

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA

“CURSO DE EDUCACION SEXUAL PARA ADOLESCENTES”

**INFORME DE SERVICIO SOCIAL
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A:**

CECILIA RAYA SILVA

**DIRECTORA DE INFORME:
MARIA FELICITAS DOMINGUEZ ABOYTE**

MARZO 2006

AGRADECIMIENTOS



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

**Agradezco a todas las personas que
a lo largo de mi camino me brindaron
un granito de su sabiduría y sobre todo a aquellas
que me apoyaron hasta el final de este proyecto de vida.**

**A mi madre, tíos y hermanos; por confiar en mí
e impulsarme a terminar mi carrera.
A mis amigos por enseñarme cosas nuevas y retroalimentarme.**

**Al más fiel de mis compañeros, mi esposo José, quien con su
paciencia, enseñanza y apoyo caminó a mi lado,
para realizar este sueño anhelado.**

Hay hombres que luchan un día,
y son buenos.
Hay hombres que luchan un año,
y son mejores.
Hay hombres que luchan muchos años,
y son muy buenos.
Pero hay los que luchan toda la vida.
Esos, esos son los imprescindibles.
Belton. B.

ÍNDICE

RESUMEN	1
INTRODUCCIÓN	2
CAPITULO I. ADOLESCENCIA	7
1.1. Pubertad	7
1.2. Definición	9
CAPITULO II. SEXUALIDAD	11
2.1. La sexualidad en México	12
2.2. Educación sexual	17
2.3. Anatomía y fisiología de los aparatos genitales	20
2.3.1. Aparato genital masculino	21
2.3.2. Aparato genital femenino	22
2.4. Métodos anticonceptivos	24
2.4.1. Temporales	25
2.4.2. Quirúrgicos	31
2.4.3. Compartidos	33
2.5. Enfermedades de transmisión sexual (ETS)	38
CAPITULO III. SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA (DIF)	47
3.1. Objetivos generales del programa del servicio de la carrera de psicología	50
3.2. Objetivos de la institución: DIF Vicente Guerrero	50
3.3. Objetivos particulares del curso de educación sexual	50
3.4. Objetivos particulares	51
CAPITULO IV. MÉTODO	52

RESULTADOS	95
CONCLUSIÓN Y PROPUESTAS	98
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	103
ANEXOS	

INTRODUCCIÓN

La sexualidad, su concepción y los usos sociales que la regulan, aparece como un eje fundamental sobre el que la cultura y la ideología ejercen un control completo sobre las personas.

A través de la historia, se ha demostrado que en México la educación sexual ha sido prohibida, mala e indebida. Algunas personas piensan que al hablarles de sexo a los individuos, les puede despertar ideas y pensamientos malsanos y creen que al callar y no mencionar temas sexuales dejan de existir los problemas relativos a ello (Cerruti, 1990).

Por ello, la falta de educación sexual y los principios morales han propiciado y perpetuado graves y serios problemas tanto a nivel personal como en el social, puesto que la sociedad esta cargada de ignorancia, prejuicios, mitos y culpa sobre la sexualidad. Como consecuencia aparecen un elevado número de problemas, ya se traten de cuestiones evidentes como los embarazos no deseados y las enfermedades de transmisión sexual -algunas de ellas mortales- como el SIDA. Así resulta pertinente revisar algunas de las consecuencias de la falta de educación sexual en México, sobre todo en aquellos grupos que son más vulnerables, como la población adolescente, la cual esta expuesta a numerosos problemas psicológicos y riesgos para su salud.

Un gran porcentaje de mujeres adolescentes comienzan a tener relaciones sexuales alrededor de los 16 años de edad; más de la mitad de las mujeres mexicanas inician su vida sexual antes de los 20 años, y más de una tercera parte tiene su primer hijo a esta edad o antes. Los adolescentes varones en México generalmente comienzan su vida sexual antes de los 16 años (Instituto Alan Guttmacher [AGI], 1998).

La Organización Mundial de la Salud ([OMS], 1975), menciona que en 1983, 7,233 nacimientos registrados fueron de madres menores de 15 años de edad y recientemente la cifra fue de 11,756 (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2001). El dato más reciente del Instituto

Nacional de Estadística Geográfica e Informática ([INEGI], 2001-2003) revela 420,861 nacimientos de madres entre 15 y 19 años, y en el mes de octubre de 1997 el entonces director general del DIF, licenciado Mario Luis Fuentes, declaró que existen 455,000 embarazos por año en mujeres de menos de 19 años de edad, es decir, 16% del total de nacimientos del país, lo que conlleva, por un lado, serios inconvenientes para la salud personal, y por el otro, consecuencias sociales tales como embarazos e hijos no deseados, madres solteras muy adolescentes, matrimonios y parejas a

edades muy tempranas y una muy elevada tasa de abortos (DIF, 1998). Este fenómeno de las madres adolescentes, representa un problema para el país, pues contribuye a elevar cada vez más la fecundidad total, ya que las mujeres que tienen su primer hijo antes de los 18 años, pueden alcanzar 6.8 hijos en promedio, en contraste con aquellas que engendran por primera vez después de haber cumplido los 24 años y que llegan a tener hasta 3 niños (DIF, 1999).

De acuerdo con un reporte realizado a nivel mundial por el AGI (1998) sobre la salud sexual y reproductiva de las mujeres, se observó que en México el 87% de las adolescentes tienen conocimiento sobre métodos anticonceptivos modernos. Sin embargo, tan sólo el 5% los utiliza. Así mismo, más de la tercera parte de los embarazos adolescentes no son planeados y sólo el 30% de las adolescentes casadas utiliza un método.

El aborto merece una mención especial, sobre todo en un país como México y seguramente en muchos otros en condiciones similares, dado que este procedimiento es ilegal, se realiza en números difíciles de precisar, pero que sin duda, siendo conservadores, rebasa el millón por año. Su práctica conlleva una muy alta tasa de mortalidad, de la que son mudos testigos los servicios públicos de salud (AGI, 1991). En los países en desarrollo —México incluido— muere una mujer por cada 250 abortos, mientras que en los países desarrollados muere una mujer por cada 3,700 abortos y en México mueren 1,500 mujeres anualmente por abortos clandestinos (López, 1995).

Otro problema que enfrentan los adolescentes es el contagio del VIH (virus de inmunodeficiencia humana) y el SIDA (síndrome de inmunodeficiencia adquirida), las estadísticas no son favorecedoras. En 1998, el SIDA se convirtió en la tercera causa de muerte en hombres de 25 a 34 años y en la sexta entre mujeres de la misma edad. El 30% total de casos de SIDA son personas entre 20 y 29 años, lo cual significa que adquirieron el virus durante la adolescencia (UNAIDS/WHO [Joint United Nations Programme on HIV/AIDS], 1998). El Consejo Nacional de Prevención del SIDA ([CONASIDA], 1999), ha declarado que al 30 de mayo de 1999 existen 39,169 casos diagnosticados de VIH/SIDA. El costo financiero de la atención ideal a una persona contagiada es de 11,200 dólares por año, es decir, aproximadamente 112,000 pesos. Las autoridades de CONASIDA han declarado que el 50% de las personas afectadas en México reciben por parte del sistema de seguridad social esta clase de atención, es decir, la erogación que se hace por parte del sistema de salud es una cifra superior a 1,700 millones de pesos al año. A últimas fechas las cifras del INEGI (2005), indican los casos nuevos de SIDA, los cuales reportan como últimas estadísticas que en el 2003 han sumado 324. Se calcula que hay aproximadamente 200,000 personas infectadas y la mayoría no lo sabe. Finalmente, a nivel mundial las cifras que ha

dado la UNAIDS/WHO (2005), no son tan alentadoras pues la tabla siguiente indica los casos de SIDA:

Tabla 1. Cifras de Casos de SIDA a Nivel Mundial

FECHA	PERSONAS QUE VIVEN CON EL VIH/SIDA	NUEVAS INFECCIONES POR EL VIH	DEFUNCIONES CAUSADAS POR EL SIDA
A DICIEMBRE DE 2002	Total 42 millones Adultos 38,6 millones Mujeres 19,2 millones Menores de 15 años 3,2 millones	Total 5 millones Adultos 4,2 millones Mujeres 2 millones Menores de 15 años 800 000	Total 3,1 millones Adultos 2,5 millones Mujeres 1,2 millones
A DICIEMBRE DE 2003	Total 40 millones Adultos 37 millones Menores de 15 años 2.9 millones	Total 5 millones Adultos 4.2 millones Menores de 15 años 700,000	Total 3 millones Adultos 2.5 millones Menores de 15 años 500,000
A DICIEMBRE DE 2004	Total 39,4 millones Adultos 37,2 millones Mujeres 17,6 millones Menores de 15 años 2,2 millones	Total 4,9 millones Adultos 4,3 millones Menores de 15 años 640 000	Total 3,1 millones Adultos 2,6 millones Menores de 15 años 510 000

Así la sexualidad, concebida como una característica fundamental del ser humano, reclama cada vez mayor interés y compromiso por los especialistas, así como de la población en general. En naciones como México, donde el 51% de la población se ubica dentro del rango de edad con potencial reproductivo, la carencia de atención en estos aspectos lo convierte en un país vulnerable (Pick de Weiss, 1996).

Se considera que la educación sexual es fundamental para diversos aspectos de la salud de los mexicanos, pues se convierte en una actitud preventiva de muy diversos problemas, que van desde las enfermedades de transmisión sexual, las disfunciones sexuales y los problemas de pareja, hasta las violaciones, los abusos sexuales a infantes, y los aspectos nocivos de los estereotipos de género, entre otros. La educación de la sexualidad impartida por profesionales en el tema no interfiere con los valores familiares y, fundamentalmente, propicia valores como el *respeto, la responsabilidad, el amor y la tolerancia*.

Entre una de las tantas instituciones interesada en la educación sexual, se encuentra el DIF, el cual es el encargado del desarrollo de la familia, de la protección de la infancia y de la prestación de servicios de asistencia social.

En su programa denominado Salud Sexual y Reproductiva Juvenil, busca prevenir los riesgos de exclusión social derivados del embarazo, la maternidad no planeada y las ETS en los adolescentes, proporcionando prevención y asistencia adecuada e integral que fomente una actitud responsable frente a su sexualidad. Es así como propone elaborar contenidos para materiales educativos sobre los temas de sexualidad que favorezcan la salud sexual y reproductiva de las y los adolescentes. Implementando actividades educativas que propicien el ejercicio autónomo y responsable de la sexualidad.

Debido a que, los adolescentes están expuestos a una gran cantidad de estímulos eróticos que carecen de información sana y veraz, y frente a las carencias en el conocimiento de su sexualidad, quedan expuestos a los mensajes que les entregan los medios de comunicación y a la información que se transmite entre ellos mismos. Por ello es importante trabajar y participar junto con ellos, puesto que son un grupo que merece atención digna y solícita, así a manera que actúen con responsabilidad y cuenten con información la cual queda definida como la “adquisición de conocimientos que permiten ampliar o precisar los que se poseen sobre los temas de sexualidad”, podrán discernir cuál es su mejor opción para poder vivir su sexualidad.

Así la educación sexual, se constituye en una imperiosa necesidad que debe ser asumida en conjunto por la familia y los establecimientos educacionales, pues las decisiones en el ámbito de la sexualidad llevan consigo implicaciones más allá del terreno sexual, involucran decisiones sobre lo que cada individuo desea hacer como proyecto de vida, lo que espera de su futuro o de su vida afectiva. Por ello es preciso invertir energías en generar climas de opinión bien fundados sobre posiciones abiertas y respetuosas ante la sexualidad. Siendo este frente de batalla, que ha de mantenerse en los espacios educativos y sociales: la lucha por liberar a la sexualidad de los tabúes y los prejuicios.

Así en el capítulo uno, se habla sobre el tema de la adolescencia, incluyendo algunas definiciones de esta, de lo qué es la pubertad y de los cambios que se dan en esta etapa de la vida.

El en capítulo dos, se menciona que es la sexualidad; además cuenta con unos apartados, en donde se mencionan algunas investigaciones que se han hecho en México acerca de este tema,

se menciona una pequeña reseña sobre la educación sexual y cómo se ha ido transformando a través de los años. Se señala la anatomía y fisiología de los aparatos femenino y masculino, en donde se describen los órganos internos y externos de cada uno. El apartado 2.4, alude a los diferentes métodos anticonceptivos que existen, dándose una pequeña descripción de estos, entre ellos; su uso, ventajas y desventajas. Por último en el apartado 2.5 se describen algunas de las más importantes enfermedades de transmisión sexual, su forma de transmisión, nombre, complicaciones, su diagnóstico y tratamiento.

Se da una pequeña explicación de lo qué es el DIF en el capítulo tres, además de que se describen los objetivos generales del programa del servicio de la carrera de psicología, los objetivos de la institución, del programa del DIF, los particulares del curso de educación sexual y los personales. Finalmente el capítulo cuatro se refiere al método.

RESUMEN

Se impartió un curso de educación sexual para adolescentes, con el propósito de favorecer plena y responsablemente su sexualidad, a manera de prevenir embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual, lo que puede traer consigo problemas psicológicos y emocionales como depresión, ansiedad, rechazo social y baja autoestima. De esta manera se planteó la siguiente hipótesis *“Sí se imparte un curso de educación sexual para adolescentes, entonces la información que poseen sobre sexualidad incrementará”*. El curso se llevó a cabo en uno de los planteles del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF, “Vicente Guerrero”), con 25 hombres y 30 mujeres, los cuales fueron asignados a dos grupos; el grupo uno integrado por adolescentes de entre 11 y 13 años de edad y el grupo dos por adolescentes de 14 y 16 años de edad. Durante el curso se realizaron actividades con respecto a la adolescencia, desarrollo psicosexual, pubertad, noviazgo, relaciones familiares, identidad de género, sexualidad, anatomía de los órganos sexuales, métodos anticonceptivos y enfermedades de transmisión sexual (ETS). Los resultados obtenidos indican que, tanto el grupo uno como el dos incrementaron la información que tenían en los temas revisados.

CAPTULO I. ADOLESCENCIA

La adolescencia dura casi una década, desde los 11 años o los 12 años hasta los 19 o comienzos de los 20, en general se considera que la adolescencia empieza con la pubertad por ello antes de entrar al tema de la adolescencia es importante precisar sobre la pubertad.

1.1. Pubertad

La palabra pubertad, proviene de la voz latina *pubertas* que significa "edad fértil", por eso se entiende como alcanzar la madurez reproductiva. Es el período vital en que maduran las funciones reproductoras, culminando el desarrollo sexual que se había iniciado desde el nacimiento del individuo. Su propósito es la capacitación individual, a nivel biológico, para asumir el rol adulto en el trabajo y la reproducción. Esta etapa inicia con una serie de cambios hormonales que comienzan en la infancia tardía y terminan en la adultez. Entre ellos se encuentran los siguientes:

Cambios biológicos

La pubertad y la adolescencia se caracterizan por el rápido crecimiento y desarrollo fisiológico que conduce a cambios en la composición corporal, al desarrollo de los sistemas respiratorio y circulatorio, al desarrollo de las gónadas, de los órganos genitales, de los caracteres sexuales secundarios y, en general, al logro de la plena madurez física (Salles, 1982).

Todos estos cambios se deben a que la hipófisis empieza a producir principalmente dos hormonas relacionadas con el desarrollo: 1. **La hormona del crecimiento**. La cual está asociada con el aumento de talla en general. Tanto los niños como las niñas crecen mucho en poco tiempo. Suele presentarse primero en las mujeres. 2. **La hormona gonadotrópica**. La cual estimula el funcionamiento de las gónadas, las cuales producen otras hormonas que estimulan la maduración en los genitales y la aparición de los caracteres sexuales secundarios. Las hormonas masculinas son los andrógenos, y las femeninas, los estrógenos.

Características sexuales secundarias

Antes de la pubertad el aspecto físico es bastante parecido entre ambos sexos, pero después las hormonas sexuales se encargan de que existan claras diferencias físicas (Bergada y Rivarola, 1986).

Desarrollo femenino

- Aumento de la estructura ósea. Aumento de los senos o mamas, empiezan a sobresalir los pezones y se marca la areola, que es el círculo de piel que rodea al pezón.
- Aparece el vello en el pubis, en las axilas se presenta más tarde. Esto ocurre después de la menstruación.
- Las caderas se hacen más anchas y redondas, la cintura se estrecha; esto con el fin de facilitar la maternidad.
- La piel es más fina, pero aumenta la secreción de las glándulas sebáceas y se vuelve más grasosa; los poros se obstruyen y es posible la aparición de granos llamados "acné".
- Aparece la primera menstruación que recibe el nombre de "menarca".
- Cuando empieza a trabajar la hormona femenina, los estrógenos provocan el cierre de los centros de crecimiento de los huesos.

Desarrollo masculino

- Aumento de la estructura ósea.
- Aumento gradual del tamaño de los testículos y del pene.
- El tono de voz cambia de agudo a grave, hasta alcanzar el timbre definitivo.
- Aparición de vello en el pubis.
- Erecciones espontáneas provocadas por diversos estímulos, no siempre sexuales.
- Crece el vello en las axilas y puede aparecer el bigote y la barba.
- Aumento en la secreción de las glándulas sebáceas, por lo que la piel se vuelve más grasosa, se obstruyen los poros, lo que da lugar, en algunos casos, a la aparición del acné.
- Desarrollo de la musculatura; se agranda el tórax, se ensanchan los hombros y aumenta la masa muscular, la pelvis es más estrecha.
- Aparición de la primera eyaculación.

1.2. Definición

En cuanto al concepto de adolescencia existen infinidad de definiciones, esto se debe a que el adolescente significa muchas cosas a la vez; por un lado, es un individuo miembro de un grupo de personas de la misma edad y también es miembro de su cultura en general y un reflejo de la misma. Además, forma parte de varios subgrupos o subculturas dentro de una cultura mayor, o igualmente es producto de su época (Horrocks, 1990).

Etimológicamente, por su constitución original, la palabra adolescencia proviene del verbo latino "adolecerá", de la tercera conjugación que significa crecer, ir en aumento, tomar cuerpo, llegar a

sazón, alcanzar la madurez, y que se conjuga de la siguiente manera: “adolesco, adolescis, adoleceré, adolevi, adultum”. De esta última forma se deriva la palabra adulto, que significa el que ya creció. Está compuesto de la preposición “ad”, que cuando se usa como prefijo significa hacia, señalando la idea de aproximación, y del verbo “olesco” con el significado de madurar. Adolescencia quiere decir en griego, antes de sazón, cuando todavía no se madura (De la Mora, 1997).

Para Masters y Johnson (1987) es una época de rápidos y difíciles cambios, en esta etapa no es extraño que el adolescente sea víctima de conflictos, sufrimiento y desconcierto, sin embargo, no es únicamente un período de turbulencia y agitación, sino que, a la vez, suele ser una fase de goce y felicidad que marca el tránsito agitado y tumultuoso al estado adulto.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) proporciona la siguiente definición: "La adolescencia es el período de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad de reproducirse, transita de los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida su independencia económica". Clasifica a la población adolescente de 10 a 19 años de edad; como juventud al grupo de 15 a 24 años; y como gente joven a quienes tienen de 10 a 24 años. Por las diferencias en las diversas etapas de desarrollo y, en consecuencia, por las distintas necesidades y percepciones es conveniente subdividir el grupo de 10 a 19 años en los subgrupos de 10 a 14 (adolescencia temprana) y de 15 a 19 (adolescencia tardía), y juventud propiamente dicha se considerará al grupo de 20 a 24 años (Dulanto, 2000).

Por último, en este trabajo se define a la adolescencia, como una época de rápidos cambios **físicos** (maduración de las funciones reproductoras), **sociales** (papel de transformación de niño a adolescente) y **emocionales** (búsqueda de identidad, conflictos con los padres, cambios en los estados de ánimo y comportamiento, indecisión); etapa en donde el individuo busca su identidad, se rebela ante la autoridad. Lucha por la independencia, busca ser aceptado por sus compañeros, pasa por cambios en su cuerpo y en la imagen que tiene de sí mismo. Es una etapa de búsqueda y comprensión de valores, definición dada por Pick y Vargas (1992).

Es así como la adolescencia es uno de los períodos más críticos del ser humano, por cuanto presenta el momento anterior a la etapa en que debe asumirse una responsabilidad social adulta. Esto implica la definición de un papel específico como hombre o como mujer en los ámbitos laboral, familiar, sexual, cultural y recreativo. La adolescencia es producto de circunstancias histórico-sociales (Aguilar y Rodríguez, 1990).

CAPITULO II. SEXUALIDAD

La sexualidad es un tema que genera reflexión, polémica y dudas; la palabra **sexualidad**, aparece siempre ligada a la palabra **sexo**. Sin embargo, su significado va más allá de la pura relación mecánica genital. Por el contrario, se expresa como un estilo de vida, en la definición como hombres o mujeres, en el afecto y el amor, o sea, en los sentimientos, actitudes y la conducta, regidos a un código de valores (Monroy, 1991).

Comprende un conjunto de fenómenos psicológicos (enamoramiento, atracción, amor, pasión, compromiso, deseo) de gran importancia para la persona y para la sociedad. Se vincula a la afectividad y a los valores, ampliando su esfera más allá de la función reproductora y de la mera genitalidad y queda englobada en un ámbito más amplio que el erotismo. Es entendida como una dimensión global que afecta por entero a la totalidad de la persona (Silva, 1994).

La sexualidad existe desde el nacimiento y está implicada activamente en el desarrollo evolutivo, en el equilibrio emocional de la persona y en su estabilidad afectiva. Esta construida por las

características biológicas, psicológicas y socioculturales que permiten comprender al mundo y vivirlo a través del propio ser como hombres o mujeres (Segú, 1996).

Para Funke, Gantier y Olguin (1982) constituye una dimensión fundamental del individuo que se presenta desde el nacimiento, con la integración de los aspectos biopsicosociales que conforman su unidad vital, por lo que ningún comportamiento se puede explicar satisfactoriamente desde la perspectiva de uno de sus componentes. De tal forma que la sexualidad influye decididamente en la formación y el desarrollo del ser humano, ya que participa en forma determinante en la estructuración de la personalidad y de las relaciones que se establecen entre los individuos.

Para Padilla y Silva (1996), se puede decir que la sexualidad es la energía que lleva a cabo la relación interpersonal con fines de lograr obtener una sensación placentera. Entonces, ésta no designa solamente las actividades y el placer dependiente del aparato genital, sino una serie de excitaciones y actividades existentes desde la infancia, que producen un placer que no puede reducirse a la satisfacción de una necesidad biológica fundamentalmente y que se encuentran también a título de componentes en la forma llamada normal de “amor sexual”.

El Centro de Estudios para el Desarrollo Regional ([CEDER], 1997), menciona que la sexualidad es la manera como una persona siente, piensa y actúa como ser sexual, dependiendo del tipo de sociedad en que se encuentre; por lo tanto la sexualidad no permanece estática, sino que es cambiante, es decir, no es la misma en todos los lugares y en todas las épocas.

2.1. La sexualidad en México

La sexualidad es un concepto debatido, cuya delimitación depende de la perspectiva teórica y disciplinaria que se adopte para su estudio. El término **sexualidad** se usa para designar ciertos comportamientos, prácticas y hábitos que involucran al cuerpo; pero también nombra un conjunto de ideas, preceptos morales y significados que las sociedades construyen en torno a los deseos eróticos y los comportamientos sexuales (Dulanto, 2000).

Así como no se puede concebir la sexualidad sin el cuerpo, tampoco se pueden omitir los vínculos sociales, el contexto cultural y los elementos subjetivos que también son constitutivos de la misma. Lo que cada uno vive como sexualidad, no es un hecho de la naturaleza, sino el resultado de una historia sociocultural e individual (Pignatiello, 2002).

En el contexto cultural mexicano, domina la llamada cultura judeocristiana, la cual tiene una cosmovisión caracterizada por una visión moralista sobre la sexualidad. Ésta concepción condena la mayor parte de las expresiones sexuales humanas relacionándolas con la depravación, la enfermedad y la decadencia moral. En esta concepción, la sexualidad se reduce a la genitalidad y esta es vivida como algo sucio y peligroso, por su potencial para generar patologías y consecuencias negativas tanto para el individuo como para la sociedad (Segú, 1996). Esta cultura, donde se cultiva el misterio y lo prohibido, ha tenido efectos negativos en la salud de la población, al generar condiciones de riesgo relacionadas con la desinformación y las actitudes negativas, acalla la realidad cotidiana de que se es un ser sexuado. En estrecha relación con esta visión degradada de la sexualidad esta la relación de inequidad entre hombres y mujeres, llamada “machismo”, es decir el privilegio de las ideas, deseos y necesidades del varón por encima de la mujer basada en la creencia de la superioridad del hombre. Así, se concibe al hombre y la mujer como opuestos, dándole a la feminidad una posición de inferioridad. La ideología que subyace suele justificar la inequidad atribuyéndola a la naturaleza inherente al sexo biológico, que determina tendencias en el comportamiento, el pensamiento y los sentimientos. Por ello se cree que la mujer será por naturaleza, sumisa, emocional, pacífica, débil y poco apta para tareas del trabajo productivo, mientras que los hombres serán la productividad. En esta visión la subordinación de la mujer al hombre sería explicable desde la lógica de la supervivencia de la especie. Las relaciones sociales quedan así reducidas a la biología y los hechos históricos, se hacen pasar por los hechos naturales. La organización de la sociedad sería simplemente la expresión de una cualidad biológica (Pignatiello, 2002).

