uso del preservativo. Los resultados obtenidos satisfacen a nuestros objetivos. En este caso también existe una diferencia significativa entre ambas evaluaciones con  $P=0.5$  ( $P>0.05$ ).

17. La ducha vaginal, después de las relaciones sexuales, no previene el embarazo.

TA (%)		DA (%)		I (%)		D (%)		TD (%)	
10.5	16.7	31.6	58.3	21.1	0	10.5	16.7	26.3	8.33

En esta premisa se explora el uso de métodos anticonceptivos "naturales", es decir no químicos ni de barrera. Las respuestas obtenidas satisfacen los objetivos de esta sesión. Entre ambas evaluaciones existe diferencia significativa.  $P=0.5$  ( $P>0.05$ ).

#### ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL.

18. ¿Es verdad que las muchachas y los muchachos pueden tener alguna enfermedad de transmisión sexual, sin tener alguna molestia?

TA (%)		DA (%)		I (%)		D (%)		TD (%)	
36.8	66.7	15.8	0	5.26	0	26.3	0	15.8	33.3

En esta pregunta se evalúa el grado de conocimientos de los adolescentes acerca de las enfermedades de transmisión sexual. Los resultados que obtuvimos satisfacen los objetivos que perseguimos con esta sesión. Los cambios encontrados entre la evaluación inicial y final arrojan diferencia estadísticamente significativa con  $P=0.5$  ( $P>0.05$ ).

19. ¿Es cierto que todas las enfermedades de transmisión sexual se pueden contraer varias veces, después de que ya se está curado?

TA (%)	DA (%)	I (%)	D (%)	TD (%)
26.3	33.3	26.3	33.3	15.8
0	0	31.6	33.3	0
0	0	0	0	0

En esta pregunta, de igual forma se evalúa el grado de conocimientos de los muchachos sobre las enfermedades de transmisión sexual. Los resultados que arroja esta pregunta, coinciden con lo esperado, existiendo además diferencia estadísticamente significativa entre ambas evaluaciones. Con  $P=0.5$  ( $P>0.05$ ).

20. ¿Es verdad que el SIDA es una enfermedad de transmisión sexual?

TA (%)	DA (%)	I (%)	D (%)	TD (%)
57.9	66.7	26.3	8.33	5.26
0	0	0	0	25
0	0	0	0	10.5
0	0	0	0	0

En esta pregunta se indaga sobre el grado de conocimientos de los adolescentes en torno al SIDA. Dentro de las respuestas obtenidas el 75% coincide con lo esperado, incluso el 25% restante, puede considerarse correcto, puesto que el SIDA tiene otras formas de transmisión no sexual. Lo anterior traduce una mala redacción de la pregunta. Así mismo se puede observar diferencia significativa con  $P=0.5$  ( $P>0.05$ ).

21. ¿El SIDA solo afecta a los homosexuales (maricones)?

TA (%)	DA (%)	I (%)	D (%)	TD (%)
15.8	16.7	5.26	0	10.5
0	0	0	0	0
0	0	0	0	15.8
0	0	0	0	58.3
0	0	0	0	52.6
0	0	0	0	25

En esta premisa se explora sobre los mitos de los muchachos alrededor del SIDA. Los resultados que arrojan las respuestas, satisfacen los objetivos planteados en esta sesión. De igual forma se observa diferencia estadísticamente significativa entre la evaluación inicial y la final con  $P=0.5$  ( $P>0.05$ ).

22. Solo las prostitutas pueden contagiar una enfermedad de transmisión sexual

TA (%)	DA (%)	I (%)	D (%)	TD (%)
15.8	8.33	21.1	16.7	5.26
0	0	0	0	0
0	0	0	0	10.5
0	0	0	0	41.7
0	0	0	0	47.4
0	0	0	0	33.3

En esta premisa se trata de explorar los mitos acerca de las Enfermedades de Transmisión Sexual. Los resultados obtenidos fueron satisfactorios en 75%. Además se observa diferencia estadísticamente significativa con  $P=0.5$  ( $P>0.05$ ).

23. Las enfermedades de transmisión sexual solo se pueden prevenir utilizando condón.

TA (%)	DA (%)	I (%)	D (%)	TD (%)
36.8	16.7	21.1	16.7	5.26
0	0	0	0	0
0	0	0	0	15.8
0	0	0	0	41.7
0	0	0	0	21.1
0	0	0	0	25

Las respuestas obtenidas en esta premisa, son satisfactorias para nuestros objetivos. También existe diferencia estadísticamente significativa entre la evaluación inicial y la final con  $P=0.5$  ( $P>0.05$ ).