En México se han iniciado numerosos estudios de la sexualidad de acuerdo a dos vertientes: La primera vertiente de estudio es de **acercamientos estadísticos a los comportamientos**. En este sentido, diversas instituciones gubernamentales y universidades públicas y privadas han aplicado encuestas y pruebas psicológicas, principalmente a adolescentes estudiantes del medio urbano. El propósito de tales encuestas es averiguar; edad de inicio, presencia y frecuencia de las relaciones coitivas; número y tipo de parejas sexuales, y las prácticas sexuales en relación también con el tipo y frecuencia de uso de anticonceptivos y condón (Ibáñez, 1995). Los resultados de los estudios señalan que el comportamiento sexual de varones y mujeres, especialmente entre solteros es marcadamente diferente. Los varones tienen relaciones sexuales más temprano, la mayoría con parejas no estables o sin vínculos afectivos, y tienen mayor variedad de parejas y prácticas sexuales antes y después de la unión conyugal; en cambio en las mujeres, el inicio de relaciones coitivas se vincula casi siempre con el noviazgo, el matrimonio y la procreación. Además de que en el uso el uso de anticonceptivos y medidas preventivas de enfermedades de

transmisión sexual, aparece extremadamente bajo, entre los adolescentes solteros sexualmente activos (CONASIDA, 1994). La segunda vertiente de estudio busca conocer **los significados y las relaciones sociales** que se vinculan con algunos aspectos de la sexualidad y sus cambios. Abarca principalmente las relaciones entre la construcción de identidad genérica y los valores y comportamientos sexuales (Rodríguez, Rivas, Amuchástegui y Bronfman, 1995).

En muchos sectores de México hay un importante rechazo cultural hacia la sexualidad no procreativa de la mujer, aunado a una exaltación elevada de la vida conyugal y la fecundidad dentro de la unión marital. Se valora que las mujeres resistan las relaciones sexuales y no sientan ni expresen deseos; en cambio, se estimula a los varones para que tengan expresiones de erotismo y diversidad de experiencias (Liguori, 1994).

La inhibición sexual femenina, nace de la censura a la sexualidad en las conversaciones cotidianas y llega a la prohibición implícita de pensamientos eróticos. En estos contextos culturales, la virginidad y la carencia de deseos sexuales, constituye un valor de cambio en la mujer. Así, hay una forma aparentemente pasiva de actividad sexual, en la cual no se busca el placer erótico sino otros valores intercambiables por la “entrega”: promesas de unión, estabilidad y apoyo económico (Uribe, 1994). El control social sobre la sexualidad, sanciona con abandono y falta de pareja conyugal a la mujer que expresa sus deseos eróticos, e inhibe al varón para que se una con ella. Los varones están sometidos a un control por la prescripción que los impulsa a demostrar permanentemente su virilidad mediante la diversidad de parejas y experiencias sexuales. La divergencia de las prescripciones para varones y mujeres condiciona, entre otros aspectos la poliginia y las prácticas homosexuales de varones considerados heterosexuales. Algunos estudios exploran, de manera aún incipiente, los vínculos complejos que parecen existir entre la construcción de la masculinidad, violencia y sexualidad.

En algunos sectores, los vínculos entre normas de género, control social y sexualidad son más estrechos; en cambio, en otros existe mayor diversidad y alguna posibilidad de opción individual entre estilos de vida alternativos. De igual manera, para unos sectores, la sexualidad ocupa un lugar muy significativo entre sus vidas y en la construcción de identidades, mientras que para otros representa un aspecto menos relevante y no se habla de ella. Estos significados expresan vínculos sociales que se encuentran en la raíz de los comportamientos relacionados con diversos problemas de salud reproductiva, entre ellos: ausencia de medidas de prevención para enfermedades de transmisión sexual, por la vinculación con relaciones ocasionales y

promiscuidad, y el uso escaso de anticonceptivos entre adolescentes solteras y parejas sin hijos, porque se relaciona con la expresión de deseos sexuales en la mujer (Figueroa, 1993).

Los cambios y la vigencia de significados acerca de la sexualidad, se pueden apreciar en un estudio que llevó a cabo Rivas (1994), donde analizó los discursos de mujeres de tres generaciones: abuela, madre e hija, investigación que se llevó a cabo durante 1993 y 1994 en tres ciudades de la República Mexicana (Oaxaca, San Miguel de Allende y Distrito Federal). Las tendencias al acomodamiento o las evidencias de resistencia ante preceptos relativos de la sexualidad, la reproducción, la virginidad, el cuerpo, el placer y el deseo son importantes para identificar la manera y las condiciones en que las mujeres entrevistadas han enfrentado, asumido y transformado sus experiencias sexuales. Esto implica reconocer las argumentaciones e historias relacionadas con el pasado fijo e inmovible, así como los movimientos dirigidos a reconocer la sexualidad como un terreno con posibilidades de elección.

Las narraciones de las mujeres entrevistadas indican superposiciones, avances y retrocesos que de alguna manera constituyen un tránsito evolutivo. Como es posible notar, la generación de las abuelas casi se sobreimprime a la generación de las madres durante buena parte del ciclo vital. El carácter generalizado de la vigilancia social y el intercambio social reducido entre las familias, además de la funcionalización renovada de los valores morales en las tres instituciones prioritarias (familia, escuela e iglesia), dan todo el soporte para que las abuelas se mantengan más afianzadas en sus prácticas, creencias y significaciones de predominancia religiosa, y las transmitan de manera muy apegada a sus hijas. De esta manera, los valores y significados acerca de la sexualidad se mantienen en buena medida y se deslizan hacia la educación de las madres, las cuales a su vez los asumen como propios y los hacen parte de su cotidianidad y visión del mundo. Ahora bien, entre las generaciones segunda (madres) y tercera (hijas) existe una especie de desligamiento, facilitado por el efecto de distintas instancias sociales que definen la sexualidad desde otras perspectivas. La direccionalidad dominante en la historia de las abuelas y las madres pierde su hegemonía en las hijas, las cuales se quejan de influencias e interferencias sufridas y de cómo estas han intervenido directamente en la constitución de sus experiencias. El acceso a nuevas fuentes de información (sobre todo televisión y cine), la instrucción escolarizada, el trabajo remunerado, la planificación familiar, la migración, los viajes, las amistades, la publicidad y hasta la pornografía permiten a las hijas construir otras perspectivas y, en cierta medida, separarse de algunas tradiciones y prácticas sancionadas. La tercera generación, cuya formación es heterodirigida, desliza formas diversas de relación y percepción en la segunda generación y así le induce algunos cambios. En este proceso existe un circuito de retroalimentación, el cual no opera

en un solo sentido, de mayor a menor de viejo a nuevo, sino en distintas direcciones. Entre las generaciones segunda y tercera se evidencia una fractura en la supuesta consecución evolutiva madre e hija, y surge un mecanismo de tensión en sentido contrario, las madres a su vez, se ven impregnadas de narraciones que no emanan de sus modelos tradicionales; la generación de hijas les ofrecen otras opciones, si no de prácticas, al menos de percepción de sus condiciones de vida y de las nuevas sexualidades. Las hijas perciben la sexualidad como una experiencia desprendida de la reproducción y sus relatos dan cabida al ejercicio de prácticas eróticas, la aceptación del deseo y el placer sensual, así estos asuntos contrastan con los discursos de abuelas y madres. Sin embargo, hay un eje que atraviesa y liga a tres generaciones: el placer, el deseo y el erotismo los cuales se ciñen de manera determinante a las relaciones heterosexuales y legitimadas por el matrimonio. Lo anterior se fundamenta en el recuento que hacen las mujeres adolescentes acerca de experiencias sexuales prematrimoniales; por ejemplo, aunque cinco de siete hijas practicaron el coito antes de casarse, sólo una de cinco manifestó una experiencia tranquila, la cual no está enraizada en la culpa ni el estigma de la promiscuidad.

En cuanto a la anticoncepción en México, se dice que el descenso de la fecundidad que ha ocurrido desde mediados de los años sesenta es la manifestación más concreta del proceso de apropiación de los mexicanos del control de su vida reproductiva. En esos años, la tasa global de fecundidad (TGF) alcanzó un máximo histórico, con valores por encima de siete hijos por mujer. Muy pocas personas, mayoritariamente de las clases medias y altas de la sociedad, tenían conocimiento de los métodos modernos para regular la fecundidad y éstos eran accesibles sólo en algunos servicios privados (Elu y Langer, 1994).

Hasta 1970, el conocimiento de los métodos anticonceptivos era relativamente escaso y se concentraba entre los integrantes de los estratos más acomodados de las grandes ciudades. La difusión de la planificación familiar, a través de los agentes institucionales de salud y de los medios masivos de comunicación, facilitó que el conocimiento de los métodos anticonceptivos se extendiera a todas las regiones del país, incluso entre los grupos menos favorecidos de la sociedad. Así se estima que alrededor de 44% de las mujeres residentes en las zonas rurales conocía en 1969 al menos un método anticonceptivo; cifra que se incrementó en 1976 alcanzando el 80 %; y en 1987 el 83.1 %, en 1992 el 86.5 % y, para situarse en 90 % en 1997, reduciéndose la brecha que separaba a las mujeres del campo y la ciudad. En las áreas urbanas, ya desde 1976 se apreciaba un conocimiento generalizado de métodos anticonceptivos (95.8% en 1976 y 98.5% en 1997). En el ámbito nacional, el conocimiento de al menos un método anticonceptivo por parte de las mujeres en edad fértil pasó de 89 % en 1976 a 94.9 % en 1992, y ascendió a 96.6 % en

1997. Posteriormente, a partir de 1974, con el cambio de la política de la población y del impulso de los programas de planificación familiar, la fecundidad comenzó a descender vertiginosamente. En unos cuantos años, esta pauta se generalizó a casi todos los grupos sociales entre 1974 y 1980 la TGF descendió de 6 a 4.7 hijos por mujer; a casi 4 hijos en 1985 y alcanzó 2.9 hijos en 1994, para 1997 se registró 2.65 hijos se estima que en la actualidad es de 2.4 hijos por mujer (Greene, 2002).

2.2. Educación sexual

La gran controversia que despiertan los programas de educación sexual, no ha permitido una acción sostenida ni una extensión suficiente de los mismos, a pesar de los esfuerzos realizados en México durante el presente siglo (Consejo Nacional de Población [CONAPO], 1994).

De acuerdo con Saavedra (1967), los primeros esfuerzos de educación sexual ligados al movimiento revolucionario, ya planteaban programas de prevención materno-infantil de enfermedades venéreas y de la pubertad desde 1908, así mismo las demandas de educación sexual en busca de un nuevo porvenir para la mujer a partir del congreso Feminista de Mérida realizado en 1915, han seguido actuando como fuerzas autogestivas.

Rodríguez¹ comenta que fue hasta 1932 cuando se logran integrar los diversos movimientos sociales, en lo que fue el primer proyecto de educación sexual legitimado por el Estado. El programa de “Educación Revolucionaria” que formaba parte del gobierno progresista, modernizador y anticlerical en el maximato de Calles, da entrada a este proyecto que pretendía establecer la educación sexual desde el tercer ciclo de la escuela primaria. Se planteaba una enseñanza gradual, dosificada y sin sobresaltos que se integrara dentro de los objetivos de la historia natural y de la higiene escolar. La enconada polémica que provocó este proyecto, abarcó a toda la prensa del país durante más de un año y fue bandera de las pugnas políticas del momento. El rechazo fue tan frontal que obligó al que fuera ministro de educación Narciso Bassols a presentar su renuncia en mayo de 1934, antes de poder implantar un proyecto que se calificó de “criminal, inoportuno y ofensivo a la conciencia infantil”.

Las organizaciones de padres de familia defendieron el derecho exclusivo a brindar educación sexual a sus hijos, así que ellos junto con las organizaciones religiosas y la propia institución escolar siguieron inscribiéndose en la reproducción de los modelos sexuales dominantes y como

¹ cit en Aguilar, G. & Mayén, H. (1997). Hablemos de Sexualidad. México: MEXFAM.

agentes de los procesos generales de socialización. El proceso educativo continúa y se da por parte de grupos dependientes de asociaciones no gubernamentales, mismas que se preocupan por la salud: las demandas feministas y la planificación familiar, cuando se empezó a introducir en México y en el mundo los métodos modernos de anticoncepción (Martínez, 1985).

En la década de los cincuentas, ante la fuerza que empieza a cobrar la televisión, la radio y el cine, se agregan nuevos patrones sexuales disruptivos ligados a intereses consumistas, cuyos efectos en la sexualidad aunque parecen muy evidentes aún no han sido evaluados. La investigación y la evaluación de los cambios ocurridos en los fenómenos sexuales tales como el cuestionamiento de la virginidad y de la doble moral característico de las juventudes de los sesentas, no han avanzado gran cosa pues no ha habido mayor interés por parte de los estudiosos (CONAPO, 1994).

En cambio, la actividad educativa continuó durante los cincuentas y los sesentas por parte de los grupos independientes y de las asociaciones no gubernamentales ligados a la salud, a las demandas feministas y a la planificación familiar, cuando comenzaron a introducirse en México los métodos anticonceptivos.

De acuerdo con Rodríguez², fue hasta principios de los sesentas, cuando la concientización sobre las altas tasas de crecimiento poblacional propiciaron por primera vez el establecimiento de acciones de educación sexual formal a nivel nacional como parte de los programas de población en México. La educación sexual se incorpora ante la necesidad de transformar los patrones de fecundidad dentro de una política más amplia que busca regular la dinámica, el volumen, la estructura y la distribución de la población y asegurar que los mexicanos participen de los beneficios del desarrollo económico y social.

Sin embargo, en la actualidad aunque los programas de población, han recibido un mayor apoyo financiero y político, los programas de educación sexual siguen siendo un reto. Con la formación del Consejo Nacional de Población se ampliaron los servicios de educación sexual a un gran sector de la población (CONAPO, 1994).

Las instituciones de salud y de enseñanza formal, difundieron una concepción de educación sexual centrada en los aspectos reproductivos y demográficos. Por primera vez muchas mujeres tuvieron acceso a los métodos anticonceptivos así como a una información elemental acerca del

² cit en Aguilar, G. & Mayén, H. (1997). Hablemos de Sexualidad. México: MEXFAM.

funcionamiento de su cuerpo y del control de su capacidad reproductiva. Los libros de texto oficiales de nivel básico y los programas de enseñanza media, incluyeron en el currículo los fenómenos de la pubertad, la reproducción humana, las enfermedades de transmisión sexual, los métodos anticonceptivos y el crecimiento de la población. La radio, la televisión y la prensa contribuyeron cautelosamente enviando mensajes de planificación familiar más promocionales que informativos (Vázquez, 1981).

Al final de los setentas se establece en CONAPO (1982), el Programa Nacional de Educación Sexual, en este programa de pretensiones nacionales, se elaboran modelos de educación sexual para maestros, para profesionales de la salud y para promotores rurales, yendo más allá de lo demográfico e integrando aspectos biopsicosociales de la sexualidad del individuo, de la familia y de la sociedad.

A finales de los ochentas, se dan dos condiciones que propician una nueva voluntad política hacia la educación sexual: el SIDA y las presiones económicas de los grupos juveniles. La amenaza de una enfermedad mortal ligada a la vida sexual viene a romper resistencias y a confirmar la necesidad urgente de transformar los comportamientos hacia las prácticas sexuales “más seguras”, señalando como principal estrategia preventiva a la educación sexual. Dentro de este movimiento los grupos de homosexuales muestran una presencia como organizaciones civiles, demandando además una educación hacia el respeto de las personas con orientaciones sexuales minoritarias.

Al mismo tiempo la Encuesta Nacional sobre Fecundidad y Salud (Secretaría de Salud [SS], 1987) deja claro que la dinámica y el volumen de la población se ha impactado al descender la tasa de crecimiento, que los grupos de menor edad disminuyen y que las generaciones de adolescentes y adolescentes (que habían nacido antes del descenso) han aumentado.

En 1989, como parte del Programa para la Modernización Educativa se hacen ajustes curriculares en los programas oficiales de educación sexual del nivel básico y medio. Se introduce como programa piloto los aspectos del desarrollo afectivo, de autoestima, y de las relaciones personales al lado de las nociones de pubertad y reproducción humana (Secretaría de Educación Pública [SEP], 1989).

En la actualidad en el marco de la educación sexual se está luchando para que se incluyan temas y asignaturas especiales que vayan más allá de los temas biológicos, para que se apoye al desarrollo y a la difusión de materiales educativos y para capacitar a maestros.

Para ello es de suma importancia, que la educación sexual sea entendida como el hecho de impartir información progresiva y adecuada de lo que es la sexualidad para la formación, tanto en lo biológico como en lo afectivo-social. Para lograr la realización de una sexualidad plena y madura que permita una comunicación equilibrada, dentro de un contexto de afecto y responsabilidad. Visualizando a la sexualidad como una experiencia de comunicación entre dos personas y no sólo como un mecanismo de reproducción de la especie humana. Así con respecto a la parte biológica, el siguiente apartado habla de la anatomía y fisiología de los aparatos genitales.

2.3. Anatomía y fisiología de los aparatos genitales

Los caracteres sexuales son las diferencias morfológicas entre hombres y mujeres; los que están presentes desde el nacimiento se llaman primarios, mientras los que se desarrollan en la pubertad se denominan secundarios.

Los caracteres sexuales primarios son llamados también aparatos genitales masculino y femenino, respectivamente. En el momento del nacimiento se encuentran ya diferenciados según el sexo, aunque en la pubertad la acción de las hormonas modifica algunas de las características morfológicas y funcionales.

2.3.1. Aparato genital masculino

El aparato genital masculino está formado por órganos genitales externos, internos, conductos y glándulas anexas, los que intervienen en el proceso de formación de las células sexuales y en la respuesta sexual.

Padilla y Silva (1996) señalan que los órganos genitales externos son aquellos visibles externamente. Entre ellos se encuentran los siguientes:

- **Pene.** Es un órgano exterior masculino compuesto de tejido que le permite llenarse de sangre y crecer (erección), está situado en la parte baja del abdomen y tiene una doble función; permite a través de la uretra, la eliminación de la orina y participa en el coito o cópula. Ambas situaciones no ocurren simultáneamente, debido a la presencia de mecanismos fisiológicos que posibilitan una u otra función.

- **Glande.** Extremo del pene también llamada cabeza. Este es muy sensible por la gran cantidad de terminaciones nerviosas que tiene, lo que hace que sea muy receptivo a la estimulación y un elemento importante en el placer sexual.
- **Prepucio.** Repliegue de la piel que envuelve al pene, el cual se retrae durante la erección, quedando el glande al descubierto.
- **Escroto.** También llamada bolsa escrotal, es un saco de piel arrugada que se encuentra por debajo del pene y en cuyo interior se sitúan los dos testículos.
- **Testículos.** Órgano par de forma ovoide (de huevo). Producen la hormona testosterona que da las características sexuales secundarias y los espermatozoides. Estos miden 4 centímetros de largo por 3 centímetros de ancho aproximadamente.

La UNESCO (1990), menciona que los órganos genitales internos son los que no se ven a simple vista, entre ellos se encuentran los siguientes:

- **Epidídimo.** Conducto que rodea al testículo en su parte superior y almacena a los espermatozoides. Cada testículo tienen uno.
- **Conducto deferente.** Conducto que lleva a los espermatozoides hasta las vesículas seminales. Existe un conducto por testículo.
- **Vesículas seminales.** Son sacos que protegen y nutren a los espermatozoides.
- **Próstata.** Glándula que rodea a la uretra y que se localiza abajo y delante de la vejiga. Produce un líquido que nutre a los espermatozoides y los protege de la acidez de la orina, ésta secreción junto con el líquido de las vesículas seminales forman el semen.
- **Uretra.** Conducto que se inicia en el cuello de la vejiga y termina a nivel del glande en el meato urinario. Elimina la orina y conduce el semen en el momento de la eyaculación.
- **Glándulas de Cowper.** Secretan líquido para disminuir la acidez de la uretra antes de que pase el semen.
- **Espermatozoides.** Compuestos por cabeza, cuello y cola. La producción de los espermatozoides se inicia en la pubertad y termina con la muerte, son responsables de fecundar un óvulo. Pueden vivir entre 3 y 7 días dentro del cuerpo de la mujer.

2.3.2. Aparato genital femenino

Jensen (1991), menciona que la vulva es el conjunto de órganos y estructuras genitales externas de la mujer y está conformada por:

- **Monte de venus o monte púbico.** Es una masa adiposa recubierta por piel y vello, ubicada encima del hueso púbico. Es sensible a la estimulación erótica.
- **Labios mayores.** Son repliegues de piel cubiertos con vellos en la parte externa. Al separarse dejan al descubierto las demás estructuras de la vulva. En el interior de los labios hay glándulas sebáceas y sudoríparas como las glándulas de Bartolino.
- **Labios menores.** Son repliegues cutáneos. Estos son de menor tamaño, más finos que los labios mayores y rodean la abertura vaginal y el meato urinario, que es la salida de la uretra, por donde se elimina la orina.
- **Clítoris.** Es un órgano muy pequeño que por su desarrollo embriológico y constitución anatómica, tiene gran similitud con el pene masculino. Es de forma cilíndrica y está formado por tejido eréctil. Posee gran sensibilidad por sus terminaciones nerviosas y es un importante centro de placer sexual para la mujer.
- **Meato urinario.** Orificio donde termina la uretra y por el que sale la orina.
- **Vestíbulo.** Espacio de forma oval cuyos lados son los labios menores. En él se encuentran el meato urinario y el orificio vaginal.
- **Orificio vaginal.** Comunica los genitales externos con los internos, generalmente se encuentra parcialmente cubierto por el himen.
- **Himen.** Membrana que cubre el orificio vaginal.
- **Glándula de Bartholín.** Son dos y secretan líquido durante la excitación.
- **Senos.** Están hechos de tejido muscular y tejido graso, producen leche y su tamaño no tiene ninguna relación con la capacidad de producirla.

Para Vink (1970), los órganos internos se encuentran dentro de la cavidad pelviana de la mujer y son los siguientes:

- **Vagina.** Es un tubo ancho y musculoso de 8 a 12 centímetros de largo, de gran elasticidad, que se comunica con los genitales externos. Sus paredes se abren durante la excitación y produce líquido que facilita la penetración del pene durante el coito, también es llamada canal del parto.
- **Trompas de falopio.** Son dos tubos que se localizan en la parte superior del útero, miden de 10 a 12 centímetros de largo por 1 ó 2 milímetros de ancho. Atrapan los óvulos que se desprenden de los ovarios y los transportan hasta el útero. La fecundación se da en las trompas generalmente.
- **Ovarios.** Son dos estructuras de la misma forma y tamaño de una almendra. Órganos pares localizados debajo y cerca de cada uno de los extremos de las trompas de Falopio,

miden aproximadamente 4 centímetros de largo y son responsables de la ovulación. Producen hormonas y contienen los óvulos.

- **Óvulo.** Se encuentran como “semillas” desde el nacimiento y maduran en la pubertad. Contienen el material genético que junto con la otra mitad que aporta el espermatozoide da las características al nuevo ser.
- **Útero o Matriz.** Órgano hueco que se encuentra en la parte baja del abdomen, sus paredes elásticas le permiten crecer durante el embarazo, alberga y brinda las condiciones necesarias al embrión. Su forma es similar a la de una pera invertida y su tamaño es de 8 a 10 centímetros de largo por 5 de ancho, aprox. Consta de 3 capas, la interna es el endometrio que se engrosa para estar listo en caso de un posible embarazo. Tiene 2 orificios superiores que se comunican con las trompas de Falopio y un orificio inferior que se comunica con la vagina, esta parte es el cuello del útero cérvix.

Una vez revisada la anatomía y fisiología de los órganos sexuales (internos y externos) tanto femeninos como masculinos, en el siguiente apartado se habla sobre los métodos de anticoncepción.

2.4. Métodos anticonceptivos

En un principio el ser humano desconocía la relación existente entre el acto sexual y procreación, por lo que atribuía el nacimiento de los hijos a la intervención de fuerzas mágicas o divinas. Pero la situación cambió en el último siglo, cuando la reducción en la tasa de mortalidad condujo a presiones demográficas tanto para familias, como para ciudades, países y el mundo en general (se toma conciencia de la propia capacidad reproductora). Mientras la tasa de crecimiento poblacional alcanzaba su cumbre, surgieron en muchos países formas accesibles y culturalmente aceptadas de regulación de la fertilidad (Bantman, 1998). Sin embargo, el desarrollo de la anticoncepción con el fin de generalizar su uso entre la población, ocurrió hasta la segunda mitad del presente siglo, con la aparición de los métodos anticonceptivos modernos y su promoción en diferentes países.

El primer texto médico en el que se encuentran antecedentes históricos de los anticonceptivos fue descubierto en Egipto en el año 1850 antes de Cristo. En éste se daban recetas tales como: “lavados de la vagina con miel y bicarbonato después del acto sexual” o la aplicación de una “mezcla de excrementos de cocodrilo con una pasta especial que se insertaba en la vagina” (Aguilar y Rodríguez, 1990).

Definitivamente, los anticonceptivos vinieron a revolucionar en forma conceptual y práctica el comportamiento sexual al incidir en los valores, las creencias, las pautas de conducta, las normas, la relación amorosa y la construcción social de los géneros. Entre los métodos anticonceptivos existen los temporales, quirúrgicos y compartidos, por lo que en los siguientes párrafos se describen cada uno de estos.

2.4.1. Temporales

Masculinos

Preservativo o condón

En Grecia y Roma se utilizaban membranas de animales (vejiga e intestino) a manera de condones para evitar el paso del semen a la cavidad uterina, además de evitar la propagación de enfermedades venéreas (Aguilar y Mayén, 2001). En 1872 se utilizó el caucho para la fabricación de preservativos, llegándose a producir en Gran Bretaña 1,200,000 unidades; en 1958, en los Estados Unidos de Norteamérica se produjeron 600 millones de condones (Cortes, 1999). El caucho continúa utilizándose para los métodos de barrera. En 1838 se fabrica la primera “tapa cervical” por un ginecólogo alemán, F.A. Wilde (Bantman, 1998).

El Condón es una delgada funda de látex que se coloca sobre el pene erecto antes de la penetración en la vagina. Tiene como función impedir que el semen pase a la vagina y de ese modo no llegue a producirse la fecundación. Parece haberse utilizado algún tipo de preservativo o condón en el antiguo Egipto. Con el descubrimiento del caucho y su derivado el látex, este dispositivo se hizo más efectivo y más accesible (Quijada, 1983). Sin embargo, ello no quiere decir que sea un método totalmente seguro, como método el condón falla entre un 10 a 15% cuando lo utilizan los adultos, y casi un 20% cuando es empleado por adolescentes. Por tanto, no debe pensarse que es infalible: sólo disminuye la posibilidad de un embarazo (Ibáñez, 1995). Muchos hombres que usan condón señalan que hay una pérdida de la sensibilidad y de la sensación de placer en el acto sexual; otros sienten que se pierde la espontaneidad al tener que detener el proceso para colocarse apropiadamente el condón.

Cuadro 1. Uso, Ventajas y Desventajas del Condón

USO	VENTAJAS	DESVENTAJAS
-Siempre colóquelo antes de la penetración y con el pene erecto. -Deje un centímetro en la punta, sin aire. -Después de la eyaculación tenga	-No requiere receta médica. -Es comercial y relativamente barato. -Es fácil de portar. -No causa complicaciones de tipo	-Puede romperse por estar viejo, fallas en el almacenamiento o por manipulación incorrecta. Por esta razón es muy importante revisar bien la fecha de caducidad y el estado de

cuidado al retirarlo para que no quede semen en la vagina o se derrame.	médico. -Da la oportunidad de participar con la pareja en la prevención de un embarazo no deseado. -Ayuda a prevenir enfermedades de transmisión sexual.	la bolsa y el preservativo mismo, antes de colocarlo, así como seguir detalladamente los pasos para su uso. -Algunos hombres y mujeres sienten que les resta sensibilidad.
---	--	---

Femeninos

Píldora

El Instituto Mexicano de Investigación de Familia y Población ([IMIFAP], 1999) menciona que ésta hecha con hormonas sintéticas (fabricadas) semejantes a las que produce el organismo. Impide la ovulación y cambia las condiciones del tracto reproductivo para que sea más difícil que los espermatozoides se transporten y el posible embrión se implante. Viene en paquetes de 21 ó 28 pastillas, actúa a distintos niveles: 1) evita que se libere el óvulo del ovario en un porcentaje variable de los casos, 2) altera el moco cervical (la secreción del cuello del útero que facilita el paso de los espermios hacia las trompas en los períodos de fertilidad femenina), transformándolo en una barrera de difícil penetración, y 3) hace que el endometrio esté menos receptivo al huevo fecundado, por lo que se puede afirmar que en algunos casos puede tener un efecto abortivo, dado que no permite la implantación del nuevo ser (Shadow, 1980).

Cuadro 2. Uso, Ventajas y Desventajas de la Píldora

USO		VENTAJAS	DESVENTAJAS
Paquete de 21 días	Paquete de 28 días (21 blancas y 7 cafés)		
-Tomar la primera píldora al quinto día después de comenzar la menstruación -Tomar 1 cada día hasta acabar el paquete. Descansar 7 días y empezar otro paquete.		-Comenzar con las pastillas blancas hasta acabar y seguir con las cafés. -Tomar la primera píldora blanca el primer día de la menstruación. -Tomar una diaria hasta acabar. -Comenzar con las píldoras cafés y tomar 1 diaria hasta acabar. -Empezar otro paquete inmediatamente.	-Fácil de usar. -No requiere preparación antes del coito. -Puede regular el ciclo menstrual. No interfiere con el acto sexual.

Inyecciones

Funciona igual que la píldora y su efecto dura 30 días. Las inyecciones no deben usarlas las mujeres con presión alta, azúcar alta de la sangre, várices, problemas del hígado y quienes tengan o hayan tenido cáncer de mama o hígado. Además es necesaria una consulta médica antes de usarla (Burt y Bower, 1992).

Cuadro 3. Uso, Ventajas y Desventajas de las Inyecciones

USO	VENTAJAS	DESVENTAJAS
-Aplicar la primera dosis al séptimo día de haber iniciado la menstruación. -Las siguientes dosis se aplican a los 30 días.	-No requiere preparación antes del coito. -No interfiere con el acto sexual. -Protección continua y efectiva. -Nada más hay que recordar su aplicación cada mes no todos los días.	-Puede dar mareos, dolor de cabeza o de senos, ascos o vómitos que generalmente desaparecen en algunas semanas. -Algunas causan aumento de peso. -No involucra a la pareja. -No previene las enfermedades de transmisión sexual.

Implantes

Aguilar (1994), menciona que el implante es un método de la década de los noventas. Consiste en 6 pequeñas cápsulas silásticas que se insertan en la parte alta del brazo o el antebrazo con anestesia local.

Su función se da a través de la liberación lenta y constante de una sustancia llamada progestina que suprime la ovulación, espesa el moco cervical para bloquear a los espermatozoides y puede adelgazar la capa del endometrio. La acción de este tipo de implantes es totalmente reversible y la fertilidad retorna cuando se retira el implante. Su duración es de aproximadamente 5 años. Para su aplicación se realiza una pequeña incisión bajo condiciones estériles para colocarlas bajo la piel. Es importante que la inserción se efectúe durante los primeros días después del inicio de la menstruación y puede hacerse después del parto o del aborto. De cada 100 mujeres que lo utilizan, una se puede embarazar, o sea que tiene una efectividad de 99%.

La Píldora de la mañana siguiente

La CONAPO (1994), dice que es un método que se ocupa cuando se quiere evitar un embarazo inmediatamente después de un contacto sexual inesperado en el cual no se hayan usado anticonceptivos.

Este método sólo está indicado para evitar un embarazo a continuación de un contacto sexual único inesperado y/o sin protección. Es útil ante una emergencia y es considerado para una sola vez y no debe utilizarse como procedimiento de rutina. Debe darse durante las primeras 72 horas posteriores al coito. Se dice que de 100 mujeres que lo utilizan en un año 2 se embarazan; es decir tienen un 98% de eficacia y no afecta la fecundidad en el futuro.

Las mujeres que pueden tomar la píldora de la mañana siguiente son aquellas que:

- Tuvieron un contacto sexual no planeado y por lo tanto, no usaron anticonceptivos.
- Usaron un condón que se rompió o se desprendió derramándose el semen en la vagina.
- Usaron el método del ritmo y piensan que no contabilizaron los días fértiles.
- Usaron óvulos y éstos no se disolvieron.

Diafragma

Es un método que consiste en colocar, una barrera que bloquea el paso de los espermios hacia el útero. El diafragma es una lámina de caucho flexible que se inserta por la vagina de manera que tape el cuello del útero. Éste tiene que ser ajustado a la medida de cada mujer y se requiere de un entrenamiento para su correcto uso, para lo cual es necesario un examen ginecológico. Muchas parejas consideran este método como “incómodo” para la mujer, por las restricciones en cuanto al baño y también porque resta espontaneidad al acto sexual. Para mayor efectividad se suele usar conjuntamente con cremas o espumas vaginales (Secretaría de Salud [SS], 1988).

Cuadro 4. Uso, Ventajas y Desventajas del Diafragma

USO	VENTAJAS	DESVENTAJAS
-Se coloca antes del acto sexual. -Se inserta por la vagina de manera que tape el cuello del útero. -Luego del acto sexual el diafragma debe mantenerse puesto de 6 a 8 horas sin bañarse en la tina, ni en piscina, ni hacerse lavados vaginales.	-Espermicidas que proveen protección relativa contra algunas enfermedades de transmisión sexual. -Bajo porcentaje de fracaso en evitar el embarazo si es bien aplicado.	-Posibles alergias a los espermicidas. -Requiere prescripción médica. -Requiere de entrenamiento en su uso. -Requiere planificación previa. -Interfiere el acto sexual.

Cremas, Espumas, Jaleas y Supositorios Vaginales

Urbina (1990), dice que estos productos están diseñados para ser introducidos en la vagina previamente al acto sexual, donde efectúan su acción espermaticida. Es importante seguir cuidadosamente las instrucciones (con algunos hay que esperar un tiempo, luego de introducirlos en la vagina para que sean efectivos).

Cuadro 5. Uso, Ventajas y Desventajas de los Espermicidas

USO	VENTAJAS	DESVENTAJAS
<ul style="list-style-type: none"> -Se coloca antes del acto sexual. -Se inserta por la vagina. -Luego del acto sexual el diafragma debe mantenerse puesto por 6 u 8 horas sin bañarse en la tina ni en piscina ni hacerse lavados vaginales. -Por lo general no se prescribe el uso de estos productos por sí solos, sino en combinación ya sea con el diafragma o el condón para aumentar su efectividad. 	<ul style="list-style-type: none"> -Proveen protección relativa contra algunas enfermedades de transmisión sexual. -Bajo porcentaje de fracaso en evitar el embarazo si es bien aplicado. 	<ul style="list-style-type: none"> -Posibles alergias a los espermicidas. -Requiere prescripción médica. -Requiere de entrenamiento en su uso. -Requiere planificación previa. Interfiere el acto sexual.

Dispositivo Intrauterino (DIU)

En el siglo IV a.C., Hipócrates fue el precursor del dispositivo intrauterino DIU, ya que descubrió el efecto anticonceptivo que se derivaba de la colocación de un cuerpo extraño en el interior del útero (piedras de río) y su utilización desde épocas remotas en las camellas de los nómadas del desierto, para evitar su preñez durante largas travesías (Potts, 2001).

Aunque durante siglos se intentó el empleo de fragmentos de madera o hueso como dispositivos intracervicales, la anticoncepción intrauterina moderna se inicia en 1928 con la presentación por Richter de un auténtico dispositivo intrauterino que consistía en un lazo de hilo de seda.

Grafenberg (1929) modificó el modelo anterior añadiéndole un hilo de una aleación de plata y cobre. Ota en 1934 consiguió su dispositivo cambiando los metales e introduciendo el plástico en su fabricación, ambos publicaron en su tiempo las experiencias obtenidas. Sin embargo, tras estos balbuceos iniciales, y como sea que el riesgo de infección era importante en aquellos tiempos, unido a una serie de razones socioculturales, hizo que los dispositivos intrauterinos no experimentaran un nuevo avance hasta la década de los 50s, en la que Openheimer (1959)

presentó su experiencia con el anillo de Grafenberg (1929) e Ishihama (1959), presentó la suya con el de Ota. Ambos confirmaron bajas cifras de embarazos (Bantman, 1998).

En 1960, Margullies presentó su dispositivo (SAFE-T-Coil), que se caracterizaba por ser un dispositivo abierto, construido en polietileno recubierto por una capa de sulfato de bario, que facilitaba su localización radiológica, a la vez que se montaba en un aplicador de plástico para su inserción. Lippes fue quien sobre la base de la espiral de Margullies, diseño su conocida Asa de Lippes, sin duda el DIU más utilizado en todo el mundo, el cual se fabrica en distintos tamaños para adaptarlo mejor a las dimensiones de la cavidad uterina, y la púnica innovación que aportó fue la introducción en un hilo-guía en la cola del DIU, que ayudaba a su localización y extracción (Potts, 2001).

Zipper en 1967, diseño la conocida "T" con cobre, un dispositivo de plástico en forma de T, en cuyo brazo vertical se encuadra enrollada una espiral de cobre. Sobre esta base aparecieron el Cu-7 y el Multiload, diseñado por Vans Os (1974) para reducir con su espiral diseño la cifra de expulsiones. Fue en 1970 cuando Scomegna, demostró que añadiendo esteroides y concretamente progesterona a la rama horizontal de la T se conseguía un efecto anticonceptivo similar, reduciendo notablemente la pérdida menstrual y la dismenorrea que acompañaban a la utilización de los anteriores dispositivos. Este mismo año se inició la fabricación de DIU's medicados o bioactivos, con iones de cobre y plata o con hormonas, incrementándose la eficacia anticonceptiva y reduciéndose los efectos secundarios (Bantman, 1998).

Así los DIU son objetos de tamaño reducido, especialmente diseñado para ser introducidos en el útero, con el fin de impedir un embarazo. Hay distintos tipos de dispositivos entre ellos; t de cobre, anillo, espiral, etc. (IMIFAP, 1999).

Cuadro 6. Uso, Ventajas y Desventajas del DIU

USO	VENTAJAS	DESVENTAJAS
<p>-Se coloca en la matriz por un(a) médic@ enfermera, de preferente cuando la mujer está menstruando.</p> <p>-Tiene hilos que quedan en la vagina y se deben revisar cada 6 meses o un año, por algún(a) profesional de la salud.</p>	<p>-Se inserta una sola vez.</p> <p>-Requiere poca atención o cuidado (sólo dos veces al año se acude con el médico).</p> <p>-Ofrece protección continua y efectiva de 2 a 5 años.</p> <p>-Se retira fácilmente cuando la mujer desea embarazarse.</p>	<p>-Puede causar cólicos y trastornos menstruales.</p> <p>-Pueden ser expulsados.</p> <p>-No previene enfermedades de transmisión sexual.</p> <p>-En algunos casos puede propiciar irritación o úlceras en el útero. Puede producir molestias severas, como un aumento importante del flujo menstrual (menorragia). Puede</p>

		producir inflamación o infección pélvica lo cual puede acarrear esterilidad permanente, embarazos fuera del útero.
--	--	--

2.4.2. Quirúrgicos

Masculinos

Vasectomía

La vasectomía se inicia a principios del siglo XX con Sharp (1930), pero no es sino hasta 1963 que Poffenberger publica 2,000 casos de vasectomías voluntarias efectuadas de 1956 a 1961, con excelentes resultados. Para 1938 se habían efectuado más de 32, 931,000 vasectomías en todo el mundo (Bantman 1998).

La vasectomía es una forma quirúrgica de esterilización permanente, consiste en cortar y sellar el conducto deferente, e impedir que los espermios lleguen a la uretra. Esta operación no interfiere en la capacidad del hombre de tener relaciones sexuales completas: tener erección y eyaculación del fluido seminal. Tampoco impide la formación de espermios en los testículos. Lo que se evita es que los espermios puedan salir fuera del cuerpo del hombre. La única diferencia en el eyaculado del hombre que se ha sometido a la vasectomía es que éste no contiene espermios. Además debe realizarse en hombres adultos que están seguros de no querer procrear otr@ hij@s y que desean proteger la salud de su pareja (Becker y Lettman, 1997).

Cuadro 7. Ventajas y Desventajas de la Vasectomía

VENTAJAS	DESVENTAJAS
<ul style="list-style-type: none"> -Es un método definitivo y seguro para no tener más hij@s. -Es una operación sencilla que se hace en el consultorio médico con anestesia local. -No tiene efectos secundarios. -Permite ejercer la sexualidad igual que siempre, pero sin miedo al embarazo. 	<ul style="list-style-type: none"> -No existen pero debido a que el efecto no es inmediato, se recomienda que después de la operación, la pareja utilice algún método anticonceptivo por 30 días. -No protege de ETS/VIH/SIDA.

Femeninos

Oclusión Tubaria Bilateral (OTB)

En 1880, Lungren realizó el primer procedimiento de esterilización tubárica después de una operación cesárea. Desde entonces se han descrito más de 1000 técnicas diferentes de intervenciones quirúrgicas para la esterilización femenina definitiva (Bantman, 1998). También es llamada Salpingoclasia o Ligadura de Trompas consiste en cortar y sellar las las trompas que es donde ocurre la fecundación, de manera que el óvulo no tiene la posibilidad de ser fecundado por espermios. Antiguamente las trompas se amarraban con lo cual el riesgo de que se produjera un embarazo era mayor, si éstas llegaban a soltarse. Tiene una alta efectividad; de 100 mujeres que tienen la operación 99 no se embarazan. Es una forma de esterilización definitiva y su realización requiere que la mujer adulta ya tenga l@s hij@s que desea y esté segura de no desear más en el futuro (Dulanto, 2000).

Cuadro 8. Uso, Ventajas y Desventajas de la OTB

VENTAJAS	DESVENTAJAS
<ul style="list-style-type: none"> -Es el método más seguro para no tener más hij@s. -Es una operación sencilla que se puede hacer cuando la mujer decida. -No tiene efectos secundarios. -Permite ejercer la sexualidad sin miedo al embarazo. -No interfiere el acto sexual. 	<ul style="list-style-type: none"> -No existen, aunque no protege de enfermedades de transmisión sexual. -Requiere hospitalización. -Se considera una cirugía mayor. -Puede haber complicaciones quirúrgicas o anestésicas. -Su costo es más alto que la vasectomía. -Deja cicatrices pequeñas en el abdomen. -Dolor ligero durante la operación o después de ésta.

2.4.3. Compartidos

La regulación de la natalidad por la vía de los métodos compartidos es una posibilidad que se ha ido desarrollando progresivamente a partir de las últimas décadas. Estos métodos se basan en la abstinencia periódica de la actividad sexual, por lo que requieren del compromiso de ambos para su efectividad (Padilla y Silva, 1996).

Los métodos compartidos requieren que los esposos tomen conciencia de los períodos de fertilidad femenina. Estos métodos consisten esencialmente en tratar de detectar el período de ovulación de la mujer para evitar relaciones sexuales en los días previos y durante la ovulación para prevenir el embarazo (Rodríguez y Gutiérrez, 1992).

También son conocidos como métodos naturales de regulación de la natalidad, porque no involucran elementos ajenos o procedimientos artificiales en la relación conyugal, y respetan la integridad del acto sexual humano³.

Tienen la ventaja de que se basan en un sistema natural e inofensivo de detección de los períodos fértiles en la mujer. No tienen ninguno de los efectos secundarios que presentan otros métodos, ya que no alteran los procesos naturales del organismo. Es así como la mayoría de las parejas que los adoptan lo hacen con el fin de evitar los problemas de salud que se les han presentado a raíz del uso de métodos artificiales (Jensen, 1991).

Del Ritmo

Es uno de los métodos naturales más antiguos. A éste también se le conoce como el método de Ogino-Knauss, recibiendo el nombre de los médicos japonés (Ogino) y australiano (Knauss) que desarrollaron el método. Éste consiste en determinar la época fértil de la mujer, sobre la base del estudio de los ciclos menstruales de ella durante al menos 12 meses. Se considera que cada ciclo menstrual parte con el primer día de la menstruación, se restan 18 días del ciclo menstrual más corto y diez días del ciclo más largo, ello da como resultado los límites del período en que se deben evitar las relaciones sexuales por constituir el período de más alta probabilidad de embarazo de la mujer. Cabe señalar con respecto a este método que si bien la menstruación ocurre 14 días después de la ovulación, el período previo a la ovulación es variable de un mes a otro. El cálculo de los días fértiles supone una regularidad muy alta en los ciclos menstruales de las mujeres, lo cual para un alto porcentaje no se cumple: factores de salud, nutrición y estrés, entre otros, pueden afectar los ciclos. Por esta razón este método no es muy confiable ni efectivo, por lo cual no se recomienda su uso (Molina, Luengo y Guardo 1991).

Cuadro 9. Ventajas y Desventajas del Método del Ritmo

VENTAJAS	DESVENTAJAS
-No requiere prescripción médica.	-Alto porcentaje de fracasos.
-No tiene efectos secundarios negativos para la salud.	-Exige un periodo largo de abstinencia.
-Permite mayor comunicación en la pareja.	-Se necesita de la motivación de la pareja.
-Aceptable para algunos grupos religiosos que no aceptan otro tipo de métodos.	-No se puede utilizar en mujeres que tienen ciclos largos o irregulares.
-Permite la anticoncepción sin utilizar otro tipo de métodos.	-Puede causar tensión psicológica.
-No tiene un costo.	-No puede llevarse a cabo durante la adolescencia.
	-Se requiere constancia, precisión y dedicación.

³ Son los únicos aceptados por la iglesia, por cuanto ella considera que todo acto matrimonial debe quedar abierto a la posibilidad de la transmisión de la vida.

De la Temperatura

La temperatura basal fue tomada en cuenta en 1868. Fue Squiere quien notificó sobre el descenso de la temperatura corporal durante un período menstrual y su elevación antes de la misma. La importancia de esta elevación no fue reconocida sino hasta 1928, cuando Von de Valde la asoció con la actividad del cuerpo lúteo. Pero es hasta 1947 que V. Ferin formuló la hipótesis de que esta elevación podría utilizarse para señalar (la Ovulación) el tiempo inadecuado para la relación sexual, con el fin de evitar el embarazo (Potts, 2001).

Este método consiste en guardar abstinencia desde el inicio de la menstruación hasta algunos días después de ocurrida la ovulación. Durante la ovulación aumenta la temperatura corporal, de ahí el nombre de este método. Para su aplicación se requiere registrar las variaciones en la temperatura corporal, a manera que se puede detectar las pequeñas diferencias de temperatura corporal que se asocian a la ovulación. La temperatura del cuerpo aumenta levemente (aproximadamente 0.5 grados Celsius) durante la ovulación y se mantiene más alta que en el período preovulatorio hasta el inicio del ciclo menstrual siguiente (Silber, 1995).

En este método, la temperatura debe ser tomada a primera hora por la mañana al despertar, estando en reposo absoluto. Es necesario hacer notar que la temperatura corporal puede variar por otros factores como infecciones, tensión, falta de sueño, por lo cual no es un método muy confiable, salvo que se mantenga una rigurosa abstinencia durante todo el período preovulatorio hasta que haya pasado el período fértil, ya que si se llegara a tener relaciones sexuales 2 o 3 días antes de la ovulación, es posible que haya espermios sobrevivientes en el tracto sexual femenino y se produzca la fecundación, aun cuando la pareja se abstenga de relaciones sexuales al detectar la ovulación. En general este método se usa en combinación con otros para disminuir la larga abstinencia que requiere para ser efectivo.

Cuadro 10. Ventajas y Desventajas del Método de la Temperatura

VENTAJAS	DESVENTAJAS
-Puede ser usado como método para favorecer el embarazo. -No requiere prescripción médica. -No tiene efectos secundarios negativos para la salud.	-Prolongados períodos de abstinencia sexual.

De Billings

El método de Billings⁴, el cual ha sido objeto de extensa investigación en las últimas décadas, se basa en la detección de la fertilidad a partir de la observación de secreciones producidas por el cuello del útero (también llamadas moco cervical) y que están presentes en la vagina. Las secreciones van variando a lo largo del ciclo menstrual. La mujer aprende a reconocer los diversos tipos de moco que se producen en los distintos momentos del mes para determinar cuándo está cerca del momento de la ovulación.

Para un alto porcentaje de mujeres, al comienzo del ciclo hay una secreción amarillenta y espesa (similar a crema de vainilla o “crema” pastelera); cuando se acerca la ovulación ésta cambia y se vuelve más abundante, elástica, transparente y resbalosa (semejante a la clara de huevo). La presencia de esta secreción elástica y transparente que se da en la ovulación tienen como función servir de medio de transporte a los espermios: facilita que suban hacia las trompas, los protege de la acidez vaginal y se cree que podría nutrirlos y capacitarlos para fecundar al óvulo. Pasado el período de ovulación, para algunas mujeres la secreción vuelve a ser amarillenta y espesa y desaparece gradualmente en los días cercanos a la menstruación; para otras, simplemente no hay presencia de secreción.

Así, la fertilidad depende de la presencia del óvulo, del espermio y de la calidad del moco cervical femenino, que nutre y protege al espermio, permitiéndole mantenerse con vida dentro del cuerpo de la mujer, y facilitando su tránsito para unirse al óvulo (Rodríguez y Gutiérrez, 1992).

El método de Billings para su correcta aplicación, requiere de un período de preparación que varía en los diferentes centros de enseñanza de éste. Requiere al menos de un mes de entrenamiento con un monitor especializado, de manera que la mujer aprenda a distinguir los distintos tipos de secreciones que ocurren a lo largo del ciclo menstrual (Vigil, 1994).

Cuadro 11. Ventajas y Desventajas del Método de Billings

VENTAJAS	DESVENTAJAS
<ul style="list-style-type: none">-Puede ser usado como método para favorecer el embarazo.-No requiere prescripción médica.-No tiene efectos secundarios negativos para la salud.-Compromiso de la pareja en la abstinencia.-Bajo porcentaje de embarazos no deseados si se	<ul style="list-style-type: none">-Prolongados períodos de abstinencia sexual.-Requiere entrenamiento en su uso.

⁴ Así llamado por el matrimonio de Médicos australianos que lo desarrolló.

observa rigurosamente la abstinencia.	
---------------------------------------	--

Coitus Interruptus

Aguilar (1994) comenta que es un método sencillo, el cual consiste en la interrupción del contacto sexual antes de que el esperma se pueda depositar dentro de la vagina. El hombre, al sentir la inminencia de la eyaculación, debe retirar el pene de la vagina y eyacular afuera para evitar que haya contacto del semen con la vagina, y los espermatozoides no penetren dentro del canal vaginal. Se reporta que su efectividad es de un 50%.

Cuadro 12. Ventajas y Desventajas del Método de Coitus Interruptus

VENTAJAS	DESVENTAJAS
<ul style="list-style-type: none"> -No requiere preparación previa. -Está disponible la voluntad. -No tiene costo. -Sin riesgos para la salud. -No necesita visita médica. 	<ul style="list-style-type: none"> -No lo pueden usar hombres que no tengan un adecuado control de la eyaculación. -Puede crear frustraciones emocionales en la pareja. -Puede causar tensión y ansiedad.

Después de revisar los métodos de anticoncepción, es importante mencionar que las pautas reproductivas han cambiado radicalmente en México como resultado de la difusión de la planificación familiar, lo que ha hecho posible que las personas puedan ejercer un mayor dominio sobre el calendario e intensidad de la fecundidad. La planificación familiar se ha ido interiorizando como un valor en la vida de las personas por lo que en la actualidad 7 de cada 10 mujeres en edad fértil unidas hace uso de métodos anticonceptivos (CONAPO, 2000).