24. Si tengo relaciones sexuales con muchas personas (parejas sexuales), aumenta el riesgo contagiarme de una enfermedad de transmisión sexual.

TA (%)	DA (%)	I (%)	D (%)	TD (%)
73.7	83.3	10.5	0	5.26
0	0	0	0	0
0	0	0	0	5.26
0	0	0	0	8.33
0	0	0	0	5.26
0	0	0	0	8.33

En esta premisa se explora la valoración que tienen los adolescentes acerca de los factores de riesgo para contagiarse de una Enfermedad de Transmisión Sexual. Los resultados coinciden con lo esperado y existe diferencia significativa entre ambas evaluaciones con  $P=0.5$  ( $P>0.05$ ).

25. Convivir con una persona enferma de SIDA, puede contagiarme

TA (%)	DA (%)	I (%)	D (%)	TD (%)
26.3	0	5.26	33.3	0
0	0	0	0	0
0	0	0	0	21.1
0	0	0	0	16.7
0	0	0	0	47.4
0	0	0	0	50

En esta premisa se indaga acerca de los mitos, prejuicios y conocimientos acerca del SIDA. Los resultados arrojan resultados contrarios a los esperados, debido a que aumenta el porcentaje de respuestas negativas. Así mismo existe diferencia significativa entre ambas evaluaciones con  $P=0.5$  ( $P>0.05$ ).

26. Utilizar baños públicos o albercas, aumenta el riesgo de contraer algunas enfermedades de transmisión sexual.

TA (%)	DA (%)	I (%)	D (%)	TD (%)
15.8	0	21.1	0	15.8
16.7	21.1	50	26.3	33.3

En esta premisa se exploran los mitos de los adolescentes alrededor de las ETS. Los resultados obtenidos coinciden con lo esperado. Así mismo existe diferencia significativa con  $P=0.5$  ( $P>0.05$ ).

27. ¿ Es verdad que existe cura para el SIDA?

TA (%)	DA (%)	I (%)	D (%)	TD (%)
15.8	0	26.3	0	21.1
10.5	41.7	26.3	58.3	

En esta pregunta se exploran conocimientos generales acerca del SIDA, los resultados obtenidos son alentadores, se observa diferencia significativa entre ambas evaluaciones con  $P=0.5$  ( $P>0.05$ ).

28. ¿ Es verdad que cuando sea adulto voy a tener los mismos valores que en la adolescencia?

TA (%)	DA (%)	I (%)	D (%)	TD (%)
15.8	25	10.5	16.7	5.26
0	42.1	41.7	26.3	16.7

En esta pregunta se exploran las actitudes del adolescente, ante las prospectivas de su sexualidad, los resultados son satisfactorios. Con una diferencia significativa de  $P=0.5$  ( $P>0.05$ ).

29. ¿ Es verdad que debo tener los mismos valores que mis padres?

TA (%)	DA (%)	I (%)	D (%)	TD (%)
26.3	50	26.3	0	10.5
0	15.8	25	21.1	25

En esta pregunta exploramos la persistencia de los códigos de valores de comunidades rurales en transición; el resultado refleja todavía una preponderancia de valores externos, en personas que como las adolescentes, aún no han logrado su independencia no solo económica, sino también ideológica. Con una diferencia significativa  $P=0.5$  ( $P>0.05$ ).

30. ¿ Es verdad que nuestra conducta sería un desastre si tuviéramos valores?

TA (%)	DA (%)	I (%)	D (%)	TD (%)
10.5	0	5.26	16.7	21.1
8.33	31.6	8.33	31.6	66.7

En esta pregunta se exploran actitudes ante los elementos subjetivos de la sexualidad y sus repercusiones sociales. La respuesta es satisfactoria, con una diferencia estadísticamente significativa de una  $P=0.5$  ( $P>0.05$ ).

31. ¿ Es verdad que la gente liberada no tiene valores?

TA (%)	DA (%)	I (%)	D (%)	TD (%)
21.1	58.3	21.1	0	21.1
0	41.7	15.8	0	

En esta pregunta exploramos las actitudes prejuiciadas ante gente que empieza a asumir cambios en su comportamiento debidos a una mejor información. Aún tomando en cuenta el contexto del trabajo el resultado no es satisfactorio, por lo que la redacción de la pregunta puede ser confusa. La diferencia fue significativa con una  $P=0.5$  ( $P>0.05$ ).