Cabe mencionar, que de alguna manera el uso de los métodos anticonceptivos tiene dos finalidades; una de ellas es la planificación familiar y la otra es la prevención de las ETS. Puesto que el ejercicio de la sexualidad implica riesgos para la salud que van en aumento, ciertas enfermedades de transmisión sexual registran una tasa de incidencia en constante incremento durante la última década. Asimismo, la pandemia del VIH/SIDA sigue cobrando nuevas víctimas, sin que se logre reducir el número de casos nuevos de SIDA que se registran cada año. Por ello la importancia de incluir un capítulo de ETS, el cual se desarrolla en el siguiente apartado.

Hoy en día, la planificación familiar goza de amplia aceptación social y en consecuencia todos los estratos sociales y ámbitos territoriales del país la fecundidad ha descendido significativamente. Por ello, para la mayoría de las mexicanas y los mexicanos, la reproducción dejó de ser concebida

como un capricho de la naturaleza y hoy en día forma parte de los eventos que pueden ser planeados y anticipados por las personas (Zúñiga y Zubieta, 2000).

2.5. Enfermedades de transmisión sexual (ETS)

Este tipo de enfermedades también son conocidas como “enfermedades venéreas”, éstas afectan a hombres y mujeres y se adquieren a través de contactos sexuales con personas infectadas. A pesar de los avances tecnológicos y médicos, estas enfermedades no han decrecido, sino que han ido en aumento. Sobre todo la población adolescente se encuentra actualmente en una situación de mayor riesgo de adquirir una ETS, porque ha disminuido la edad de iniciación de las relaciones sexuales y también ha aumentado el número de compañeros sexuales a lo largo de la adolescencia (Castells y Silber, 1999).

Las enfermedades de transmisión sexual constituyen un problema endémico en nuestro país que requiere atención prioritaria, debido a que tiene una frecuencia elevada; su incidencia se da principalmente entre la población económicamente activa, con mayor frecuencia entre los 15 y 49 años de edad, y ocasionan secuelas graves en materia de salud reproductiva. Además estas enfermedades, mantienen una estrecha relación con la incidencia del virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA).

En México existe un subregistro de las ETS, esto se debe a que a menudo estas se presentan en forma asintomática y al hecho de que la población no identifica oportunamente los síntomas iniciales de algunas enfermedades, en virtud de sus creencias particulares en relación con su cuerpo y su salud. Las ETS de la nueva generación son susceptibles de ser tratadas adecuadamente pero no son curables; de ahí la necesidad de reorientar los programas de sexualidad previniendo y evitando las prácticas sexuales riesgosas.

De acuerdo a las estadísticas oficiales, las ETS representan en el país una de las 10 primeras causas de morbilidad, con un promedio de 350 mil casos anuales entre 1996 y 1998. Los índices de incidencia de las principales ETS presentaron incrementos importantes entre 1990 y 1998, tanto en términos absolutos como relativos. Este es el caso de la candidiasis y la tricomoniasis urogenitales, cuya incidencia en 1998 ascendió a 238.6 y 142.1 casos por 100 mil habitantes, respectivamente. La tendencia de las ETS clásicas, como la sífilis y la gonorrea, es descendente, a diferencia de las llamadas de nueva generación (como el VIH, el herpes genital y el virus del papiloma, entre otras) que tienden a aumentar. Entre 1990 y 1998, la incidencia de la infección gonocócica paso de 23.2 a 15.6 casos por 100 mil habitantes, la de la sífilis adquirida de 5.7 a 1.8 y la del herpes genital de 4.4 a 5 casos por 100 mil (CONAPO, 2000).

Cerruti y Rodríguez (1993), comentan que algunas de las causas por las que las personas son víctimas de las ETS son debido a que:

- No tienen información muy clara y verdadera sobre los síntomas asociados con las ETS.
- A los sentimientos de vergüenza y/o temor que experimentan ante la exploración del propio cuerpo.
- A roles de género, que establecen que la mujer debe sostener relaciones sexuales con su pareja cuando ésta lo desee, sin importar su condición de salud.
- Porque la pareja no quiere utilizar condón.
- Porque la pareja tiene relaciones con otr@s y no utiliza condones.
- A la actitud despreocupada con que practican la actividad sexual, olvidando el empleo del condón como medida preventiva de contagios infecciosos.

Silber (1995) dice que aunque las ETS son diferentes, es importante tener en cuenta los síntomas generales de estas para poder acudir a la unidad médica de inmediato, antes de que la enfermedad empeore o pase a otra persona, entre algunos de estos síntomas están los siguientes:

- Inflamación y comezón de los genitales.
- Crecimientos en forma de verrugas en genitales y boca.
- Vesículas que aparecen con ardor, se rompen y desaparecen, para luego regresar.
- Llagas o úlceras que duelen o no duelen.
- Fiebre, dolor muscular o dolor de cabeza.
- Orina de color oscuro, palidez u ojos amarillos.
- Infecciones frecuentes, cansancio constante, pérdida de peso.
- Heridas que se tardan en curar.

ESPECÍFICAMENTE EN MUJERES

- Flujo vaginal verde, blanco o amarillo, acompañado de mal olor.
- Sangrado fuera del tiempo de la menstruación.
- Dolor y/o ardor al orinar, dolor abdominal o dolor durante el coito.
- Crestas, verrugas o llagas.

ESPECÍFICAMENTE EN HOMBRES

- Secreción por el pene y dolor al orinar.
- Crestas, verrugas o llagas.

Aunque cada enfermedad es diferente, hay ciertas formas de transmisión que son comunes. En general pasan de una persona a otra. Para Cerruti (1998) algunas de las formas más comunes de transmisión son:

- Por contacto con flujo de la vagina o cualquier secreción del pene.
- Por contacto con llagas, verrugas o vesículas.
- A través de objetos como toallas, calzoncillos, sábanas y otros compartidos con personas infectadas.
- Por contacto con la sangre.
- Por contacto con la garganta o la boca.
- Por compartir agujas hipodérmicas con personas infectadas.
- De una madre infectada a su bebé durante el embarazo o parto.

Para el IMIFAP (1999), algunas de las consecuencias de las ETS son:

- Contagio de la pareja a través de relaciones sexuales.
- Transmisión a los bebés durante el embarazo o el parto.
- Esterilidad en mujeres y hombres.
- Inflamación pélvica.
- Artritis.
- Dolor constante.
- Nacimiento de bebés bajos de peso.
- Alto riesgo de abortos espontáneos.
- Trastornos de la circulación y/o de los nervios.
- Tendencia a infecciones frecuentes.
- Desarrollo de cáncer Cérvico-Uterino.
- Desarrollo de SIDA.
- Muerte.

Padilla y Silva (1995) dicen que, dentro de la amplia gama de ETS, hay algunas que son causadas por bacterias entre las más comunes están:

Cuadro 13. Enfermedades de Transmisión Sexual de Tipo Bacterial

ENFERMEDAD	SÍNTOMAS	CONSECUENCIAS	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO
CLAMIDIASIS	<ul style="list-style-type: none"> -Abundante secreción uretral en el hombre. -Abundante secreción vaginal en la mujer. -Dolor al orinar. -En la mujer los síntomas suelen pasar más desapercibidos y se confunden con moco o flujo cervical. 	<ul style="list-style-type: none"> -Si no es debidamente tratada puede ser causa de esterilidad. -Una mujer embarazada puede contagiar al niño el que podría desarrollar conjuntivitis, ceguera, afecciones pulmonares, etc. 	
GONORREA (Este organismo no sobrevive fuera del cuerpo humano mucho tiempo, por lo que aunque ocasionalmente puede transmitirse por juguetes sexuales o a través del coito. El riesgo de infectarse para la mujer, cuando la pareja está infectada es del 50 al 90%, mientras que para el hombre es del 20%).	<ul style="list-style-type: none"> -Sensación de escozar y pus en la uretra. -Necesidad frecuente de orinar. -En la mujer los síntomas suelen pasar más desapercibidos. 	<ul style="list-style-type: none"> -Inflamación pélvica en la mujer. -Prostatitis o uretritis en el hombre. -Si no es debidamente tratada puede ser causa de esterilidad para hombre y mujer. 	<ul style="list-style-type: none"> -Se trata con Penicilina G Procaínica. Sin embargo cada vez existen más casos resistentes a la penicilina.
SÍFILIS (Se transmite por medio del contacto sexual, la espiroqueta entra al cuerpo humano a través de heridas en la piel o en las mucosas, por lo que puede transmitirse por contacto vaginal, rectal u	<ul style="list-style-type: none"> -Se desarrolla en etapas: 1ª. Pequeñas heridas redondas e indoloras que pueden aparecer en los genitales externos, recto, boca, dedos, etc., en hombres y mujeres; éstas desaparecen en el curso de las siguientes semanas. 2ª. Síntomas de gripe (fiebre, dolor de cabeza). Erupciones en la piel que no provocan molestias, 	<ul style="list-style-type: none"> -Si no es debidamente tratada puede ocasionar parálisis, deterioro mental e incluso la muerte. -Una mujer embarazada puede contagiar al niño y causándole deformaciones e incluso la muerte. 	<ul style="list-style-type: none"> -El diagnóstico se comprueba mediante la visualización del Treponema es un frotis directo tomado de las lesiones cuando están presentes. -Existen pruebas sexológicas; las más utilizadas son el VDRL (venereal disease research laboratory), RPR (rapad protein reagin) y la prueba de anticuerpos

<p>urogenital).</p>	<p>pero al romperse supuran. 3ª. Infección generalizada: puede afectar huesos, corazón, cerebro; puede no ser curable.</p>		<p>fluorescentes FTA-ABS. -Para su tratamiento se utiliza Penicilina.</p>
<p>CHLAMYDIA TRACHOMATIS (No sobrevive mucho tiempo fuera del organismo, casi siempre se transmite a través del coito. El recién nacido se infecta a través del canal del parto).</p>	<p>-La infección por la variedad trachoma generalmente no produce síntomas en la mujer, puede manifestarse por flujo vaginal y ardor al orinar. -En el hombre existe uretritis con secreción y molestias al orinar.</p>	<p>Enfermedad pélvica inflamatoria causante de esterilidad y embarazos ectópicos. -En hombres es causa de epididimitis. -Se puede infectar a los bebés.</p>	<p>-El diagnóstico se basa en la sintomatología y pruebas de laboratorio rápidas y cultivos que confirman su presencia en la secreción cervical o uretral. -El tratamiento recomendado es Doxiclina 100mg. Vía oral 2 veces al día o Tetraciclina 500 mg. Vía oral 4 veces al día, en ambos casos por 7 días.</p>
<p>TRICOMONIASIS (Es la más frecuente de las infecciones transmitidas por contacto sexual)</p>	<p>-En mujeres existe leucorrea fétida, irritación y comezón vulvar. Puede existir dolor abdominal bajo y dispareunia. -La mayoría de los hombres son sintomáticos, en ocasiones presentan descarga uretral y ardor al orinar.</p>	<p>-En hombres se resuelve espontáneamente aún sin tratamiento. -En la mujer embarazada se asocia con partos prematuros y productos de peso bajo.</p>	<p>-El diagnóstico se hace mediante frotis y cultivo de la secreción vaginal. -El tratamiento específico es con Metronidazol, es muy efectivo siempre y cuando la pareja se trate simultáneamente ya que en caso contrario frecuentemente existe reinfección.</p>
<p>CANDIDIASIS (No siempre es por contacto casual, puede surgir como resultado de la alteración del pH vaginal y/o de la flora normal como en el caso de diabetes, inmunodeficiencias secundarias a cáncer, SIDA o por uso indiscriminado de antibióticos o duchas</p>	<p>-El hombre generalmente es asintomático. -En la mujer existe leucorrea blanca, grumosa con gran enrojecimiento y dolor vulvar.</p>		<p>-El diagnóstico se comprueba mediante un estudio de frotis y cultivo de secreción vaginal. -El tratamiento se hace con antimicóticos del tipo de la Nistatina, Ketoconazol o Itraconazol.</p>

vaginales).			
-------------	--	--	--

Estas enfermedades (gonorrea, clamidiasis y sífilis) detectadas a tiempo y tratadas oportunamente con el antibiótico indicado para cada caso particular son curables, aun cuando en el último tiempo han aparecido cepas muy resistentes a los antibióticos de uso tradicional. Cabe mencionar que aunque existe tratamiento, hay un porcentaje de casos en que estas infecciones dejan secuelas que pueden desembocar en infertilidad posterior. Una característica de estas enfermedades es que no siempre pueden ser detectadas y tratadas a tiempo, ya que los síntomas pueden pasar desapercibidos por meses o años. Sin darse cuenta del contagio, la persona transmite la enfermedad a sus compañer@s sexuales. Este tipo de enfermedades no tienen cura. Además toda persona que adquiere cualquiera de estas enfermedades virales será portadora de ellas de por vida.

Silber (1995), menciona algunas ETS que son de origen viral entre ellas:

Cuadro 14. Enfermedades de Transmisión Sexual de Origen Viral

ENFERMEDAD	SÍNTOMAS	CONSECUENCIAS	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO
HERPES GENITAL (Se transmite por contacto sexual urogenital).	-Dolor y picazón en los genitales. -Ampollas en los genitales, las que al reventarse originan ulceraciones. -Compromete órganos internos como la uretra y en mujeres hasta el cuello uterino. -Síntomas similares a la gripe.	-Enfermedad crónica que tiene solo un tratamiento sintomático; el virus se activa periódicamente de por vida. -Es tan doloroso que impide el acto sexual cuando se activa la enfermedad.	-En base a la presencia de las lesiones típicas, cuando están ausentes se requiere de cultivo viral o pruebas sexológicas. -El tratamiento con Aciclovir es útil para disminuir el ataque inicial, así como para prolongar el tiempo entre las recaídas. Sin embargo es antiviral y caro y cuando se suspende las recaídas son tan frecuentes como antes

			de tomarlo.
<p>PAPILOMA HUMANO (Se transmite por contacto sexual).</p>	<p>-Crecimiento de verrugas en los genitales tanto en hombres como en mujeres.</p>	<p>-Requiere de extirpación quirúrgica de las verrugas. Las verrugas pueden derivar en cáncer cervical, rectal o del pene.</p>	<p>-El diagnóstico se basa en la presencia de las lesiones características y biopsia de las mismas.</p> <p>-El tratamiento consiste en remover quirúrgicamente las lesiones, sin embargo las recurrencias son muy frecuentes.</p>
<p>SIDA (Su transmisión puede ser sanguínea, sexual y perinatal).</p>	<p>-Asintomático en su primera etapa, la cual puede prolongarse por meses o años: la persona contagiada puede no saber que tiene la enfermedad.</p> <p>-A los pocos meses de contraído el virus, pueden haber síntomas semejantes a la mononucleosis: ganglios inflamados, irritación a la garganta, fiebre, malestar y erupciones en la piel. Éstos desaparecen y pueden no haber síntomas significativos en los meses o años siguientes.</p> <p>-En su etapa final, el organismo es presa de todo tipo de infecciones y cánceres que llevan a la persona a la muerte.</p>	<p>-Una persona que adquiere el virus puede infectar a otros aun cuando no presente ningún síntoma.</p>	<p>-El diagnóstico se basa en la detección de anticuerpos contra el HIV en suero.</p> <p>-Las pruebas más utilizadas en la mayoría de los laboratorios en México son: ELISA (Enzyme Linked Immunosorbent Assay), que es una prueba presuncional cuyo resultado positivo debe corroborarse siempre mediante una prueba confirmatoria. La más conocida es el Western Blot que es una prueba más elaborada y de mayor costo.</p> <p>-Hasta el momento no existe tratamiento curativo se han encontrado múltiples anti-retrovirales que pertenecen a un grupo denominado "dideoxidonucleótidos" que únicamente mejoran las condiciones del enfermo y aumentan el período libre de síntomas. Sin embargo, son muy caros, el más conocido es el AZT o</p>

			retrovir recomendado a dosis de 500 miligramos durante 6 meses o 1 año.
--	--	--	---

Así es como Cerruti (1990) menciona que para poder prevenir las ETS hay que tomar precauciones entre ellas:

- Tener hábitos de higiene adecuados. 1) baño diario poniendo especial cuidado en la limpieza de los genitales, 2) cambio diario de ropa interior y 3) limpiarse de adelante hacia atrás en el caso de las mujeres.
- Tener relaciones sexuales con una sola pareja.
- Usar preservativos, a menos que no exista posibilidad alguna de relaciones sexuales con otras personas por parte de ella o su pareja.
- Inspeccionar los genitales propios y de la pareja periódicamente.
- Lavar los genitales después del coito.
- Acudir a revisiones médicas periódicamente.
- Evitar la exposición a lesiones en la piel, a través de las cuales se puede contagiar alguna enfermedad.
- Cuando haya que inyectarse, utilizar siempre agujas y jeringas desechables, tirándolas a la basura inmediatamente después de usarlas. De no ser posible, asegurarse que aguja y jeringa hayan sido lavadas y esterilizadas adecuadamente, hirviendo durante 10 minutos. Su uso debe ser inmediato después de hervirlas.
- Utilizar ropa interior de algodón, no de nylon, para permitir ventilación y transpiración del cuerpo.

CAPITULO III. SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA (DIF)

El Sistema Nacional de Asistencia Social es el conjunto de instituciones públicas, sociales y privadas, encargadas del desarrollo de la familia, de la protección de la infancia y de la prestación de servicios de asistencia social.

El Sistema Nacional de Asistencia Social, del cual forma parte el Organismo denominado **Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF)**, es quien coordina y promueve los trabajos en este campo que complementa muchas de las acciones encaminadas a proteger el capital social y el capital humano de nuestra nación.

Al Sistema DIF lo integran un Organismo Central, el DIF nacional que de acuerdo a la Ley sobre el Sistema Nacional de Asistencia Social debe coordinar las actividades en la materia; 32 Sistemas Estatales DIF y los Sistemas Municipales DIF que actualmente existen en alrededor de 1,500 de los 2,414 municipios mexicanos.

El DIF nacional es un organismo público descentralizado, con personalidad jurídica y patrimonio propios, creado por Decreto el 13 de enero de 1977 y de acuerdo al artículo 13 de la Ley sobre el Sistema Nacional de Asistencia Social de 1986, es el promotor de la asistencia social y la promoción de la interrelación sistemática de las acciones por lo que es el rector del campo de la asistencia social y coordinador del sistema compuesto por los órganos estatales y municipales.

Tal y como lo define el artículo 4° de la misma Ley, el DIF es el responsable de la atención a menores en situación de abandono, desamparo, desnutrición, maltratados, de menores infractores, de alcohólicos, de los fármacodependientes, de los individuos en condición de vagancia, de mujeres en período de gestación o lactancia, de ancianos en desamparo, incapacidad, marginación o desamparo, de los inválidos con problemas de diferentes órganos o sistemas, los indigentes, de personas que por su ignorancia requieran servicios asistenciales, de las víctimas de la comisión de delitos en estado de abandono, de los familiares que han sido abandonados y dependan económicamente de aquellos que se encuentran detenidos por causas penales, de los habitantes del medio rural o urbano que estén marginados y de las personas afectadas por desastres.

Dentro de las atribuciones del sistema nacional (DIF), de acuerdo al artículo 2o. del Estatuto Orgánico de 1999 están los siguientes:

1. Promover y prestar servicios de asistencia social.
2. Apoyar el desarrollo de la familia y de la comunidad.
3. Realizar acciones de apoyo educativo, para la integración social y de capacitación para el trabajo a los sujetos de asistencia social.
4. Promover e impulsar el sano crecimiento físico, mental y social de la niñez.
5. Proponer a la Secretaría de Salud, en su carácter de administradora del patrimonio de la beneficencia pública, programas de asistencia social que contribuyan al uso eficiente de los bienes que lo componen.
6. Fomentar y apoyar a las asociaciones y sociedades civiles, así como a todo tipo de entidades privadas cuyo objeto sea la prestación de servicios de asistencia social sin perjuicio de las atribuciones que al efecto correspondan a otras dependencias.
7. Operar establecimientos de asistencia social en beneficio de menores en estado de abandono, de ancianos desamparados y de discapacitados sin recursos.
8. Llevar a cabo acciones en materia de prevención de invalidez y de rehabilitación de discapacitados, en centros no hospitalarios, con sujeción a la Ley General de Salud.
9. Realizar estudios e investigaciones sobre asistencia social con la participación en su caso, de las autoridades asistenciales de las entidades federativas y de los municipios.
10. Realizar y promover la capacitación de recursos humanos para la asistencia social.
11. Participar con la Secretaría de Salud en el Sistema Nacional de Información sobre la Asistencia Social.

12. Prestar servicios de asistencia jurídica y de orientación social a menores, ancianos, discapacitados y en general a personas sin recursos.
13. Apoyar el ejercicio de la tutela de los incapaces que corresponda al Estado, en los términos de la ley respectiva.
14. Poner a disposición del Ministerio Público los elementos a su alcance en la protección de incapaces y en los procedimientos civiles y familiares que les afecten, de acuerdo con las disposiciones legales correspondientes.
15. Realizar estudios e investigaciones en materia de invalidez y discapacidad.
16. Participar en programas de rehabilitación y educación especial.
17. Promover como conducto de la Secretaría de Salud y coordinadamente con los gobiernos de las entidades federativas y municipales, el establecimiento de centros y servicios de rehabilitación somática, psicológica, social y ocupacional.
18. Participar en el ámbito de la competencia del Organismo, en la atención y coordinación de las acciones que realicen los diferentes sectores sociales en beneficio de la población afectada por casos de desastre.
19. Recomendar y promover el establecimiento de organismos de asistencia social en las entidades federativas y municipales prestando apoyo y colaboración técnica y administrativa.
20. Emitir opinión sobre el otorgamiento de donativos y apoyos a instituciones públicas o privadas que actúen en el campo de la asistencia social.
21. Promover dentro de su ámbito de competencia, que las dependencias y entidades destinen los recursos necesarios a los programas de servicio de salud en materia de asistencia social.

El Sistema Nacional DIF Coordina, Concreta y Fomenta

- Las acciones que orientan el destino de los recursos que en materia de asistencia social, realizan las dependencias del gobierno en sus tres niveles.
- La ejecución de programas de cooperación con organismos nacionales e internacionales.
- Los esfuerzos públicos y privados para la integración al desarrollo de los sujetos de la asistencia social.
- La participación ciudadana en las acciones de asistencia social y desarrollo familiar y comunitario.
- El Sistema Nacional DIF es una de las estructuras de gobierno más federalizadas. Cuenta con 32 sistemas estatales, autónomos y que dependen de los ejecutivos estatales y más de 1,459 sistemas municipales, que dependen de los presidentes municipales.

Así en uno de sus tantos programas denominado **Salud Sexual y Reproductiva Juvenil**, busca prevenir los riesgos de exclusión social derivados del embarazo, la maternidad no planeada y las ETS en los adolescentes, proporcionando prevención y asistencia adecuada e integral que fomente una actitud responsable frente a su sexualidad. Es así como propone elaborar contenidos para materiales educativos sobre los temas de sexualidad que favorezcan la salud sexual y reproductiva de las y los adolescentes. Implementando actividades educativas que propicien el ejercicio autónomo y responsable de la sexualidad.

3.1. Objetivos generales del programa del servicio de la carrera de psicología

- Proporcionar situaciones de aplicación práctica psicológica que permitan relacionar al psicólogo como profesional de la conducta, comprometido con la solución de problemas nacionales.
- Adecuar el perfil profesional del psicólogo a los problemas nacionales prioritarios.
- Propiciar situaciones de intervención que permitan detectar formas concretas de intervención psicológica como medios alternativos de docencia.
- Propiciar situaciones de intervención que permitan implementar técnicas de investigación psicológica al análisis de la problemática nacional y de la eficiencia de la carrera de psicología, para formar profesionales de utilidad.

3.2. Objetivos de la institución: DIF Vicente Guerrero

- Tener psicólogos que puedan diseñar cursos en temas que ayuden a la comunidad.
- Que los psicólogos identifiquen problemáticas específicas en los adolescentes, para darles solución.
- Prevenir problemas sociales por medio de pláticas dirigidas a adolescentes.

3.3. Objetivos particulares del curso de educación sexual

- Que los adolescentes reconozcan y reflexionen acerca del tema de la sexualidad.
- Favorecer que los adolescentes y sus padres puedan hablar con libertad y naturalidad de los temas relacionados con la sexualidad.
- Que los adolescentes adquieran, progresivamente, capacidad crítica para valorar la organización y el uso que la sociedad hace de la sexualidad.
- Que conozcan lo que constituye una sana y plena expresión de la sexualidad.
- Contribuir al desarrollo psicosocial del adolescente respecto a los temas de la sexualidad.

- Generar en el adolescente un criterio autónomo de lo que implica el inicio de la vida sexual activa en su desarrollo individual.
- Conseguir que los adolescentes adquieran conocimientos amplios adecuados a su edad, sobre la sexualidad.

3.5 Objetivos particulares

- Aprender nuevas habilidades y experiencias por medio del servicio social.
- Ayudar a las comunidades que requieren de un psicólogo.
- Contribuir con la institución, para la elaboración de nuevos programas que puedan llevarse a cabo con las comunidades.

Actualmente en México los y las adolescentes representan un alto porcentaje de la población, según datos estadísticos del INEGI (2000) el 56.8% del total de la población tiene menos de 25 años y el 22% de los habitantes tiene entre 10 y 19 años de edad, por lo que los adolescentes están expuestos a numerosos riesgos para su salud como infecciones de transmisión sexual y embarazos no planeados, lo que trae consigo problemas psicológicos como depresión, ansiedad, baja autoestima, y agresividad entre otros. De ahí la importancia de desarrollar e impartir un curso de educación sexual para adolescentes, en donde se les brindará información actualizada y herramientas que favorecieran el ejercicio de su sexualidad de manera plena y responsable ayudando a prevenir los problemas antes mencionados, desprendiéndose la siguiente **Pregunta de Investigación:**

¿Se incrementará la información sobre sexualidad, con la impartición de un curso de educación sexual para adolescentes?

Hipótesis

Sí se imparte un curso de educación sexual para adolescentes, entonces la información que poseen sobre sexualidad incrementará.

Variables

VI₁. Adolescentes

Conceptual: Época de rápidos cambios físicos, sociales y emocionales; etapa en donde el individuo busca su identidad, se rebela ante la autoridad, lucha por la independencia, busca ser aceptado por sus compañeros, pasa por cambios en su cuerpo y en la imagen que tiene de sí mismo. Es una etapa de búsqueda y comprensión de valores, definición dada por Pick y Vargas (1992).

VI₂. Curso de educación sexual

Conceptual:

Educación sexual: Es enseñar y preparar a los adolescentes con información progresiva y adecuada de lo que es la sexualidad, tanto en lo biológico como en lo afectivo-social para tomar decisiones con responsabilidad. Para lograr la realización de una sexualidad plena y madura que permita una comunicación equilibrada, dentro de un contexto de afecto y responsabilidad. Visualizando a la sexualidad, como una experiencia de comunicación entre dos personas y no sólo como un mecanismo de reproducción de la especie humana (Suehsdorf, 1993).

Operacional: Curso de educación sexual en donde se desarrollaron los siguientes temas.

1. Adolescencia
2. Desarrollo psicosexual
3. Pubertad
4. Noviazgo
5. Relaciones familiares
6. Identidad de género
7. Sexualidad
8. Anatomía de los órganos sexuales
9. Métodos anticonceptivos y,
10. Enfermedades de transmisión sexual (ETS)

V.D. Información (adquisición de conocimientos que permiten ampliar o precisar los que se poseen sobre los temas de sexualidad) de los adolescentes.

Conceptual: Información previa con la que contaban los adolescentes, en temas de sexualidad como; pubertad, adolescencia, anatomía y fisiología de los órganos sexuales, métodos anticonceptivos y enfermedades de transmisión sexual.

Operacional: Respuestas que los adolescentes emitieron respecto a temas referentes a la sexualidad entre ellos; adolescencia, pubertad, órganos sexuales, métodos anticonceptivos y enfermedades de transmisión sexual.

Muestra

55 Adolescentes (25 hombres y 30 mujeres) entre 11 y 16 años de edad, los cuales asistían a la escuela en el turno matutino y viven en las colonias aledañas al DIF "Vicente Guerrero". Los cuáles fueron elegidos mediante un muestreo no probabilístico intencional.

Diseño

Preexperimental: Consiste en aplicar una prueba previa al estímulo o tratamiento experimental, después se le administra el tratamiento y finalmente se le aplica una prueba posterior al tratamiento (Hernández, Fernández y Baptista, 2001). Así se aplicó un cuestionario antes de revisar cada tema, se llevaron a cabo las actividades correspondientes y finalmente se aplicó el mismo cuestionario.

Instrumento

Son 5 cuestionarios con opciones de respuesta dicotómica que evalúa el nivel de información respecto a temas relacionados con la sexualidad. El primer cuestionario evalúa información en general sobre el tema de pubertad, el segundo adolescencia, tercero órganos sexuales, métodos anticonceptivos en el cuarto y finalmente el quinto enfermedades de transmisión sexual (Anexo, 1), que se retomó de Padilla y Silva (1996), en su libro titulado Sexualidad y Adolescencia.

Procedimiento

Fase 1.

1. Se elaboró una propaganda, en la cuál se invitaba a los adolescentes a asistir a un curso de "Educación Sexual" (Anexo 2).
2. Se distribuyó la propaganda en los centros cercanos al DIF como hospitales, escuelas y mercados.

Fase 2.

1. Se hizo una inscripción de los adolescentes que deseaban asistir al curso.

a) Antes de iniciar el mismo se dividió a los participantes en dos grupos, por rango de edades quedando de la siguiente manera: grupo uno (adolescentes de 11 a 13 años); grupo dos (adolescentes de 14 a 16 años).

Esta división fue con la finalidad de que al grupo uno se le introdujera al tema de la adolescencia.

b) Se les explicó que había dos grupos, indicándoles a cuál pertenecían y los días que debían asistir quedando de la siguiente forma:

- Los lunes de cada semana asistió el grupo uno en un horario de 15:00 a 17:00 hrs.
- Los miércoles de cada semana asistió el grupo dos es un horario de 15:00 a 17:00 hrs.

c) Se cito a los padres de familia a una plática con la finalidad de explicarles los temas de los cuáles se hablaría en el curso por si tenían alguna inconformidad.

Fase 3.

Cada que se revisó un tema, al inicio y al final de la revisión de tema se les aplicó un cuestionario con la finalidad de conocer la información con la que contaban antes y después de revisar los temas. El curso se llevó a cabo en 16 sesiones.

Fase 4.

Desarrollo del Curso

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL SERVICIO SOCIAL

FECHA	ACTIVIDAD
19 de Abril al 23 de Abril de 2004	Conocimiento del programa de la institución.
26 de Abril al 30 de Abril de 2004	Propuestas de temas para la elaboración de un curso.
3 de Mayo al 14 de Mayo de 2004	Elaboración del curso de educación sexual.
17 de Mayo al 21 de Mayo de 2004	Revisión del curso en conjunto con los demás profesionales y modificaciones.
24 de mayo al 4 de Junio de 2004	Capacitación para el curso.
7 de Junio al 11de Junio de 2004	Elaboración y distribución de propaganda.
14 de Junio al 18 de Junio de 2004	Inscripción de participantes.
21 de Junio	Presentación e indicaciones para los adolescentes inscritos entre ellas; grupo al que pertenecían, día de la semana que debían asistir y horario.
Junio 22	Junta con los padres de los adolescentes para darles una pequeña introducción del curso y

	contestarles las dudas que tuvieran.
Junio 28 al 13 de Octubre	Se impartió el curso.

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL CURSO

ACTIVIDADES LLEVADAS A CABO CON EL GRUPO UNO

TEMA: Presentación

SESIÓN: 1

ACTIVIDAD: Un Hombre de Principios

OBJETIVOS: Animación

TIEMPO: 20 min.

PROCEDIMIENTO:

1. Todos los participantes se deben sentar en círculo. El coordinador en el centro, inicia el juego narrando cualquier historia donde todo debe empezar con una letra determinada.
2. El que se equivoca o tarda más de cuatro segundos en responder pasa al centro y/o da una prenda. Después de 2 ó 3 rondas se varía la letra. Deben hacerse las preguntas rápidamente.

ACTIVIDAD: Telaraña

OBJETIVOS: Integración

TIEMPO: 30 min.

MATERIAL:

- Una bola de estambre.

PROCEDIMIENTO

1. Los participantes se colocan de pie formando un círculo y se les entrega a uno de ellos la bola de estambre, el cual tiene que decir su nombre, procedencia, edad. Luego, éste toma la punta del cordel y lanza la bola a otro compañero (a), quién a su vez debe presentarse de la misma manera. La acción se repite hasta que todos los participantes quedan enlazados en una especie de telaraña.
2. Una vez que todos se han presentado, quien se quedo con la bola debe regresarla a la que se la envió, repitiendo los datos dados por su compañero (a). Este a su vez, hace lo mismo de tal forma que la bola va recorriendo la misma trayectoria pero en sentido inverso, hasta que regresa al compañero (a) que inicialmente la lanzó.
3. Hay que advertir a los participantes la importancia de estar atentos a la presentación de cada uno, pues no se sabe a quién va a lanzarse la bola y posteriormente deberá repetir los datos del lanzador.

ACTIVIDAD: Detección de Expectativas

OBJETIVO: Conocer cuáles son las expectativas que los participantes tienen respecto al curso.

TIEMPO: 40 min.

MATERIALES:

- Hojas de papel
- Lápices

PROCEDIMIENTO:

1. Se invita a los participantes a responder de manera individual las siguientes preguntas:
 - a. ¿Por qué estoy aquí?
 - b. ¿Qué me gustaría aprender?
 - c. ¿Qué pienso aportar?
 - d. ¿Qué me gustaría que ocurriera durante el curso?
 - e. ¿Qué me gustaría que no ocurriera durante el curso?
2. Ya respondidas se les invita a que se enumeren del 1 al 4 o 5 progresivamente y que se reúnan en equipos del mismo número.
3. Se les solicita a los subgrupos que den respuestas a las mismas preguntas a partir de las repuestas individuales de sus miembros y que las conclusiones del subgrupo las exponga un participante en representación del subgrupo.

TEMA: Adolescencia

SESIÓN: 2

ACTIVIDAD: ¿Cómo me siento?

OBJETIVO: Que los participantes compartan los sentimientos y cambios de ánimo más comunes que se presentan durante la adolescencia.

TIEMPO: 60 min.

MATERIALES:

Pizarrón, gis, crayolas o lápices de colores, revistas, periódicos, fotografías, cartulina, tijeras, pegamento y hojas de trabajo: "Hay días en que..." "Pero otros en que..."

PROCEDIMIENTO:

- 1.- Introducir presentando los objetivos de la sesión.
- 2.- Se organizan equipos de trabajo de 4 ó 5 personas. A cada equipo se le reparten las hojas de trabajo: "Hay días en que..." "Pero otros en que..."
- 3.- Se pide que a partir de estas ideas los equipos diseñen una historieta. Es importante que los miembros del equipo comenten algunas experiencias personales y las plasmen en las situaciones a presentar.
- 4.- Se les pide que ilustren la historieta con dibujos, fotografías, recortes de periódico o revistas.
- 5.- Intercambien las historietas una vez elaboradas.
- 6.- Comente con el grupo las experiencias y sentimientos vividos durante la dinámica.

7.- Concluya el ejercicio basándose en los puntos de discusión.

PUNTOS DE DISCUSIÓN:

- 1.- ¿Se les dificultó elegir la experiencia similar en su grupo?
- 2.- ¿En qué puntos no coincidieron?
- 3.- ¿Qué aprendieron con este ejercicio?

MATERIAL PARA EL INSTRUCTOR

Hoja de Trabajo

HAY DÍAS EN QUE...

- Al mirarme en el espejo me agrada mi aspecto.
- No quiero saber nada de religión.
- Me interesa el programa político de un partido.
- Me molesta que me digan lo que tengo o debo hacer.
- Alguien me parece una persona maravillosa.
- No quiero que las personas se metan en mis asuntos.
- Siento deseos de arreglarme, peinarme, verme bien.

PERO OTROS EN QUE...

- Me disgusta mi rostro y figura.
- Me siento devoto y fervoroso.
- No quiero saber nada de política, prefiero ver una película.
- No hago nada, porque nadie me pide que haga algo especial.
- Ese alguien me parece la persona más antipática que haya conocido.
- Siento que nadie me hace caso, nadie se interesa en mis cosas.
- Pienso que arreglarme, peinarme y verme bien es algo poco importante.

TEMA: Desarrollo Psicosexual

SESIÓN: 3

ACTIVIDAD: Cómo Somos

OBJETIVOS: Identificar las características básicas del desarrollo psicosexual del ser humano.

TIEMPO: 45 min.

MATERIALES: Tarjetas con enunciados sobre las etapas del desarrollo humano.

PROCEDIMIENTO:

- 1.- Presente al grupo el objetivo de la sesión.
- 2.- Organice tres equipos y a cada uno asigne una etapa de desarrollo.
- 3.- A cada grupo dé un juego de tarjetas en las que se enlisten algunas características de la etapa de desarrollo, que les correspondió.

4.- Pida que analicen la información y presenten aquellas características del desarrollo psicosexual que representen la información básica de la etapa correspondiente. Presentarán mínimo ocho características.

5.- Cada equipo presentará los resultados obtenidos. Oriente los comentarios a partir de los puntos de discusión.

6.- Concluya sobre los aspectos más relevantes de la sesión.

PUNTOS DE DISCUSIÓN:

1.- ¿Qué elementos influyen en el crecimiento y desarrollo de un individuo?

2.- ¿Las características mencionadas concuerdan con el desarrollo que ustedes han experimentando?

MATERIAL PARA EL INSTRUCTOR

ETAPAS DEL DESARROLLO HUMANO

Infancia

- Descubre las partes de su cuerpo, y por lo tanto, también sus genitales.
- Reconoce las diferencias físicas entre hombres y mujeres.
- Es la etapa donde se presenta el control de esfínteres (avisar para ir al baño).
- Aprende a caminar y hablar.
- Se inicia la participación del juego en equipo.
- Se inicia la adaptación a las normas y conductas establecidas por los adultos.
- Se establece su identidad sexual.

Adolescencia

- Se presentan importantes cambios físicos, la transformación de niña a mujer y de niño a hombre.
- Tiene necesidad de conocer todo lo relacionado con sexo.
- Generalmente tiene un amigo íntimo con quien compartir sus inquietudes y a quien le cuente sus intimidades.
- Busca identificarse con personas externas al hogar para romper las ligas emocionales infantiles.
- La identidad se manifiesta respondiendo a las preguntas: ¿Quién soy?, ¿Qué quiero?
- El surgimiento del amor romántico es una de las características fundamentales.
- En esta etapa es frecuente la crítica y cuestionamiento a lo que el adulto y la sociedad plantea.
- Se desea aprobar todo lo nuevo sin medir las consecuencias.

Adulthood

- Aumentan los compromisos consigo mismo, con la familia y la comunidad.
- Existen mayores posibilidades de lograr una vida de pareja estable.
- Es la etapa más adecuada para formar una familia y tener hijos.
- Su cuerpo ha alcanzado su máximo grado de crecimiento y máxima capacidad de funcionamiento.

- El comportamiento en esta etapa va más de acuerdo con las normas establecidas en la sociedad.
- Toma las riendas de su propia vida, deja de descansar las decisiones, la autoridad y las soluciones en sus padres.
- Se manifiesta la capacidad de ser uno mismo, de mantener sus propias convicciones, aunque éstas no sean populares.
- Existe la necesidad de expandirse, de generar, de crear, de experimentar sensaciones placenteras y de ampliar el sentido de la vida personal y social.

TEMA: Pubertad

SESIÓN: 4

ACTIVIDAD: ¿Cómo se desarrolla mi cuerpo?

OBJETIVOS:

- Los participantes reconocerán los principales cambios del hombre y la mujer durante la pubertad.
- Destacarán la importancia de reconocer los sentimientos que producen los cambios físicos en la pubertad.

TIEMPO: 50 min.

MATERIALES: Dibujos con los cambios biológicos (tantas láminas como equipos sean necesarios).

PROCEDIMIENTO:

- 1.- Introduzca el tema presentando los objetivos de la sesión.
- 2.- Organice equipos de trabajo aproximadamente 5 personas.
- 3.- Entregue a cada equipo un juego de láminas con los cambios biológicos del hombre y la mujer. Pida que lean y observen el contenido de cada lámina.
 - A partir de esta información solicite que realicen una historia con el material que cuentan. Podrán agregar o eliminar la información que desee. Si es necesario incluirán otros dibujos y textos.
 - Una vez que haya concluido cada equipo pida que formen un cuadernillo con sus láminas y consérvelas como material de consulta para el grupo.
 - Durante la presentación de los equipos, el coordinador cuidará que la información sea correcta.
 - Concluya el ejercicio basándose en los puntos de discusión.

PUNTOS DE DISCUSIÓN:

- 1.- ¿Cuáles son las dudas más comunes con respecto a los cambios en la adolescencia?
- 2.- ¿Qué ventajas o desventajas proporciona el conocer nuestros cambios biológicos?

TEMA: Noviazgo

SESIÓN: 5

ACTIVIDAD: Los Novios

OBJETIVOS:

- Los participantes identificarán la importancia del noviazgo en el ciclo de vida de los adolescentes.
- Reconocerán los tipos de comunicación que se dan durante el noviazgo.

TIEMPO: 30 min.

MATERIALES: Hojas blancas, plumones, hojas de rotafolio.

PROCEDIMIENTO:

- 1.- Introduzca el tema presentando los objetivos de la sesión.
- 2.- Enfatique la importancia del noviazgo como una etapa esencial, en la que los adolescentes se relacionan y conocen.
- 3.- Pida que se organicen equipos de adolescentes varones y de adolescentes mujeres. Cada grupo discutirá las siguientes preguntas:
 - ¿Qué piensas del noviazgo?
 - ¿Quién debe iniciar el noviazgo?
 - ¿Qué esperas de tu novi@?
- 4.- El moderador de cada equipo presentará los resultados a los que llegaron.
- 5.- Establezca las coincidencias y diferencias entre las expectativas que tienen hombres y mujeres con respecto al noviazgo.
- 6.- Concluya el ejercicio enfatizando la importancia de establecer una comunicación lo más clara y precisa posible, tomando en cuenta los puntos de discusión.

PUNTOS DE DISCUSIÓN:

- 1.- ¿Por qué es importante que la comunicación en el noviazgo sea lo más clara posible?
- 2.- ¿De qué forma las diferencias en gustos, intereses y planes futuros pueden hablarse durante el noviazgo?

TEMA: Relaciones Familiares

SESIÓN: 6

ACTIVIDAD: Familia: Debate Abierto

OBJETIVOS:

- Los participantes reconocerán los diversos tipos de relación y comunicación que se dan entre los miembros de la familia.
- Comprenderán la importancia de defender los puntos de vista propios, con claridad y convicción.

TIEMPO: 45 min.

MATERIALES: Juegos de tarjetas con frases alusivas al tema.

PROCEDIMIENTO:

- 1.- Introduzca el tema presentando los objetivos de la sesión.
- 2.- Elabore un juego de tarjetas con frases referentes a las relaciones de los miembros de la familia que aquí se sugieren y/o agregue las que considere convenientes. Entremezcle las tarjetas y elija una al azar.
- 3.- Dé lectura a la tarjeta seleccionada y pida que el grupo se divida para identificar quiénes están de acuerdo y en desacuerdo con la frase. Cada grupo deberá dar las razones por las que sostiene esa postura.
- 4.- Modere el debate.
- 5.- Una vez agotada la discusión, el procedimiento se repite hasta agotar las tarjetas.

6.- Concluya el ejercicio basándose en los puntos de discusión.

PUNTOS DE DISCUSIÓN:

- 1.- ¿Crees que no se debe hablar de sexualidad con los padres?
- 2.- ¿Qué opinan de que las mamás hablen sólo con las hijas de sexualidad y el padre sólo con los hijos?
- 3.- ¿El que al varón se le eduque para que manifieste sus emociones, sentimientos y pensamientos, hace que pierda poder en nuestra sociedad?

MATERIAL PARA EL INSTRUCTOR

“ENUNCIADOS”

Instrucciones: Presente los siguientes enunciados en tarjetas para que se discutan en el grupo:

- La autoridad familiar debe recaer sobre el padre.
- Una familia debe tomar en cuenta la opinión de todos sus miembros.
- Los adolescentes deben ser tratados en forma severa para que sean gente de provecho.
- Acariciar a los hijos los vuelve antipáticos y remilgosos.
- Los hermanos mayores tienen autoridad sobre los pequeños.
- Los hijos deben contribuir con las tareas de limpieza del hogar haciendo quehaceres al alcance de su fuerza y capacidad.
- Las tareas hogareñas son responsabilidad de la madre.
- Los hijos reciben amor, atención y cuidados de sus padres.
- Los hijos tienen la obligación de callar y obedecer.
- Una esposa amorosa es callada y sumisa.
- Los hijos varones deben ser tratados con dureza para que se vuelvan hombres de verdad.
- Señalar sus errores a los hijos puede ocasionarles traumas psicológicos.
- Si en una familia sólo hay hijas debe buscarse un varoncito, si no ésta será una familia incompleta.
- A los adolescentes no debe tomárseles en cuenta pues son inmaduros.
- A los hijos varones hay que impulsarlos a que se aventuren por el mundo; si les va bien o mal no importa, lo que interesa es que se hagan hombres.
- Los hijos debe atender a sus padres.
- En la casa de los padres los hijos no tienen derecho a disponer de nada, cuando crezcan ya tendrán sus propias casas para mandar.

TEMA: Identidad de Genero

SESIÓN: 7

ACTIVIDAD: Nuestros Ídolos

OBJETIVOS:

- Los participantes identificarán cuáles son los patrones de masculinidad y de feminidad en la actualidad.

- Analizarán qué tipo de hombres y mujeres quieren ser en el futuro, con base en las características de los ídolos.

TIEMPO: 90 min.

MATERIALES: Tarjetas con nombres de parejas famosas, hojas de rotafolio, plumones.

PROCEDIMIENTO:

- 1.- Introduzca el tema presentando los objetivos de la sesión.
- 2.- Prepare tarjetas en las que anote los nombres de parejas famosas.
- 3.- Divida al grupo en hombres y mujeres. Al grupo de mujeres distribuya las tarjetas de las mujeres famosas, y al grupo de varones el de los hombres famosos.
- 4.- Pida que cada hombre busque a su pareja y conversen sobre quién es su ídol@ actual o el personaje de su propio sexo que más admiran de las tarjetas y por qué.
- 5.- Ahora pida que hagan subgrupos de 6 a 8 personas. Cada grupo analizará las diferencias en las preferencias de hombres y mujeres resumiéndolas en una hoja de rotafolio.
- 6.- Cada grupo presentará sus conclusiones y hará un análisis general de los modelos de masculinidad y feminidad, considerando los puntos de discusión.
- 7.- A partir de la reflexión, señale la importancia de evitar que las diferencias de género impidan un desarrollo pleno de capacidades y habilidades en los hombres y las mujeres.
- 8.- Pida al grupo que propongan alternativas para favorecer el autoconocimiento y propicie la reflexión sobre el hecho de ser hombre y ser mujer.

PUNTOS DE DISCUSIÓN:

- 1.- ¿Qué características físicas y de personalidad tienen los ídolos identificados?
- 2.- ¿A qué se dedican estos y de qué manera influyen en la vocación y estilos de masculinidad y feminidad?
- 3.- ¿Qué tipo de vida sexual (erótica) llevan los ídolos y qué impacto tienen en la propia forma de vivir la sexualidad?

TEMA: Sexualidad

SESIÓN: 8

ACTIVIDAD: Esto Si, Esto No

OBJETIVOS:

- Desarrollar un concepto integral de lo que es sexualidad.
- Los participantes reconocerán que la sexualidad implica una amplia gama de aspectos que se relacionan con la cultura de la sociedad.

TIEMPO: 45 min.

MATERIALES: Juegos de tarjetas con frases (tanto como equipos hubiese).

PROCEDIMIENTO:

- 1.- Introduzca el tema presentando los objetivos de la sesión.
- 2.- Organice equipos de 4 personas y a cada grupo asigne un juego de tarjetas con enunciados.

3.- Pida que el grupo seleccione e identifique aquellas frases que tengan relación con la sexualidad y discuta aquellas que no tengan ningún nexo.

4.- A partir de la información obtenida por cada grupo, elaboren una definición sobre la sexualidad.

5.- Explique que la sexualidad incluye una amplia gama de conductas que generan sentimientos y actitudes específicas, de acuerdo al contexto sociocultural.

6.- Concluya el ejercicio enfatizando la importancia de contar con un concepto claro y preciso sobre lo que es sexualidad. Podrá apoyarse en los puntos de discusión.

PUNTOS DE DISCUSIÓN:

1.- ¿Podríamos afirmar que la sexualidad es sinónimo de sexo?

2.- ¿Para que sirve contar con un concepto de lo que es la sexualidad?

MATERIAL PARA EL INSTRUCTOR

FRASES

- Mi madre me compra frecuentemente toallas femeninas.
- Yo espero que los muchachos sean los que me llamen e inviten.
- Este año se firmará el Tratado de Libre Comercio.
- Julián y yo nos entendemos muy bien.
- Cuando bailo con Teresa siento deseos de abrazarla fuerte.
- Me gusta vestir a la moda.
- La bolsa de valores tuvo un incremento.
- Cuando Bernardo y yo nos tomamos de la mano siento ganas de estar más cerca de él.
- No me gusta bañarme frente a mis compañeros.
- No todo lo que brilla es oro.
- No me gusta la blusa del uniforme de gimnasia porque es ceñida al cuerpo.
- Mis padres nunca me han hablado de la sexualidad.
- Los mayores se preocupan de las relaciones sexuales entre los adolescentes.
- La caída del Muro de Berlín moviliza la relación económica mundial.
- La tierra sufre un grave deterioro ecológico.
- Una muchacha de tercer año quedó embarazada.
- Las mujeres se preparan cada día más.
- Me interesa estudiar antes de casarme.
- Soy el (la) más fe@ del curso.
- Ya sé cómo nacen los hijos.
- Quiero aprender a bailar ballet.
- Hace dos meses que se regularizó mi menstruación.
- Me aburren las canciones que canta mi papá.
- Odio ser gord@.

- Cuando sea grande voy a tener hijos.
- Cuando sea grande voy a estudiar ingeniería.
- Cuando sea grande voy a mandar en mi casa.
- Después de la película de anoche me sentí muy excitad@.
- Mi hermano se enoja cuando mi mamá le pide que lave los platos.
- Me molesta que una mujer diga malas palabras.
- Cuando me case no me gustaría que mi esposa trabajará.
- Un hombre no debe llorar.
- Me molesta que los hombres usen arete.

SESIÓN: 9

ACTIVIDAD: Una Divertida Experiencia Sexual

OBJETIVOS: Los participantes reconocerán las diferencias que existen en la sexualidad de hombres y mujeres a partir del intercambio de experiencias.

TIEMPO: 30 min.

MATERIALES: Salón amplio, sillas móviles

PROCEDIMIENTO:

- 1.- Inicie el tema diciendo que en ocasiones hablar de la sexualidad no es sencillo. Dígales que van a realizar un ejercicio que les permita conocer que piensan los hombres y las mujeres de la sexualidad.
- 2.- Organice al grupo en pares, si es posible de un solo sexo. Una vez formadas las parejas deberán ubicarse en un lugar cómodo y con cierta distancia de los demás.
- 3.- Pida a cada miembro de la pareja que comente una experiencia divertida de su sexualidad y la comparta con su compañ@.
- 4.- Al concluir la actividad en parejas forme equipos de cuatro personas, de un solo sexo y/o mixtas. Pida que compartan sus experiencias y que elijan aquella que les parezca más divertida o interesante para comentarla con todo el grupo.
- 5.- Un representante comentará la experiencia elegida. Al final de cada presentación se pedirá un aplauso para cada equipo.