32. Las personas pasivas son mejor aceptadas.

TA (%)	DA (%)	I (%)	D (%)	TD (%)
21.1	16.7	26.3	66.7	10.5
0	21.1	16.7	21.1	0

En esta pregunta se explora la permanencia de actitudes coercitivas en la formación de adolescentes. La respuesta no satisface nuestros objetivos e indica la permanencia de esas actitudes en el grupo. La diferencia estadística fue significativa con una  $P=0.5$  ( $P>0.05$ ).

33. Puedo manipular a otros para que hagan lo que yo quiero

TA (%)	DA (%)	I (%)	D (%)	TD (%)
5.26	8.33	15.8	50	5.26
0	26.3	41.7	47.4	0

En esta pregunta se intentó explorar las inercias de interacción de las relaciones sociales con bajo nivel de autenticidad. La respuesta indica que la pregunta no fue suficientemente entendida. La diferencia estadística fue significativa de ahí que la  $P=0.5$  ( $P>0.05$ ).

34. Los hombres usan las mismas estrategias de manejo del afecto que las mujeres.

TA (%)		DA (%)		I (%)		D (%)		TD (%)	
15.8	0	26.3	0	10.5	8.33	26.3	58.3	21.1	33.3

Esta pregunta se explora las proyecciones sociales en la interacción de pareja, donde las respuestas corresponden a lo esperado, con una diferencia significativa manifiesta por la  $P=0.5$  ( $P>0.05$ ).

35. La mejor forma de arreglar los problemas es con la violencia

TA (%)		DA (%)		I (%)		D (%)		TD (%)	
5.26	33.3	5.26	0	5.26	0	21.1	0	63.2	66.7

En esta pregunta se exploran actitudes del entorno sociofamiliar. Los resultados son alentadores con una diferencia significativa dada por una  $P=0.5$  ( $P>0.05$ ).

36. Se puede platicar en pareja y buscar soluciones a los problemas juntos

TA (%)		DA (%)		I (%)		D (%)		TD (%)	
68.4	100	21.1	0	5.26	0	5.26	0	0	0

Se pretendió detectar posturas de respeto mutuo y decisiones compartidas en la intimidad, los resultados son satisfactorios con una diferencia significativa por la  $P=0.5$  ( $P>0.05$ ).

37. ¿ La mujer debe trabajar?

TA (%)		DA (%)		I (%)		D (%)		TD (%)	
26.3	33.3	15.8	25	15.8	0	21.1	0	21.1	41.7

Se exploraron actitudes de género ante los cambios económicos y sociales actuales, aunque la respuesta esta de acuerdo a lo esperado el volumen porcentual negativo no cambio en las dos evaluaciones. Pero la diferencia fue significativa con una  $P=0.5$  ( $P>0.05$ ).

38. ¿ Es verdad que la mujer debe de obedecer a su hombre en todo momento?

TA (%)		DA (%)		I (%)		D (%)		TD (%)	
15.8	0	10.5	8.33	5.26	0	21.1	25	47.4	66.7

Al igual que en la anterior se exploran actitudes de género donde podemos decir que los resultados son satisfactorios y mejoraron con respecto a la evaluación inicial. Viendo esto más claramente por la  $P=0.5$  ( $P>0.05$ ).

39. ¿ Si reviso un trabajo de un amigo y está mal hecho es mejor decírselo?

TA (%)		DA (%)		I (%)		D (%)		TD (%)	
63.2	91.7	21.1	8.33	5.26	0	5.26	0	5.26	0

Aquí se exploran actuaciones de confianza y solidaridad, siendo la respuesta satisfactoria respecto a lo esperado, con una diferencia significativa de  $P=0.5$  ( $P>0.05$ ).

40. ¿ Es verdad que si alguien se quiere mucho se vuelve egoísta?

TA (%)		DA (%)		I (%)		D (%)		TD (%)	
10.5	0	31.6	25	21.1	8.33	26.3	50	10.5	16.7

En esta ocasión quisimos explorar temores al interior de la afectividad. La respuesta es alentadora con una diferencia estadística significativa de  $P=0.5$  ( $P>0.05$ ).

41. ¿ Es verdad que a los hombres inseguros, nadie los quiere?

TA (%)		DA (%)		I (%)		D (%)		TD (%)	
5.26	0	21.1	50	26.3	0	31.6	25	15.8	25

En esta pregunta se pretendió explorar actitudes sobre la permanencia de la imagen del macho patriarcal, las respuestas indican que aún hay una fuerte permanencia de esa imagen, ya que la mitad estuvo de acuerdo y la otra no. Pero la diferencia fue significativa con una  $P=0.5$  ( $P>0.05$ ).