PUNTOS DE DISCUSIÓN:

- 1.- ¿Cómo se sintieron durante la técnica grupal?
- 2.- ¿Quiénes contaron más experiencias: los hombres o las mujeres?
- 3.- ¿Quiénes contaron experiencias más íntimas?
- 4.- ¿Hubo algún cambio cuando se compartieron las experiencias en el grupo más grande?
- 5.- ¿Qué reacción tuvieron los hombres al escuchar las experiencias de las mujeres?
- 6.- ¿Qué reacción tuvieron las mujeres al escuchar las experiencias de los hombres?

TEMA: Variantes de la Sexualidad/Homosexualidad

SESIÓN: 10

ACTIVIDAD: Quién esta en lo cierto

OBJETIVOS:

- Identificar el concepto de variante sexual.
- Reconocer los mitos que existen en la relación a la homosexualidad.

TIEMPO: 40 min.

MATERIALES: Hojas de rotafolio, marcadores, masking tape, Hoja de Trabajo “Mitos y Realidades de la Homosexualidad”.

PROCEDIMIENTO:

- 1.- Introduzca al tema presentando los objetivos de la sesión.
- 2.- Pida que a través de una lluvia de ideas, definan el concepto de variante sexual. Anote en el pizarrón todas las ideas que surjan y definan este término.
- 3.- Explique que en relación a la homosexualidad existen una serie de prejuicios y mitos que es importante clarificar.
- 4.- Pida que se formen 4 equipos y a cada uno asigne un listado de los mitos y realidades de la homosexualidad. Cada equipo leerá cuidadosamente cada uno de los mitos y discutirá la información para dar el contra-argumento de cada mito.
- 5.- Dé el tiempo suficiente para que cada equipo presente sus conclusiones en hojas de rotafolio.
- 6.- Aclare las dudas que surjan para que cada equipo presente sus conclusiones en hojas de rotafolio.
- 7.- Aclare las dudas que surjan y complemente en caso necesario.
- 8.- Concluya la actividad a partir de los puntos de discusión.

PUNTOS DE DISCUSIÓN:

- 1.- ¿Para que nos sirve conocer los mitos y realidades de la homosexualidad?
- 2.- ¿De que manera aplicarían a su vida diaria lo que hoy aprendieron de este tema?

Hoja de Trabajo

“MITOS Y REALIDADES DE LA HOMOSEXUALIDAD”

MITO:

La homosexualidad es contraria a la naturaleza, pues pone en peligro de extinción a la especie humana.

REALIDAD:

Por el momento, el mundo está en peligro de extinción por exceso de población y no por falta de ella. Los gobiernos gastan millones de pesos tratando de frenar la explosión demográfica.

MITO:

La homosexualidad es contraria a la naturaleza dado que no existe en ella.

REALIDAD:

En el caso de que la homosexualidad sólo se diera en el ser humano, éste en parte de la naturaleza, luego todo lo que hace está en la naturaleza... ..La conducta homosexual no es exclusiva del humano; está ampliamente difundida y bien documentada en todo el reino animal.

MITO:

El homosexual se siente mujer, ó la lesbiana hombre.

REALIDAD:

En algunos casos puede ser verdad. Pero la mayoría de los homosexuales son hombres o mujeres muy satisfechos con su sexo y algunos hasta lo acentúan. Hay por supuesto, homosexuales de aspecto femenino; pero también hay heterosexuales delgados, lampiños etc.

MITO:

El homosexual lo es porque le faltan hormonas masculinas.

REALIDAD:

En 1934 con el descubrimiento de la Testosterona, se pensó que por la falta de ésta se encontraría la explicación a la homosexualidad. Tampoco fue así... Perloff reporta ya desde 1967 que ningún paciente homosexual exhibe alguna alteración de sus pautas hormonales que pudieran explicar sus tendencias homosexuales.

TEMA: Sexualidad y Medios Masivos de Comunicación

SESIÓN: 11

ACTIVIDAD: Mensajes de los Medios Masivos

OBJETIVOS:

- Los participantes reconocerán los mensajes que envía la televisión acerca de los roles sexuales y la familia.
- Aprenderán analizar con juicio crítico los mensajes televisivos.

TIEMPO: 60 min.

MATERIALES: Hojas blancas, lápices y hojas de trabajo.

PROCEDIMIENTO:

- 1.- Introduzca al tema presentando los objetivos de la sesión.
- 2.- Consulte los periódicos para poder sugerir varios programas de televisión. Asigne dos horas para ver televisión en las que se incluyan cinco comerciales, un programa acerca de la familia y uno acerca de las relaciones de pareja.
- 3.- Distribuya a cada alumno la hoja de trabajo: Mensajes de los medios masivos, para llenar en casa. Indique que la hoja deberá traerse resuelta para la próxima sesión.
- 4.- Una vez resuelto el ejercicio pida que se formen tres equipos y a cada uno reparta una guía de acuerdo a los puntos de discusión.

5.- La mesa 1 discutirá sobre los roles sexuales, la mesa2 sobre la dinámica de la familia y la mesa 3 analizará la relación de pareja.

6.- Cada grupo reflexionará sobre las respuestas propuestas y el moderador presentará las conclusiones de cada grupo.

7.- Concluya el ejercicio resaltando la importancia de favorecer una postura crítica hacia la información que recibimos de diferentes medios: prensa, televisión, radio, cine, etc.

PUNTOS DE DISCUSIÓN:

MESA 1: ROLES SEXUALES

- 1.- ¿En qué tipo de actividades estuvieron involucrados los hombres y las mujeres?
- 2.- ¿Hubo algunos patrones en la forma en que los hombres y las mujeres estuvieron representados?
- 3.- ¿Qué clase de productos vendían las mujeres a diferencia de los hombres?
- 4.- ¿Crees que los comerciales son realistas?

MESA 2: LA FAMILIA

- 5.- ¿Qué papeles desempeñaron los hombres y las mujeres en la familia?
- 6.- ¿Quién era la persona dominante en la familia?
- 7.- ¿Algún miembro de la familia desempeñó un papel no tradicional?
- 8.- ¿Crees que la familia que viste parecía real?

MESA 3: LA PAREJA

- 9.- ¿Quiénes eran los personajes que estaban involucrados en las relaciones románticas en los programas sobre parejas?
- 10.- ¿Qué tipo de relaciones tenían?
- 11.- ¿Te parecieron realistas las relaciones románticas entre esas personas?
- 12.- ¿Crees que la televisión refleja los valores de los miembros de tu familia? ¿De tus amigos?

Hoja de Trabajo

“MENSAJES DE LOS MEDIOS MASIVOS”

1. Observe 5 programas de televisión y llene los espacios de abajo:

	Nombre del producto	Rol del personaje	Sexo	Lugar
Ejemplo:	cera para pisos	ama de casa	f	cocina
Comercial # 1	-----	-----	-----	-----

Comercial # 2	-----	-----	-----	-----
Comercial # 3	-----	-----	-----	-----
Comercial # 4	-----	-----	-----	-----
Comercial # 5	-----	-----	-----	-----

2. Observe un programa de televisión acerca de la familia y describa los personajes principales:

Nombre del programa	Personaje	Sexo	Características y acciones
-----	-----	-----	-----

3. Observe un programa vespertino o nocturno acerca de las relaciones de pareja. ¿Qué mensajes acerca del amor y de la relación sexual viste y escuchaste?

Nombre del programa	Mensaje de amor y relación sexual
-----	-----

TEMA: Anatomía y Fisiología de los Órganos Sexuales

SESIÓN: 12

ACTIVIDAD: Siluetas

OBJETIVOS:

- Que los participantes reconozcan la importancia de conocer la anatomía y fisiología de los órganos sexuales.

TIEMPO: 45 min.

MATERIALES: Siluetas, hojas de rotafolio, marcadores y lápices

PROCEDIMIENTO:

- Introduzca al tema presentando los objetivos de la sesión.
- Organice equipos de trabajo de aprox. 5 personas. A cada grupo asigne un juego de siluetas masculinas y femeninas; esto puede ser en hoja de rotafolio.
- Explique que en las siluetas deberán dibujar los genitales externos e internos masculinos y femeninos, incluyendo los caracteres sexuales secundarios. Anotando los nombres de cada estructura.
- Una vez elaborados los dibujos, pida a los alumnos que guarden sus hojas y proceda a la exposición de la anatomía de los órganos sexuales.
- Posterior a la exposición comparen los dibujos elaborados y hagan las correcciones necesarias.
- Concluya el ejercicio basándose en los puntos de discusión.

PUNTOS DE DISCUSIÓN:

- 1.- ¿Qué órganos genitales se les dificultó dibujar e identificar sus nombres?
- 2.- ¿Cuáles son los principales errores u omisiones cometidos en el ejercicio?
- 3.- ¿Qué ventajas o desventajas creen que obtendrían de un mejor conocimiento de sus órganos genitales?

SESIÓN: 13

ACTIVIDAD: ¿Sabes cómo soy?, Di mi nombre con plastilina

OBJETIVOS:

- Identificar las características anatómico funcionales de los órganos sexuales.

TIEMPO: 25 min.

MATERIALES: Plastilina y tarjetas con nombres de los órganos sexuales.

PROCEDIMIENTO:

- 1.- Dividir al grupo en 4 equipos.
- 2.- Proporcionar plastilina a cada equipo y dejarlos que escojan una de las tarjetas en las que previamente se escribieron los nombres de órganos sexuales.
- 3.- Explicar que el ejercicio consistirá en una competencia, en la que un representante de cada equipo tendrá que describir a los integrantes de los otros equipos (sin decir el nombre específico) la parte anatómica o la función asociada con la sexualidad humana.
- 4.- Los y las participantes que se encuentran en los equipos restantes harán una figura con plastilina del órgano del que piensen se les esta hablando.
- 5.- Cerrar el ejercicio comentando la importancia de conocer las partes y funciones asociadas con la sexualidad humana.

PENE

VAGINA

CLITORIS

SENOS

BOCA

TESTICULOS

TEMA: Métodos Anticonceptivos

SESIÓN: 14

ACTIVIDAD: Hablando del Condón

OBJETIVOS:

- Los participantes reconocerán al condón como un método anticonceptivo.
- Identificarán los principales mitos que hay en torno al condón.

TIEMPO: 30 min.

MATERIALES: Hojas de rotafolio, marcadores, masking tape.

PROCEDIMIENTO:

- 1.- Introduzca al tema presentando los objetivos de la sesión.

2.- Explique que una de las medidas más importantes para prevenir las enfermedades sexualmente transmisibles, es emplear adecuadamente el condón.

3.- Pida que individualmente contesten a las siguientes preguntas:

¿En dónde has oído hablar del condón?

¿Para qué crees que sirva el condón?

¿Quién utiliza el condón?

¿En qué momento se utiliza el condón?

¿Cuáles son los mitos más comunes acerca del condón?

4.- Aclare que es importante partir de lo que ellos saben.

5.- Posteriormente pida que se formen 4 equipos e intercambien la información obtenida. Cada equipo presentará sus conclusiones en una hoja de rotafolio.

6.- Una vez presentados los resultados de cada equipo, el coordinador aclarará las dudas que surjan.

7.- Comente con el grupo la dinámica a partir de los puntos de discusión.

8.- Concluya sobre los aspectos más relevantes

PUNTOS DE DISCUSIÓN:

1.- ¿Qué sentimientos experimentaron al hablar de este tema?

2.- ¿Por qué creen que los adultos no hablan con los adolescentes del uso de métodos de protección?

3.- ¿Con quién hablan los adolescentes de este tema?

TEMA: Enfermedades de Transmisión Sexual

SESIÓN: 15

ACTIVIDAD: Por qué me quiero me cuido

OBJETIVOS:

- Los participantes identificarán las medidas de prevención que los hombres y las mujeres consideran para cuidar su salud sexual.

TIEMPO: 25 min.

MATERIALES: Hojas blancas, lápices, hojas de rotafolio, plumones.

PROCEDIMIENTO:

1.- Inicie la actividad resaltando la necesidad de que las mujeres y los hombres evitan contraer una enfermedad de transmisión sexual.

2.- Pida que individualmente, elaboren una lista de los cuidados que deben tener para no contagiarse de una enfermedad de transmisión sexual.

3.- Pida que formen equipos de un solo sexo para compartir sus resultados y contestar cuáles creen que son las razones por las que los y las adolescentes no siguen las medidas de autocuidado.

PUNTOS DE DISCUSIÓN:

1. ¿Existe diferencia entre las medidas de prevención propuestas por las mujeres y por los hombres?

2. ¿En qué están de acuerdo hombres y mujeres para prevenir las enfermedades de transmisión sexual?

3. ¿Qué factores influyen para que las mujeres no sigan medidas de autocuidado?

4. ¿Qué alternativas propondrían para fortalecer una actitud positiva hacia el autocuidado?

SESIÓN: 16

ACTIVIDAD: En la Búsqueda de Datos

OBJETIVOS:

- Que los participantes distingan las características más importantes de las enfermedades sexualmente transmisibles.
- Identificar las medidas preventivas básicas de las enfermedades sexualmente transmisibles.

TIEMPO: 60 min.

MATERIALES: Hojas de rotafolio, marcadores, libros de consulta sobre el tema.

PROCEDIMIENTO:

- 1.- Introduzca al tema presentando los objetivos de la sesión.
- 2.- Pida que a través de una lluvia de ideas enlisten las enfermedades sexualmente transmisibles que conocen.
- 3.- Organice 5 grupos y a cada uno asigne el nombre de una enfermedad por ejemplo: gonorrea, sífilis, SIDA, herpes genital y vaginitis. Cada equipo podrá consultar los materiales que se encuentran en las mesas de trabajo para responder a las siguientes preguntas:
¿Cuáles son los síntomas de la enfermedad?
¿De qué manera se trasmite?
¿Quién la padece?
- 4.- Mencione dos medidas para su prevención?
- 5.- Cada equipo nombrará un moderador que será el responsable de presentar los resultados obtenidos a través del congreso.
- 6.- Con ayuda del grupo dé nombre al congreso y organice el gabinete para la presentación de los resultados.
- 7.- Aclare las dudas que surjan y complemente la información que sea necesaria.
- 8.- Concluya la actividad a partir de los puntos de discusión.

PUNTOS DE DISCUSIÓN:

1. ¿De qué manera las enfermedades sexualmente transmisibles afectan a los adolescentes de hoy?
2. ¿Qué sugerencias harían a los adolescentes para prevenir estas enfermedades?

ACTIVIDADES LLEVADAS A CABO CON EL GRUPO DOS

TEMA: Integración

SESIÓN: 1

ACTIVIDAD: Hallar la Mitad

OBJETIVOS:

1. Los participantes interactuarán para conocerse mejor.

TIEMPO: 30 min.

MATERIALES: Trozos de papel impreso, tijeras, dos contenedores, salón y sillas.

PROCEDIMIENTO:

1.- Solicitar que en parejas (no necesariamente un hombre y una mujer) tomen un trozo de papel de un contenedor cada quien.

2.- Posteriormente unirán su trozo de papel como si armaran un rompecabezas, buscando su otra mitad con los demás integrantes.

3.- Una vez localizadas las dos partes del recorte, cada pareja dialogará entre ellos y se presentarán en plenaria.

PUNTOS DE DISCUSIÓN:

1. ¿Cómo se sintieron al conversar con la persona que les tocó?

2. ¿Creen que es importante compartir las mismas ideas para conocer a los demás?

3. ¿Consideran que para entablar una conversación es más fácil hacerlo con un hombre o con una mujer?, ¿Por qué?

ACTIVIDAD: Detección de Expectativas

OBJETIVO: Conocer, cuáles son las expectativas que los participantes tienen respecto al curso.

TIEMPO: 40 min.

MATERIALES:

- Hojas de papel
- Lápices

PROCEDIMIENTO:

1. Se invita a los participantes a responder de manera individual las siguientes preguntas:

¿Por qué estoy aquí?

¿Qué me gustaría aprender?

¿Qué pienso aportar?

¿Qué me gustaría que ocurriera durante el curso?

¿Qué me gustaría que no ocurriera durante el curso?

2. Ya respondidas, se les invita que se enumeren del 1 al 4 o 5 progresivamente y que se reúnan en equipos del mismo número.

3. Se les solicita a los subgrupos que se den respuestas a las mismas preguntas a partir de las repuestas individuales de sus miembros y que las conclusiones del subgrupo las exponga un participante en representación del subgrupo.

4. Se invita a los participantes a responder de manera individual las siguientes preguntas:

¿Por qué estoy aquí?

¿Qué me gustaría aprender?

¿Qué pienso aportar?

¿Qué me gustaría que ocurriera durante el curso?

¿Qué me gustaría que no ocurriera durante el curso?

Ya respondidas, se les invita a que se enumeren del 1 al 4 o 5 progresivamente y que se reúnan en equipos del mismo número.

5. Se les solicita a los subgrupos que se den respuestas a las mismas preguntas a partir de las repuestas individuales de sus miembros y que las conclusiones del subgrupo las exponga un participante en representación del subgrupo.

TEMA: Adolescencia

SESIÓN: 2

ACTIVIDAD: En Busca de Mis Recuerdos

OBJETIVOS:

- Los participantes identificarán los principales cambios emocionales experimentados por el adolescente ante la transformación de su cuerpo.

TIEMPO: 60 min.

MATERIALES: Hojas blancas, hojas de rotafolio y marcadores.

PROCEDIMIENTO:

- 1.- Inicie la actividad presentando los objetivos de la sesión.
- 2.- Pida que de manera individual, traten de recordar cuáles fueron sus sentimientos y sensaciones experimentadas ante los primeros cambios físicos; para ello se apoyará en las siguientes preguntas:
¿Qué sentimientos experimentaron ante los primeros cambios de su cuerpo?
¿Qué importancia tiene la imagen corporal durante la adolescencia?
¿Cuáles fueron sus sentimientos, temores y fantasías la primera vez que menstraron (para mujeres)?
¿Cuáles fueron sus sentimientos, temores y fantasías la primera vez que eyacularon (para hombres)?
- 3.- Una vez realizada la reflexión individual pida que se formen cuartetos y discutan las respuestas obtenidas. Cada equipo concluirá sobre los aspectos más relevantes, a partir de los puntos de discusión.
- 4.- El coordinador organiza los resultados de cada equipo, tomando en cuenta el género. Aclarará dudas y concluirá sobre lo más relevante.

PUNTOS DE DISCUSIÓN:

1. ¿Cuáles son las diferencias emocionales, entre los adolescentes varones y mujeres, ante los cambios físicos que se dan en este período?

SESIÓN: 3

ACTIVIDAD: La Fiesta de XV años

OBJETIVOS:

- Los participantes reconocerán los principales cambios psicológicos y sociales que se presentan durante la adolescencia.
- Identificar la importancia de la comunicación con los padres durante el proceso de la adolescencia.

TIEMPO: 1:50 hrs.

MATERIALES: Hojas de rotafolio, papel crepé de colores, tijeras, plumones, papel lustre, una grabadora, cassette con música con músicaailable y vales.

PROCEDIMIENTO:

1.- Introduzca al tema presentando los objetivos de la sesión.
2.- Explique que para iniciar el tema van a realizar un sociodrama donde todo el grupo representará una fiesta de XV años. El mismo grupo organiza el baile y el vestuario para la presentación, con materiales como el papel crepé, lustre y la músicaailable.

3.- El grupo realiza la representación aproximadamente en 20 min. Una vez concluida deben contestar las siguientes preguntas.

¿Qué sentimientos experimentaron durante la dinámica?

¿Cuál es el significado de esta fiesta?

¿Qué recuerdos tuvieron?

¿Que piensan de este tipo de festejos?

¿De qué manera los adolescentes de hoy en día festejan el inicio de la adolescencia?

4.- A partir de las vivencias del grupo, resalte las principales características de la adolescencia como son: la importancia del grupo de amigos, los nuevos retos e ideas, el distanciamiento de los padres, etc.

5. Resuelva las dudas que surjan y concluya sobre los aspectos que se resaltan en los puntos de discusión.

PUNTOS DE DISCUSIÓN:

1. ¿Cuál es la actitud de los padres durante la adolescencia de sus hijos?

2. ¿Por qué es importante que los padres mantengan una estrecha comunicación con sus hijos durante la adolescencia?

3.- ¿Qué juegos y experiencias comparten los amigos cuando son adolescentes?

4.- ¿Cuáles son los temas sobre los que hablan las mujeres y los hombres durante la adolescencia?

TEMA: La Pareja Adolescente

SESIÓN: 4

ACTIVIDAD: Pensando en Ti

OBJETIVOS:

- Los participantes discutirán la importancia de clarificar las diferencias que puedan existir en una pareja.
- Reconocerán la importancia de la comunicación clara y asertiva.

TIEMPO: 45 min.

MATERIALES: Hoja de trabajo: "Pensando en ti". Hojas blancas, lápices.

PROCEDIMIENTO:

1.- Introduzca al tema presentando los objetivos de la sesión.

2.- Pida que recuerden qué es lo que más les agrada y le disgusta de su novio o novia y resuelvan el ejercicio pensando en ti.

- 3.- Pida que reúnan en grupos exclusivos de hombres y mujeres para que intercambien la información obtenida, e identifiquen los aspectos más relevantes.
- 4.- Cada grupo presenta sus resultados para comparar las similitudes y diferencias entre lo que piensan los varones y las mujeres.
- 5.- Concluya la actividad a partir de los puntos de discusión.
- 6.- Sugiera que como tarea en casa, comenten con su novia o novio lo que escribieron en el ejercicio "Pensando en ti".

PUNTOS DE DISCUSIÓN:

1. ¿Cuál es la utilidad de conocer lo que dicen y piensan los varones de las mujeres?
2. ¿Para qué sirve conocer lo que piensan las mujeres de los hombres?
3. ¿Qué propuestas harían para mejorar la comunicación de la pareja durante el noviazgo?

Hoja de Trabajo

Instrucciones:

Piensa en tu novio o novia e imagínate que estás hablando con ella o él, para contestar las siguientes preguntas:

Lo que más me gusta de ti es

Lo que más valoro de ti es

Lo que me disgusta es que tu

Lo que más me gustaría que
cambiaras es....

TEMA: Adolescentes y Sociedad

SESIÓN: 5

ACTIVIDAD: Congreso Juvenil

OBJETIVOS:

- Discutirán el significado de contar con normas acordes a las necesidades e intereses de los adolescentes.
- Reconocerán la libertad de expresión como un derecho de los adolescentes y de la sociedad en su conjunto.

TIEMPO: 60 min.

MATERIALES: Hojas de rotafolio, marcadores. Masking tape.

PROCEDIMIENTO:

- 1.- Introduzca al tema presentando los objetivos de la sesión.
- 2.- Pida que se formen cinco equipos. Explique que van a realizar una actividad en la que es muy importante su creatividad e imaginación.
- 3.- Pida que se imaginen que están en un Congreso Juvenil, donde se reúnen muchos adolescentes de todo el país para discutir cuáles son sus derechos y obligaciones. Tienen aprox. 30 min.
- 4.- Cada equipo discutirá diferentes asuntos:
 - Equipo 1: Derechos y Obligaciones en la Familia.
 - Equipo 2: Derechos y Obligaciones en la Escuela.
 - Equipo 3: Derechos y Obligaciones en los Amigos.
 - Equipo 4: Derechos y Obligaciones en el Tiempo Libre.
 - Equipo 5: Derechos y Obligaciones para la Salud Sexual.
- 5.- Una vez concluida la actividad pida que un representante de cada equipo forme un presidium del congreso para dar a conocer sus conclusiones.
- 6.- Concluya la actividad con base en los puntos de discusión.

PUNTOS DE DISCUSIÓN:

- 1.- ¿Qué sentimientos experimentaron durante la dinámica?
- 2.- ¿Qué aspectos les llamaron más la atención de esa actividad?
- 3.- ¿Qué opinan de este tipo de espacios para promover la expresión de los adolescentes?

TEMA: Valores y Relaciones Familiares**SESIÓN: 6**

ACTIVIDAD: Dramatización.

OBJETIVOS:

- Los participantes determinarán si las actitudes hacia la sexualidad cambian cuando se juega un rol diferente.
- Discutirán situaciones que los anticipe a planear su futuro, como padres de hijos adolescentes.

TIEMPO: 90 min.

MATERIALES: Tarjetas con situaciones específicas, hojas blancas y lápices.

PROCEDIMIENTO:

- 1.- Introduzca el tema presentando los objetivos de la sesión.
- 2.- Divida al grupo en 4 equipos de 5 a 6 alumnos. Asigne a cada equipo una tarjeta con una situación específica.
- 3.- Explique que a partir de la actividad de cada grupo, van a poder revisar sus actitudes hacia la conducta sexual y como éstas cambian cuando se encuentran en el papel de padre o madre.

4.- Indicar que el ejercicio consistirá en describirles una situación a cada equipo, para lo cual deberán seleccionar algunos voluntarios según lo requiera el caso, con el fin de que actúen cada uno de los personajes de su historia.

5.- Aclarar que los actores tendrán que simular que realmente se enfrentan a la situación y deberán reaccionar inmediatamente a lo que se propone como si estuvieran verdaderamente en ese papel.

6.- Exponer que la dramatización involucra ciertos riesgos, ya que tendrán que ser espontáneos, pero que es una excelente oportunidad para practicar y así poder manejar mejor una situación en el futuro.

7.- Explicar que al terminar los voluntarios las dramatizaciones, los observadores podrán hacer comentarios sobre los cuáles hubieran sido sus respuestas.

8.- Concluir el ejercicio basándose en los puntos de discusión.

PUNTOS DE DISCUSIÓN:

1.- ¿Qué otras reacciones sería posible adoptar ante esta situación?

2.- ¿Qué podría uno decir o hacer ahora?

3.- ¿Cómo aplicarían lo que hoy aprendieron en una situación real al ser padres?

4.- ¿Qué relación tienen estas situaciones con vivencias en las familias a las que pertenecen?

5.- ¿Cómo creen que se sentiría el niño o el adolescente de las situaciones?

Material para el Instructor

SITUACIONES

Situación I

Tu hija de 15 años está saliendo con un jovencito de 19 años, y no apruebas esta situación. Un día descubres que ella tiene un sobre de píldoras anticonceptivas en la bolsa. ¿Qué harías o dirías?

Situación II

Tu hijo de 21 años que está estudiando en la universidad, regresa a casa sin avisar con muy mal semblante. En el momento que entra, te das cuenta que pasa algo. El se va a su cuarto y dice que no quiere hablar con nadie, que necesita estar solo y pensar. Después de varias horas vas a su cuarto y le preguntas qué le pasa, aclarándole que estás dispuesto a ayudarlo. Después de un largo silencio, te dice que su novia está embarazada y que cuando fue a que le hicieran la prueba del embarazo, también le dijeron que tenía gonorrea. ¿Qué harías o dirías?

Situación III

(Esta situación se refiere a un adolescente de 13 o 14 años. Un voluntario tomará el papel de hermano mayor). Vives en otra ciudad porque estás estudiando y el hermano menor ocupa ahora tu recámara, pero no has quitado tus libros ni objetos personales. El hermano menor se ha desarrollado muy rápidamente durante el último año y físicamente se ve muy maduro para su edad. Un fin de semana regresas a casa sin

avisar, vas a la recámara y descubres a tu hermano menor masturbándose. ¿Qué harías o dirías en ese momento? ¿Y después?

Situación IV

(Esta situación requiere hacer una proyección a futuro: 10 años de este momento. Se necesita un voluntario en cada grupo). Estás casado y tienes hijos. Ustedes se han mudado recientemente a una zona donde viven personas muy conservadoras. Un sábado por la mañana, tu hija de 5 años de edad está jugando con un vecinito. Te asomas por la ventana y ves que los niños se han quitado la ropa y están tocándose y explorando sus genitales entre sí. ¿Qué harías o dirías? ¿Cómo te sentirías?

TEMA: Roles Sexuales

SESIÓN: 7

ACTIVIDAD: Las Generaciones.

OBJETIVOS:

- Los participantes analizarán los cambios generacionales con respecto a los roles sexuales.
- Comprenderán la dimensión histórica de los roles sexuales.

TIEMPO: 45 min.

MATERIALES: Hojas de rotafolio y plumones.

PROCEDIMIENTO:

- 1.- Divida el grupo en hombres y mujeres en promedio de 5 a 6 personas.
- 2.- Pida que cada grupo conteste las siguientes preguntas:
 - ¿Cómo eran los roles masculinos y femeninos entre los abuelos?
 - ¿Cómo han cambiado los roles en nuestros padres?
 - ¿Qué efectos positivos y negativos han tenido esos cambios?
- 3.- Pida que escriban sus conclusiones en una hoja de rotafolio.
- 4.- En plenaria, cada grupo presenta sus conclusiones y se analizan las diferentes perspectivas de los hombres y de las mujeres; considerando los puntos de discusión?

PUNTOS DE DISCUSIÓN:

- 1.- ¿Qué eventos históricos han impactado los roles de los hombres y las mujeres en nuestro país?
- 2.- ¿De qué manera ocurren los cambios culturales y quiénes son los principales agentes del cambio?

TEMA: Sexualidad y Educación Sexual

SESIÓN: 8

ACTIVIDAD: Esos Momentos Íntimos

OBJETIVOS:

- Comprenderán los conceptos de sexo, sexualidad y educación sexual.

TIEMPO: 60 min.

MATERIALES: Hojas de rotafolio, marcadores de colores.

PROCEDIMIENTO:

- 1.- Introduzca al tema presentando los objetivos de la sesión.
- 2.- Indique que para iniciar la actividad van a trabajar en pares. Pida que formen parejas con la persona que menos conozcan del grupo y que comenten alguna experiencia de su sexualidad que les haya parecido chusca, divertida o significativa.
- 3.- Posteriormente pida que se formen cuartetos e intercambien las experiencias relatadas para elegir la que les parezca más interesante.
- 4.- Cada equipo presenta su caso y comenta cuáles fueron los sentimientos que experimentaron durante la dinámica.
- 5.- El coordinador retoma los aportes de la actividad anterior para llegar a definir los conceptos de sexo, sexualidad y educación sexual. Podrá basarse en los puntos de discusión.
- 6.- Aclare las dudas que surjan para concluir sobre los aspectos más relevantes.

PUNTOS DE DISCUSIÓN:

1. ¿Cuál es la diferencia entre sexo y sexualidad?
2. ¿Cuál es el objetivo de la educación sexual?
3. ¿Qué instancias intervienen en la educación sexual de los adolescentes?

TEMA: Sexualidad en la Adolescencia

SESIÓN: 9

ACTIVIDAD: Formas de Presión

OBJETIVOS:

- Identificar las diferentes formas de presión a las que está expuesto el adolescente.
- Los participantes reconocerán la importancia de saber decir no, a las presiones de la familia y de los amigos.

TIEMPO: 60 min.

MATERIALES: Hojas, marcadores, campana, corneta u otro objeto para efectos de sonido y hoja de recurso pare el jurado sobre Formas de Presión.

PROCEDIMIENTO:

- 1.- Introduzca al tema presentando los objetivos de la sesión.
- 2.- Definan, a partir de una lluvia de ideas, qué entiende por formas de presión. Podrá emplear como apoyo la siguiente definición: la forma de presión es toda aquella molestia, amenaza, mentira, daño o humillación que alguien ejerce a otro para inducirlo a hacer algo, en este caso se refiere a tener relaciones sexuales.
- 3.- Pida que el grupo elija 2 ó 3 personas que junto con el coordinador harán las veces de "jurado" en el juego.
- 4.- Pida que se formen 2 equipos y explique que el concurso consistirá en ver cuál equipo da las mejores respuestas a las diversas formas de presión para tener relaciones sexuales.
- 5.- El juego se desarrolla como en los programas televisivos de concursos.

6.- Lea una vez la forma de presión en voz alta. El equipo que primero tenga la respuesta sonará la campana o la corneta para que se le dé oportunidad de contestar.

7.- Si el "jurado" determina que la respuesta es válida, el equipo obtendrá un punto.

8.- El juego continuará con el mismo procedimiento con todas las formas de presión hasta que se terminen. El equipo ganador será el que acumule más puntos.

9.- Una vez concluido el ejercicio, inicie la reflexión de acuerdo a las siguientes preguntas:

¿Cuáles son las formas de presión más comunes a las que los adolescentes están expuestos?

¿Qué haces si tu pareja te sigue presionando?

A. Decir no, y repetirlo.

B. No ofrecer razones o excusas para decir "no".

C. Tomar la ofensiva. Mencionar cómo te está haciendo sentir la presión continua de esa persona.

D. Rehusar a seguir discutiendo el asunto. Huir de la situación.

10.- Concluya la actividad tomando en cuenta los puntos de discusión.

PUNTOS DE DISCUSIÓN:

1. ¿Es más común para las chicas o para los chicos usar formas de presión? ¿Por qué?

2. Discutan sobre las diferentes alternativas que tienen los adolescentes para no ceder ante la presión de la familia o los amigos.

Hoja de Recursos

POSIBLES FORMAS DE PRESIÓN

"Todos lo hacen"

"Si me amas tendrás relaciones sexuales conmigo"

"Si no tienes relaciones sexuales conmigo, no te veré más"

"Sé que lo quieres hacer, sólo tienes miedo de lo que diga la gente"

"Tienes que crecer. No puedes ser niño"

POSIBLES RESPUESTAS

"Bueno, pero yo no soy todos, yo soy yo.

Además, no creo que todos lo hagan, son habladurías"

"Si me amas respetarás mis sentimientos y no me obligarás a hacer algo para lo que no estoy listo"

"Bueno, si eso es lo que tú piensas, te voy a extrañar, pero así tiene que ser"

"Si lo quisiera hacer, no estaría argumentando nada"

"Tener relaciones sexuales no

siempre”

“Hagásmoslo. Sabes que algún día me casaré contigo”

“Ya tuvimos relaciones sexuales antes
¿Cuál es el problema ahora”

“No querrás que la gente piense que no eres un hombre (mujer) de verdad”

“¿No quieres probar para saber cómo es?”

“¡Pero tengo que hacerlo!”

“Si quieres ser popular con los chavos de la escuela, tendrás que hacerlo”

“Si te embarazas me casaré contigo”

“Tú quieres hacerlo tanto como yo”

significa que hayas crecido. Para mí haber crecido significa decidir en lo que creo y ajustarme a mis creencias”

“Para mí el matrimonio es algo muy lejano. Aún no sé si querré casarme”

“Tengo el derecho a cambiar mi forma de pensar. He decidido esperar a ser mayor para tener relaciones sexuales de nuevo”

“Tener relaciones sexuales no prueba que seas un(a) hombre (mujer)”

“Creo que esa es una razón muy tonta para tener relaciones sexuales. Hay muchos riesgos sólo para saber cómo es. No, gracias”

“No, no tienes que hacerlo. Sé que nada te pasará si no tienes relaciones sexuales. Si yo puedo esperar, tú también”

“No tengo que depender del sexo para ser popular. A las personas les caigo bien por la clase de persona que soy”

“No quiero correr el riesgo de embarazarme y no estoy preparada para casarme”

“No realmente no. ¿Desde cuándo adivinas el pensamiento? Tengo muchos planes para mi vida y no quiero echar a perder todo, embarazándome”

“Me has excitado. Si me amas, Pruébalo”

“Tener relaciones sexuales no significa que estés enamorado. No quiero tener relaciones sexuales ahora”

“Ven. Pruébame. Seré lo mejor que hayas podido tener”

“Lo mejor para mí ahora es esperar”

“Ven. Toma una bebida. Te pondrá en ambiente”

“No, gracias. No quiero embriagarme y no saber lo que estoy haciendo”

“Si no es contigo será con otra”

“Está bien, supongo que debes seguir buscando esa persona”

“Muchas de tus amigas lo hacen, sólo tú no”

“Lo que mis amigas decidan es asunto de ellas. Yo he decidido esperar. Esa es mi decisión”

TEMA: Relaciones Sexuales en la Adolescencia

ACTIVIDAD: ¿Has valorado tus opciones?

OBJETIVOS:

- Los participantes reconocerán la importancia de que los adolescentes tomen decisiones adecuadas para el ejercicio de una vida sexual sana y responsable.

TIEMPO: 60 min.

MATERIALES: Hoja de trabajo: “¿Has Valorado tus Opciones”, y hoja de recurso.

PROCEDIMIENTO:

- 1.- Introduzca al tema presentando los objetivos de la sesión.
- 2.- Enfatique la importancia de tomar decisiones oportunas y adecuadas en la vida.
- 3.- Entregue a cada participante la hoja de trabajo: “¿Has valorado tus opciones”. Aquí se presenta una balanza en la cual el adolescente tendrá que elegir entre 2 opciones: tener relaciones sexuales o postergar el inicio de la vida sexual.
- 4.- En forma individual, pida que enlisten las razones por las que un adolescente diría “sí” a las relaciones sexuales y las razones por las que postergarían el inicio de la actividad sexual.
- 5.- Depure la lista, eliminando los argumentos que no sean válidos para tener relaciones sexuales. Puede tomar como base la hoja de recurso.

6.- Asegúrese que todas las opciones han sido consideradas, especialmente aquellas que pueden ayudar al adolescente a postergar las relaciones sexuales.

7.- Aclare que a cada razón válida se le asignará el valor de un kilo. ¿Hacia qué lado se inclina la balanza?

8.- Concluya el ejercicio basándose en los puntos de discusión.

PUNTOS DE DISCUSIÓN:

1. ¿Existen presiones que influyen sobre tener o no relaciones sexuales?

2. ¿La decisión sexual es más difícil que otro tipo de decisión?

Sí () No () ¿Por qué?

3. ¿Es difícil apegarse a la decisión de no tener relaciones sexuales?

4. ¿Qué es lo que una persona necesita hacer si decide tener relaciones sexuales de una manera responsable?

5. ¿Puedes cambiar una decisión "sí" por una decisión "no", la próxima vez que tengas que decidir sobre tener relaciones sexuales? ¿Cómo?

PROS Y CONTRAS DE LA ACTIVIDAD SEXUAL EN LA ADOLESCENCIA

- Razones por la que algunos adolescentes se involucran sexualmente:
- Presiones de los compañeros.
- Comunicar afecto, sentimientos amorosos en una relación.
- Evitar la soledad.
- Obtener afecto.
- Por placer o diversión.
- Mostrar independencia rebelándose contra los padres, maestros y otras figuras de autoridad.
- Mantener una relación.
- Demostrar que es un adulto.
- Ser padre.
- Satisfacer la curiosidad.
- Razones para posponer la actividad sexual:
- Viola las propias creencias religiosas.
- Viola los valores personales.
- No sentirse listo para una relación.
- No querer cambiar la relación con la nov@.
- No querer correr el riesgo del embarazo.
- No querer correr el riesgo de una enfermedad venérea.
- No querer arriesgar el futuro y las metas educativas.
- No querer dañar la relación con los padres.
- No querer que cambie la reputación.
- No querer avergonzarse y sentirse culpable por haber tenido relaciones sexuales.

TEMA: Embarazo en Adolescentes

SESIÓN: 11

ACTIVIDAD: Imaginando el Futuro

OBJETIVOS:

- Los participantes discutirán las características familiares y emocionales de la adolescente que se embaraza.
- Reflexionarán sobre las consecuencias físicas, psicológicas y sociales para la adolescente que se embaraza.

TIEMPO: 60 min.

MATERIALES: Hojas de rotafolio, hojas blancas y marcadores.

PROCEDIMIENTO:

- 1.- Introduzca el tema presentando los objetivos de la sesión.
- 2.- Pida que a través de la reflexión individual contesten a las siguientes preguntas:
 - ¿Qué le dirían a su hija adolescente si estuviera embarazada?
 - ¿Qué le dirían a su hijo adolescente si él hubiese embarazado?
- 3.- Pida que se reúnan en cuartetos y realicen un intercambio de experiencias. Cada equipo presenta sus conclusiones con la finalidad de establecer las similitudes y diferencias entre lo que piensan los adolescentes varones y las adolescentes mujeres.
- 4.- A partir de la sensibilización lograda, el coordinador con ayuda del grupo, sistematiza las principales causas y consecuencias del embarazo en las adolescentes; enfatizando el papel de los padres en esta situación.
- 5.- Concluya el ejercicio basándose en los puntos de discusión.

PUNTOS DE DISCUSIÓN:

- 1.- ¿Cuál es la reacción más común de las madres ante el embarazo de sus hij@s adolescentes?
- 2.- ¿Cuál es la conducta más común de los padres ante el embarazo de sus hij@ adolescentes?
- 3.- ¿Qué alternativas tiene la adolescente para postergar el embarazo después de los 20 años?

TEMA: Sexualidad y Medios de Comunicación

SESIÓN: 12

ACTIVIDAD: Mi Comercial Preferido

OBJETIVOS:

- Los participantes analizarán el impacto de los medios de comunicación en la sexualidad de los adolescentes.
- Discutirán las alternativas que existen para un manejo de los medios de comunicación a favor de una educación sexual para los adolescentes.

TIEMPO: 60 min.

MATERIALES: C.D. de cantantes actuales y juveniles, caja de cigarros, pasta de dientes, reloj, chocolates.

PROCEDIMIENTO:

- 1.- Introduzca al tema presentando los objetivos de la sesión.
- 2.- Forme equipos de 5 a 6 participantes.
- 3.- Explique que para iniciar el tema, cada equipo debe emplear toda su imaginación y creatividad para presentar un anuncio comercial, en el que se convenga a los adolescentes que compren X producto.
- 4.- A cada equipo dé el objeto a promover por ejemplo: una caja de cigarros, chocolates, pasta de dientes, ropa, reloj, zapatos, discos, etc.
- 5.- De aproximadamente 5 minutos para que cada equipo presente su comercial.
- 6.- Posterior a la presentación, analice a partir de los puntos de discusión la forma en que los medios de comunicación influyen al crear expectativas y necesidades en ocasiones ajenas a los adolescentes.
- 7.- Concluya sobre las alternativas que pueden tener los adolescentes para un manejo adecuado de los medios de comunicación.

PUNTOS DE DISCUSIÓN:

1. ¿Qué tipo de mensaje de la televisión, el radio y la prensa van dirigidos a los adolescentes con respecto a la sexualidad?
2. Mencione tres características principales de los comerciales dirigidos a los adolescentes.
3. ¿Qué tipo de comerciales o anuncios deben ser diseñados para los adolescentes?

TEMA: Medios de Comunicación y Sexualidad

SESIÓN: 13

ACTIVIDAD: Modas y Modelos

OBJETIVOS:

- Los participantes reconocerán el impacto de las modas y modelos que crean los medios de comunicación en la sexualidad de los adolescentes.
- Discutirán las alternativas que tienen los adolescentes para un manejo adecuado de la información que reciben de los medios de comunicación.

TIEMPO: 60 min.

MATERIALES: Hojas blancas, lápices, cartelera cinematográfica, programación de la T.V., comercial, revistas, radio.

PROCEDIMIENTO:

- 1.- Introduzca al tema presentando los objetivos de la sesión.
- 2.- Pida que recuerden quién fue el personaje favorito durante la adolescencia. Mencionen que fue lo que más les gustaba de él o de ella.
- 3.- En forma voluntaria los participantes comentarán lo que más les impacto de estos modelos.
- 4.- Pida que se formen 4 equipos y a cada uno asigne un medio: T.V., radio, cine, revistas. Cada equipo revisa los contenidos que en relación a la sexualidad dan estos medios, para identificar los tipos de mensaje

y modelos que los adolescentes reciben; anotando sus observaciones en una hoja blanca para leerla posteriormente al resto del grupo.

5.- Concluya el ejercicio a partir de los puntos de discusión.

PUNTOS DE DISCUSIÓN:

1. ¿Dé que manera los medios de comunicación impactan la sexualidad de los adolescentes?
2. ¿Cuáles son las diferencias de los roles femenino y masculino que se dan a través de la televisión?

TEMA: Metodología Anticonceptiva

SESIÓN: 14

ACTIVIDAD: El Cerillo

OBJETIVOS:

- Los participantes identificarán las características de los principales métodos anticonceptivos.
- Reconocerán las ventajas y desventajas del empleo de los métodos anticonceptivos.

TIEMPO: 1:15 min.

MATERIALES: Tres cajas de cerillos, tres juegos de tarjetas A, B y C.

PROCEDIMIENTO:

- 1.- Introduzca al tema presentando los objetivos de la sesión.
- 2.- Señale que para iniciar la actividad van a realizar el juego “el cerillo”, para lo cual formarán 3 equipos. A cada equipo asigne una caja de cerillo y tres tarjetas A, B, y C.
- 3.- Cada grupo forma un círculo y al centro colocarán las tarjetas. La actividad inicia cuando una persona enciende un cerillo, el cual irá pasando de una persona a otra. Quien apague el fósforo tomará un juego de tarjetas A, B y C. La tarjeta **A** indica el método del que la persona va hablar, la tarjeta **B** contiene una pregunta que debe contestar y la **C** una orden para todo el equipo.
- 4.- La actividad concluye cuando se agotan todas las preguntas.
- 5.- La intención del cerillo, es animar y diversificar el ejercicio. El tiempo asignado a esta técnica es de aprox. 40 minutos; aunque depende del ritmo que imprima el grupo.
- 6.- Al concluir la actividad realice un intercambio de experiencias a partir de la dinámica.
- 7.- Aclare las dudas y concluya sobre la importancia de favorecer una metodología participativa en el desarrollo de estos temas. Apóyese en los puntos de discusión.

PUNTOS DE DISCUSIÓN:

1. ¿Cuál es la importancia del uso de dinámicas participativas para el desarrollo de temas médicos?
2. ¿De qué manera este tipo de metodología favorece la reflexión de actitudes hacia la sexualidad en los adolescentes?

MATERIAL DE APOYO PARA EL INSTRUCTOR

Instrucciones: Anotar en tarjetas independientes los siguientes métodos, preguntas y órdenes.

Tarjetas Tipo A: Métodos

DIU, Ovulos, Espermaticidas, Condón, Ritmo, Pastillas, Vasectomía, Salpingoclasia, Coito interrumpido, Nortplant, Inyecciones, Abstinencia.

Tarjetas Tipo B: Preguntas

Menciona sus contraindicaciones.

¿Cómo se utiliza?

¿Cómo funciona?

¿De qué está hecho?

¿Por qué es importante su uso?

¿Dónde se compra?

¿Quién lo compra?

¿Cuáles son sus ventajas?

¿Qué ventajas tiene?

¿Cuál es su eficacia?

¿Qué mitos hay en relación a este método?

¿Para quién es recomendable?

Mencione las recomendaciones específicas para su empleo

¿En qué momento es importante su uso?

Tarjetas Tipo C: Ordenes

- Pida que un voluntario exprese con mímica lo dicho.
- Pida que el grupo dé un aplauso, si está de acuerdo con lo dicho.
- Pida que alguien del grupo, haga una crítica a lo expuesto.
- Pida que un voluntario exprese sus sentimientos sobre el tema.
- Pida que dos voluntarios dramatizen el tema.
- Pida una porra, si el grupo aprueba lo expuesto.
- Pida una porra para el método más efectivo.
- Anime la discusión en el grupo.

SESIÓN: 15

ACTIVIDAD: Investigando al Condón

OBJETIVOS:

- Los participantes identificarán las características del condón y su forma de empleo.
- Diferenciarán las actitudes de los varones y las mujeres hacia el condón.

TIEMPO: 50 min.

MATERIALES: Hojas de rotafolio, marcadores, crayolas, papel lustre, libros y revistas que hablen del condón, etc.

PROCEDIMIENTO:

- 1.- Introduzca al tema presentando los objetivos de la sesión.
- 2.- Explique que van a tratar el tema que tal vez algunos de ellos ya han hablado con los amigos, es decir del condón.
- 3.- Pida que se formen 5 equipos y a cada uno asigne el tema de trabajo. Los grupos 1, 2 y 3 serán mixtos, el 4 estará formado por varones y el equipo 5 por mujeres.

Equipo 1: Características del condón.

Equipo 2: Forma de empleo del condón.

Equipo 3: Utilidad del condón.

Equipo 4: Opinión de los varones hacia el condón.

Equipo 5: Opinión de las mujeres hacia el condón.

- 4.- Cada equipo discutirá su tema. Si es necesario recurrir a información complementaria los grupos 1, 2 y 3 podrán consultar los libros y revistas que se encuentren en las mesas de trabajo. Los equipos 4 y 5 trabajarán con lo que ellos piensen y sientan.

5. Una vez que cada grupo haya concluido su investigación, organizan un sociodrama en el que personifiquen al condón y hablen del tema que les correspondió. Por ejemplo los equipos podrán iniciar su presentación con los siguientes enunciados:

Equipo 1: Me llamo...Condón. Estoy formado de...

Equipo 2: Yo me coloco cuidadosamente en....

Equipo 3: La utilidad más importante que tengo es...

Equipo 4: Los hombres opinan de mí, que...

Equipo 5: Las mujeres opinan que yo...

- 6.- El moderador anima al grupo para que se disfrace, o presente carteles alusivos al tema durante la representación.

- 7.- Concluya sobre los aspectos más relevantes a partir de los puntos de discusión.

PUNTOS DE DISCUSIÓN:

1. ¿Por qué es difícil tratar este tema con los adultos?
2. ¿Para qué nos sirve hablar de estos temas con otros adolescentes?
3. ¿Qué mensaje les darían a otros adolescentes de su edad?

TEMA: Enfermedades de Transmisión sexual

SESIÓN: 16

ACTIVIDAD: El Sida y Mis Afectos

OBJETIVOS:

- Los participantes identificarán las características básicas y medidas de prevención del SIDA.
- Reconocerán los sentimientos y afectos que originan una enfermedad como el SIDA.

TIEMPO: 45 min.

MATERIALES: Hojas blancas, marcadores

PROCEDIMIENTO:

- 1.- Introduzca al tema presentando los objetivos de la sesión.
- 2.- Explique que antes de hablar de este tema es muy importante partir de lo que ellos sienten y piensan de las personas que contrajeron una enfermedad como el SIDA.
- 3.- Pida que de forme individual responda a las siguientes preguntas:
 - ¿Qué sabes acerca del SIDA?
 - ¿Qué medidas de prevención del SIDA conoces?
 - ¿Qué piensas de una persona (sea hombre o mujer) que padece una enfermedad como el SIDA?
 - ¿En caso de que tú padecieras esta enfermedad qué harías y a quién se lo dirías?
- 4.- Pida que se formen tríos y compartan las respuestas obtenidas?
- 5.- Cada grupo dará a conocer sus respuestas y sobre todo cuáles fueron los sentimientos experimentados; es decir, si el imaginarse en una situación así les enojó, preocupó, creyeron que nunca estarían en un caso así, les angustió, les fue indiferente, etc.
- 5.- A partir de esta información pida que el grupo enliste aquellas preguntas que les gustaría saber sobre el SIDA.
- 6.- Exponga de manera clara las características de la enfermedad, formas de transmisión y medidas preventivas.
- 7.- Concluya sobre los aspectos más importantes a partir de los puntos de discusión.

PUNTOS DE DISCUSIÓN

1. ¿Para qué nos sirven saber lo que sentimos acerca del SIDA?
2. ¿De qué manera el SIDA llega a influir en la vida de los adolescentes?