42. ¿ Es verdad que para sentirse seguro de uno mismo es necesario ser atractivo físicamente?

TA (%)	DA (%)	I (%)	D (%)	TD (%)			
15.8	8.33	10.5	0	21.1	16.7	42.1	66.7

En este reactivo se pretendió explorar la actitud de los adolescentes acerca de las imágenes socializadas en los medios masivos de comunicación, la respuesta es satisfactoria respecto a lo esperado con una  $P=0.5$  ( $P>0.05$ ), la cual es significativa.

## **CONCLUSIONES.**

Al iniciar el trabajo concreto con los adolescentes como ya lo mencionamos, detectamos un grupo de variables principales con respecto a los requerimientos mínimos para aplicar el modelo inicialmente propuesto.

Las principales diferencias encontradas en el modelo real respecto al propuesto fueron que nos encontramos con un grupo heterogéneo en edad, en conocimientos, la inexistencia de un grupo contacto en el cual transmitir información y de un ambiente al interior de un recinto estudiantil de secundaria con espacios y tiempos abiertos para la realización del proyecto.

Ante lo anterior realizamos modificaciones en dos sentidos:

1. Se modificaron los objetivos iniciales referentes a la formación de promotores adolescentes voluntarios, capaces de reproducir su formación y su información en otros congéneres, para de ésta forma instaurar un sistema de transmisión de información que se reprodujese así mismo.

En lugar de esto nos concentramos en salvar las condiciones de heterogeneidad del grupo y lograr un mejor nivel de información general respecto al punto de conocimientos en el que los encontramos, así como de actitudes.

2. Se adecuaron por lo tanto las dinámicas y los materiales a esa realidad específica, siendo entonces el reto central lograr avanzar hacia el nuevo objetivo con un grupo con tantas diferencias internas.

## **ENTORNO.**

Conforme se profundizó en el trabajo y avanzábamos en la construcción del análisis del proceso desencadenado, se fue acrecentando la importancia de un factor o elemento, que si bien se tuvo en cuenta inicialmente, no se le dio el peso que fue adquiriendo durante el desarrollo del trabajo, en la medida que comprendimos el juego de las fuerzas interactuantes en el proceso concreto. Este factor o elemento es el cultural.

La persistencia de la presencia de valores y sus actitudes derivadas, propios de una cultura rural, católica, de tecnologías sencillas y con un número pequeño o mediano de integrantes con respecto a la gran urbe de la Ciudad de México, se hizo cada vez más presente.

Si observamos el conjunto de reactivos aplicados en el cuestionario general al inicio y al final del proceso, podemos decir que a grandes rasgos la transmisión de conocimientos es satisfactoria en una proporción que fluctúa entre el 70 y 80 % del total esperado.

En los espacios en los que no logramos los avances deseados además del elemento de heterogeneidad, se encuentra siempre presente la estructura ideológica propia de la comunidad descrita, como una constante que en el momento de la toma de decisiones o de discernimiento sobre conocimientos nuevos, disminuye el efecto pretendido en cuanto a cambio de actitudes en los educandos.

Es importante mencionar que en nuestra opinión, la transmisión de conocimientos de mejor calidad entre adolescentes, puede considerarse como un subproducto informal de este proceso, ya que de cualquier manera, la tendencia natural de los integrantes del grupo, será comentar en sus demás círculos de contacto personal, tales como amigos, vecinos y amistades, los conocimientos recientemente adquiridos, aunque el equipo no cuenta con instrumentos para monitorear este efecto.

Para el equipo fue impresionante constatar la gran diferencia que existe en el rubro de educación sexual para adolescentes entre el discurso oficial y la práctica en el nivel de secundaria, de las instancias manejadas por la Secretaria De Educación Pública, las cuales con su negación diluida en múltiples postergaciones de la oportunidad de actuar, impidieron que se pusiese en práctica el modelo inicialmente planteado, el cual consideramos tiene las cualidades suficientes para que en su momento otro grupo que cuente con la oportunidad de desarrollarlo con las condiciones y en el ambiente planteado, compruebe su viabilidad.

RESPUESTAS POSITIVAS	= 58.1 %
RESPUESTAS INDIFERENTES	= 12.4 %
RESPUESTAS NEGATIVAS	= 29.4 %