Análisis de Resultados

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

1. Primero se calificaron los cuestionarios que contestaron los adolescentes antes y después del curso, tomando en cuenta el número de aciertos que obtuvo cada uno. El total de aciertos de cada cuestionario quedo de la siguiente manera:

NUMERO DE CUESTIONARIO	TEMA	NUMERO DE ACIERTOS	
		HOMBRES	MUJERES
1	Pubertad	9	13
2	Adolescencia	9	
3	Órganos Sexuales	19	29
4	Métodos Anticonceptivos	23	
5	Enfermedades de Transmisión Sexual	15	

2. Una vez que se obtuvieron los aciertos de cada cuestionario, se introdujeron en el programa SPSS, utilizando una muestra no parametrica para muestras no relacionadas (Wilcoxon). De esta manera la prueba arroja resultados como; total de individuos, la media de los rangos en tres diferentes categorías: a) individuos que contaban con mayor información antes de revisar el tema (DESPUÉS < ANTES), individuos que obtuvieron un mayor número de aciertos después de revisar el tema (DESPUÉS > ANTES), e individuos que obtuvieron el mismo número de aciertos antes y después de revisar el tema (ANTES = DESPUÉS). Por último uno de los datos más importantes que arroja esta prueba, es el nivel de significancia, el cual fundamenta que los resultados obtenidos no se deben al azar si no a la intervención que se hizo y con ello apoyamos o probamos la hipótesis.

RESULTADOS

Para la obtención de los resultados se utilizó el programa SPSS, en el cuál se hizo una prueba no paramétrica de muestras no relacionadas (Wilcoxon), con el objetivo de saber si se cumplía la hipótesis planteada, la cuál quedo de la siguiente manera “Sí se imparte un curso de educación sexual para adolescentes, entonces la información que poseen sobre sexualidad incrementará”. Así, se tomo en cuenta la significancia que resultó en cada tema, por lo que si era menor a .05 la hipótesis se cumplía. Cabe señalar que la hipótesis planteada fue la misma para todos los temas vistos, de esta manera se obtuvieron los siguientes resultados.

Antes de revisar los resultados se darán los datos sociodemográficos:

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

GRUPO	SUJETOS	EDAD	ESCOLARIDAD
1	15 Mujeres	3 mujeres de 11 años 5 mujeres de 12 años 7 mujeres de 13 años	6to de Primaria y Secundaria
	12 Hombres	4 hombres de 11 años 2 hombres de 12 años 6 hombres de 13 años Total 27	
2	14 Mujeres	7 mujeres de 14 años 5 mujeres de 15 años 2 mujeres de 16 años	Secundaria
	14 Hombres	4 hombres de 14 años 7 hombres de 15 años 3 hombres de 16 años Total 28	

A continuación se presentan los resultados obtenidos en cada grupo al hacer la prueba de Wilcoxon, cabe señalar que los resultados se presentan por tema.

RESULTADOS DEL GRUPO UNO

TEMA			N	MEAN RANK	SUM OF RANKS	Z	Asymp. Sig. (2-tailed)
Adolescencia	DESPUÉS	Negative Ranks	0 ^a	.00	.00	-3.541 ^a	.000
	ANTES	Positive Ranks	16 ^b	8.50	136.00		
		Ties	11 ^c				
		Total	27				
Pubertad	DESPUÉS	Negative Ranks	2 ^a	8.00	24.00	-3.228 ^a	.001
	ANTES	Positive Ranks	18 ^b	11.50	207.00		
		Ties	7 ^c				
		Total	27				
Órganos Sexuales	DESPUÉS	Negative Ranks	3 ^a	11.63	46.50	-3.292 ^a	.001
	ANTES	Positive Ranks	22 ^b	13.84	304.50		
		Ties	2 ^c				
		Total	27				
Métodos Anticonceptivos	DESPUÉS	Negative Ranks	0 ^a	.00	.00	-4.221 ^a	.000
	ANTES	Positive Ranks	23 ^b	12.00	276.00		
		Ties	4 ^c				
		Total	27				
ETS	DESPUÉS	Negative Ranks	3 ^a	10.63	42.50	-2.913 ^a	.004
	ANTES	Positive Ranks	19 ^b	12.29	233.50		
		Ties	5 ^c				
		Total	27				

a. DESPUÉS < ANTES

b. DESPUÉS > ANTES

c. ANTES = DESPUÉS

Con respecto al grupo uno, la hipótesis se cumplió en todos los temas revisados (adolescencia, pubertad, órganos sexuales, métodos anticonceptivos y ETS), es decir en los adolescentes de 11 a 13 años incrementó la información con la que contaban después de revisados los temas.

RESULTADOS DEL GRUPO DOS

TEMA			N	MEAN RANK	SUM OF RANKS	Z	Asymp. Sig. (2-tailed)
Adolescencia	DESPUÉS	Negative Ranks	5 ^a	10.90	54.50	-2.141 ^a	.032
	ANTES	Positive Ranks	16 ^b	11.03	176.50		
		Ties	7 ^c				
		Total	28				
Pubertad	DESPUÉS	Negative Ranks	4 ^a	7.38	29.50	-1.469 ^a	.042
	ANTES	Positive Ranks	10 ^b	7.55	75.50		
		Ties	14 ^c				
		Total	28				
Órganos Sexuales	DESPUÉS	Negative Ranks	2 ^a	13.00	26.00	-3.302 ^a	.001
	ANTES	Positive Ranks	20 ^b	11.35	227.00		
		Ties	6 ^c				
		Total	28				
Métodos Anticonceptivos	DESPUÉS	Negative Ranks	3 ^a	7.83	23.50	-3.880 ^a	.000
	ANTES	Positive Ranks	23 ^b	14.24	327.50		
		Ties	2 ^c				
		Total	28				
ETS	DESPUÉS	Negative Ranks	2 ^a	8.50	17.00	-4.146 ^a	.000
	ANTES	Positive Ranks	21 ^b	12.33	259.00		
		Ties	5 ^c				
		Total	28				

a. DESPUÉS < ANTES

b. DESPUÉS > ANTES

c. ANTES = DESPUÉS

En cuanto al grupo dos, la hipótesis se cumplió en los temas referentes a adolescencia, pubertad, órganos sexuales, métodos anticonceptivos y ETS. En conclusión la hipótesis se cumplió, pues hubo un incremento en la información sobre temas de sexualidad después de la impartición del curso.

CONCLUSIÓN Y PROPUESTAS

El período de la adolescencia, es una época de rápidos cambios y difíciles. El desarrollo físico es sólo una parte de este proceso, porque los adolescentes afrontan una gama de requerimientos psicosociales: independencia de los padres, consolidación de las cualidades necesarias para relacionarse con los compañeros de la misma edad, incorporación de una serie de principios éticos aplicables a la realidad práctica, fomento de las capacidades intelectuales y adquisición de una responsabilidad social e individual básica, por nombrar algunos.

A la vez que el adolescente se encara con tan compleja sucesión de eventos concernientes a su evolución como ser humano, debe dirimir su sexualidad aprendiendo el modo de adaptarse a los cambiantes sentimientos sexuales, escogiendo cómo participar en las diversas clases de actividad sexual y descubriendo la manera de identificar el amor. Un aspecto frecuente de la sexualidad en el adolescente, lo representan los sueños y las fantasías sexuales, muchas veces como elemento auxiliar de la masturbación. Las decisiones que toma el adolescente en la esfera sexual, son un reflejo de la disposición psicológica del sujeto, de sus valores personales, razonamiento moral, temor a las consecuencias negativas y participación en aventuras o amores románticos.

Gracias a que el servicio social forma parte de la experiencia profesional, es a través de el que se ponen en práctica los conocimientos adquiridos durante la carrera, además de que se pueden visualizar los problemas sociales en los que estamos envueltos, y permite conocer que elementos hacen falta para tener mayor preparación en la vida profesional.

Así en la realización del servicio social, se pusieron en práctica los objetivos generales del programa del servicio de la carrera de psicología, puesto que hubo el compromiso de detectar, intervenir y dar solución a un problema que se presenta a nivel nacional. Al mismo tiempo se cumplieron los objetivos del DIF Vicente Guerrero, ya que se diseñó un curso de educación sexual, dirigido a adolescentes, para ayudar a prevenir problemas sociales. Una vez realizado el curso, los adolescentes adquirieron información acerca de la sexualidad objetivo planteado por el programa del DIF. Finalmente, fue muy grato contribuir con la institución y poder ayudar a los adolescentes a resolver sus dudas acerca de los temas vistos y sobre todo saber que no caminaran con los ojos vendados, pues cuentan con armas para tomar decisiones que les ayuden a ser felices. El impacto que tuvo el programa Salud Sexual y Reproductiva Juvenil es importante, puesto que al tener la plática con los padres de los adolescentes que participaron en el curso, estos se notaron muy interesados en que se les hablara de sexualidad a sus hijos. A manera de conclusión, como se

mencionó en el marco teórico, hay sectores en los que la sexualidad ocupa un lugar muy significativo entre sus vidas. Gracias a esta apertura sobre hablar de temas de sexualidad, los significados hacia esta han cambiado, pues durante el desarrollo del curso los adolescentes se mostraron interesados en los temas, mostraron respeto hacia sus compañeros, dialogaron de una manera abierta, y compartieron experiencias personales que ayudaron a la retroalimentación.

El programa que propone el DIF es una guía para los adolescentes que buscan respuestas a sus inquietudes sexuales, dicho programa permite el acceso a información avanzada y veraz para que los adolescentes formen ideas y resuelvan sus dudas sobre el tema de la sexualidad, de esta manera cuentan con alternativas que les permitirán decidir lo que más les convenga de acuerdo a sus intereses. Sin embargo no basta con que se les informe y obtengan conocimientos, es muy cierto que la información que reciben es un factor indispensable pero insuficiente para que ellos incorporen las medidas preventivas en su comportamiento sexual, por ello es necesaria la movilización de actitudes y sobretodo el desarrollo de habilidades cognoscitivas y prácticas, se debe lograr que sean concientes y reflexionen para que actúen correctamente basados en la información y el conocimiento. Es decir se necesita de un cambio de actitud en la forma de ejercer la sexualidad, puesto que muchas veces se tiene la información pero no se tiene el hábito o la cultura de actuar en base a ella. Las posibles causas que impiden este cambio de actitud se pueden encontrar en el hecho de que no hay una serie de valores arraigados en esta etapa, muchas veces se actúa en base a la curiosidad por el simple hecho de experimentar y en otras ocasiones se actúa por la presión social del grupo de amigos al que pertenecen. Por eso se propone que se implementen y se impartan programas de educación sexual en el sentido de que propicien conductas basadas en la responsabilidad y la conciencia.

Una vez logrado esto, se verán resultados que favorecerán no sólo a nivel individual, sino a nivel social, en donde habrá una disminución de embarazos no deseados, abortos clandestinos, reducción de enfermos de VIH/SIDA, reducción en problemas psicológicos como; depresión, baja autoestima, ansiedad, suicidios y ETS, asimismo habrá una sociedad en donde no halla prejuicios y se respeten las preferencias sexuales.

De ahí que el psicólogo como educador de la sexualidad deberá actuar en base a la prevención; informando, formando y vivenciando para obtener un aprendizaje significativo, integrando el conocimiento hacia pensamientos libres y abiertos al cambio. Por ello se deben incorporar actividades educativas con ejercicios reflexivos, análisis de casos, simulación de situaciones y desarrollo de habilidades que mejoren la comunicación verbal y no verbal, fortaleciendo la

autoestima, y contribuyendo a la clarificación de valores y a la toma de decisiones principalmente. Se podrían invitar a los adolescentes que han pasado por situaciones de embarazos no deseados y a personas que han sido contagiadas por alguna enfermedad venérea, donde ellos expongan su caso y de esta manera los cursos o talleres sean a manera de vivencia.

No se puede seguir descuidando a los adolescentes, colocándolos por ignorancia sexual en situaciones de riesgo e incluso de muerte. La acción está en manos de las madres y padres de familia y de las autoridades educativas del país y de cada uno de los individuos que conforman la sociedad. Es básico evaluar los cursos y actividades que se llevan a cabo para saber como es que están funcionando estos y que impacto están teniendo en la población y en caso de ser necesario hacer modificaciones.

En general en el ámbito de la educación sexual hay todavía un gran abismo que se está tratando de erradicar, por lo que hago una invitación a la población en general para que comencemos a aprender y participar activamente.

De esta manera hago las siguientes **propuestas**:

Para el Programa del DIF “Vicente Guerrero”

- Qué se impartan nuevos proyectos de educación sexual y otros temas que sean de interés para sus comunidades aledañas, además de que se haga un seguimiento de dichos programas, para analizar los resultados y si es necesario hacer algunas modificaciones.
- Que tengan un psicólogo que trabaje de tiempo completo, el cuál ayude en la realización de programas de interés para la comunidad.

Para el Plan de Estudios de la FES-Zaragoza

- Que se incorpore en el plan de estudios, sobre todo en el área social y educativa programas que ayuden a resolver las problemáticas nacionales a las que nos enfrentamos día a día, entre ellas temas relacionados con la sexualidad.
- Que se les enseñe a los alumnos a ser más dinámicos, y más participativos en las problemáticas sociales.

En General

- Que en las escuelas se incorporen programas que hablen acerca de temas relacionados con la educación sexual, los cuales deben ser abordados por profesionales preparados en temas de

sexualidad (psicólogos, médicos, sexólogos), quienes actúen en base a la prevención; informando, formando y vivenciando para poder obtener un mejor resultado.

- Además, es muy importante la participación de los padres de familia quienes en ocasiones desearían informar debidamente a sus hijos sobre el desarrollo sexual, pero no saben como hacerlo, pues ya que dependiendo de la conducta que los padres adopten en el desarrollo sexual de las primeras etapas de la infancia, dependerá la confianza que sus hijos depositen en ellos y en su propia sexualidad. La educación sexual es un aspecto más de la educación y debe darse con naturalidad, sin perturbar el clima de confianza y comprensión que debe existir entre padres e hijos.
- Qué en todas las comunidades de México se den pláticas con respecto a la sexualidad, empezando con los padres de familia. Y aunque suena difícil por el hecho de que, puede ser que no haya suficiente personal para satisfacer la demanda, sería importante que a través de los medios de comunicación se incorporen programas de educación sexual.
- Proporcionar educación, capacitación y apoyo a los profesionales que trabajan en el ámbito de la salud sexual y campos relacionados como parte de su plan de estudios, promoviendo la sexología como un campo/disciplina profesional.
- Alfabetizar a la gente en sexualidad. Esto implica brindar el conocimiento cierto, objetivo y completo sobre todos los aspectos de la sexualidad humana, con la premisa de que sólo la realidad “tal cual es” permite la orientación inteligente en ella.
- Combatir, en consecuencia, los mitos, tabúes y supersticiones infinitos que ocupan el lugar del saber cierto y objetivo.
- Liberar a la gente de temores y angustias irracionales que la educación familiar y social eminentemente represiva aún cultiva en relación con el sexo.
- Facilitar el proceso de identificación sexual en niños y adolescentes mediante la revisión y el cuestionamiento de los papeles tradicionales, los cuales hasta ahora sólo han servido para consolidar la opresión secular de un género hacia otro.
- Ayudar a que los padres, los adultos y los educadores reconozcan la importancia de adoptar una actitud positiva ante la sexualidad humana y, en consecuencia, se capaciten para un manejo natural y cómodo de las situaciones que plantea dicha sexualidad.
- Ayudar a los padres y educadores a afrontar el desafío de una sociedad que bombardea a niños y adolescentes con estímulos eróticos y sexuales muy poderosos y bastante alienantes.

- Apoyar a adolescentes de ambos sexos para que afronten de manera crítica y autocrítica el ambiente que incita a un ejercicio cada vez más precoz y más compulsivo de la sexualidad incipiente.
- En síntesis: Aportar los conocimientos de “los hechos” y el esclarecimiento de “los valores” para que cada uno asuma el compromiso de orientarse a sí mismo sobre el sexo, de manera consciente, libre y responsable.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aguilar, G. (1994). Sexualidad y Adolescencia. México: Fundación Mexicana para la Planeación Familiar A.C.

Aguilar, J. & Mayén, B. (2001). La Salud Sexual y Reproductiva en la Adolescencia: Un Derecho a Conquistar. México: ISSSTE.

Aguilar, J. & Rodríguez, G. (1990). Sexualidad: Lo Que Todo Adolescente Debe Saber. México: SITESA.

Bantman, B. (1998). Breve Historia del Sexo. Barcelona: Paidós Iberica.

Becker, J. & Lettman, E. (1997). Integrando la Sexualidad en la Planificación Familiar: La Experiencia en Tres Proyectos de HIV/SIDA en América Latina y el Caribe. Quality-Population Council Quality.

Bergada, C. & Rivarola, M. (1986). Fisiopatología de la Pubertad. Ergon: Buenos Aires.

Burt, J. & Bower, L. (1992). Educación Sexual: Información y Planes de Enseñanza. México: Interamericana.

Castells, P. & Silber, T. (1999). Guía Práctica de la Salud y Psicología del Adolescente. México: Planeta.

Centro de Estudios para el Desarrollo Regional ([CEDER], 1997). Educación Sexual para Adolescentes. Perú: Arequipa.

Cerruti, S. (1990). Sexualidad Humana. Aspectos para Desarrollar Docencia en Educación Sexual. Uruguay: OPS.

Cerruti, S. (1998). Educación de la Sexualidad en el Contexto de la Salud Integral en la Adolescencia. Washington: OPS/Kellogg.

Cerruti, S. & Rodríguez, T. (1993). Adolescencia y Salud. Montevideo: Monteverde.

Comisión Nacional de Población ([CONAPO], 1982). La Educación de la Sexualidad Humana. México.

Comisión Nacional de Población ([CONAPO], 1994). Antología de la Sexualidad Humana. México: Porrúa.

Comisión Nacional de Población ([CONAPO], 1994). Lecturas Básicas sobre Educación de la Sexualidad para Maestros de Primaria y Secundaria. México: Fundación Mexicana para la Planeación Familiar, A.C.

Comisión Nacional de Población ([CONAPO], 2000). Cuadernos de Salud Reproductiva. México: FNUAP Fondo de Población de las Naciones Unidas.

Consejo Nacional de Prevención del SIDA ([CONASIDA], 1994). Comportamiento Sexual en la Ciudad de México (encuesta 1992-1993). México: Secretaría de Salud.

Consejo Nacional de Prevención del SIDA ([CONASIDA], 1999 15 de Junio). Boletín Epidemiológico Semanal. Dirección de Investigación.

Cortes, F. (1999). Uso, Conocimiento y Actitudes hacia Métodos Anticonceptivos en Adolescentes. Tesis. Facultad de Psicología UNAM.

De la Mora, G. (1997). Formación de Adolescentes. México: Continental, S.A.

Dulanto, E. (2000). El Adolescente. México: Mc Graw Hill.

Elu, M. & Langer, A. (1994). Maternidad sin Riesgos en México. México: Instituto Mexicano de Estudios Sociales.

Figuroa, A. (1993). El Enfoque de Género y la Representación de la Sexualidad. Serie: Cuadernos de Capacitación de Planificación Familiar. Núm. 1. México: Secretaría de Salud.

Funke, S. Gantier, M. & Olguin, P. (1982). La Sexualidad Humana en CONAPO. La Educación de la Sexualidad Humana. México: Sociedad y Sexualidad.

Greene, M. (2002). En Esta Generación: Políticas de Salud Sexual y Reproductiva para un Mundo Joven. Washington. D. C: Population Action Internacional.

Hernández, R. Fernández, C. & Baptista, P. (2001). Metodología de la Investigación. México: Mc Graw Hill.

Horrocks, E. (1990). Psicología de la Adolescencia. México: Trillas.

Ibáñez, B. (1995, 5 a 9 de Junio). Actividad Sexual y Práctica Anticonceptiva en Estudios Universitarios. Ponencia presentada en la V Reunión sobre la Investigación Demográfica en México.

Instituto Alan Guttmacher ([AGI], 1991). Aborto Clandestino: Una Realidad Latinoamericana. Nueva York: Autor.

Instituto Alan Guttmacher ([AGI], 1998). Into a new world, young womens sexual and reproductive lives. New York.

Instituto Mexicano de Investigación de Familia y Población ([IMIFAP], Septiembre de 1999). Sexualidad, Salud Reproductiva y Empoderamiento. Programa de Educación Integral para la Salud de las Mujeres en el Medio Rural.

Instituto Nacional de Estadística Geográfica e Informática ([INEGI] 2000). Resultados Definitivos del XXI Censo General de Población. México.

Instituto Nacional de Estadística Geográfica e Informática ([INEGI] 2001-2003). Estadísticas de Natalidad.

Instituto Nacional de Estadística Geográfica e Informática ([INEGI] 2005). Mujeres y Hombres en México, Aguascalientes.

Jensen, L. (1991). Sexualidad y Transmisión de la Vida. Santiago: Patris.

Liguori, A. (1994). Cultura y Prácticas Sexuales en los Trabajadores de una Construcción. México: Instituto Nacional de Salud Pública.

López, C. (1995). Aspectos Psicosexuales del Aborto. Salud Mental.

Martínez, J. (1985). La Revolución Demográfica en México. México: IMSS.

Masters, W. & Jonson, E. (1987). La Sexualidad Humana. Barcelona: Grijalbo.

Molina, R. Luengo, X. & Guardo, P. (1991). Adolescencia, Sexualidad y Embarazo. Serie Científica Médica. Chile: Centro de Extensión Biomédica, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

Monroy, S. (1991). Adolescencia. México: Trillas.

Organización Mundial de la Salud ([OMS], 1975). Instrucción y Asistencia en Cuestiones de Sexualidad Humana: Formación de Profesionales de la Salud. Ginebra.

Organización Panamericana de la Salud ([OPS], 2001). Promotion of Sexual Health. Recommendations fo Action, Pan American Health Organization, World Health Organization. Washington.

Padilla, E. & Silva, M. (1996). Sexualidad y Adolescencia. Tópicos en Biología. Santiago de Chile: Universidad Católica de Chile.

Pick de Weiss, S. (1996). Planeando Tu Vida. Programa de Educación Sexual para la Vida Dirigido a los Adolescentes. México: Siglo XIX.

Pick, W. & Vargas, E. (1992). Yo adolescente. Respuestas Claras a Mis Grandes Dudas. México: Planeta Mexicana.

Pignatiello, A. (2002). Orientación Individual en Salud Sexual y Reproductiva Adolescente. Caracas: AVESA.

Potts, M. (2001). Historia de la Sexualidad: Desde Adán y Eva. Madrid: Cambridge University.

Quijada, O. (1983). Diccionario Integrado de Sexología. Madrid, España: Alhambra.

Rivas, M. (1994). Cambios en la Sexualidad Femenina. Un Estudio de Tres Generaciones. México: The Population Council.

Rodríguez, cit en Aguilar, G. & Mayén, H. (1997). Hablemos de Sexualidad. México: MEXFAM.

Rodríguez, A. & Gutiérrez, M. (1992). Regulación Natural de la Natalidad. Madrid, España: Ciudad Nueva.

Rodríguez, G. Rivas, M. Amuchástegui, A. & Bronfman, M. (1995). Mitos y Dilemas de los Adolescentes en Tiempos del SIDA. México: Manual Moderno.

Saavedra, M. (1967). México en la Educación Sexual. México: Costa-Amic.

Salles, M. (1982). Adolescencia Normal en México. México: Asociación Mexicana de Pediatría.

Shadow, J. (1980). Reproducción Humana. Chicago: Yearbook Medical Publishers.

Secretaría de Educación Pública ([SEP], 1989). Programa de Modernización Educativa. México.
Secretaría de Salud ([SS], 1987). Encuesta Nacional sobre Fecundidad y Salud. México.

Secretaría de Salud ([SS], 1988, 27 a 28 Octubre). Memoria de la Reunión sobre Avances y Perspectivas de la Investigación Social en Planificación Familiar en México.

Segú, H. (1996). Educación Sexual en la Familia y en la Escuela. Argentina: Lumen.

Silber, T. (1995). La Iniciación Sexual de los Adolescentes. Curso de Medicina del Adolescente. México: Sociedad Mexicana de Pediatría.

Silva, M. (1994). Sexualidad y Adolescencia. Santiago de Chile: Universidad Católica de Chile.

Sistema para el Desarrollo Integral para la Familia ([DIF], 1998). Estudio de Niñas y Niños Adolescentes Trabajadores en 100 Ciudades. México.

Sistema para el Desarrollo Integral para la Familia ([DIF], 1999). Los 19 años, Edad Promedio para el Primer Embarazo. México: La Jornada, pp. 37.

Suehsdorf, A. (1993). Guía para la Educación Sexual. Argentina: Hormé.

UNAIDS/WHO ([Joint United Nations Programme on HIV/AIDS], 1998). Preventing Sexual Transmisión of HIV among young people. Report on the global AIDS epidemic. Ginebra, Suiza.

UNAIDS/WHO ([Joint United Nations Programme on HIV/AIDS], 2005). Cifras a Nivel Mundial sobre el VIH/SIDA. Ginebra, Suiza.

UNESCO (1990). La Sexualidad Humana y el Desarrollo Psicosocial. Venezuela.

Urbina, F. (1990). Adolescentes Reproductores. En Nuevo Arte de Amar: Usos y Costumbres Sexuales en México. México: Cal y Arena.

Uribe, P. (1994). La Prevención del SIDA entre las Trabajadoras del Sexo Comercial. Ponencia presentada en el taller "La Sexualidad en las Ciencias Sociales". México: El Colegio de México, 5 a 7 de Julio.

Vázquez, Z. (1981). Ensayos sobre Historia de la Educación. México: Colegio de México.

Vigil, P. (1994). Fertilidad de la Pareja Humana. Santiago de Chile: Universidad Católica de Chile.

Vink, J. (1980). La Virtud del Sexo. España: Zalla.

Zúñiga, E. & Zubieta, B. (2000). Cuadernos de Salud Reproductiva: República Mexicana. México: Consejo Nacional de Población.

ANEXO 1.

CUESTIONARIOS

Tema: Pubertad (Cuestionario 1)

(Hombres)

A). Señala si las siguientes afirmaciones son verdaderas o falsas:

- | | | |
|---|---|---|
| 1. En la niñez físicamente no hay grandes diferencias entre niños y niñas hasta la llegada de la pubertad. | V | F |
| 2. La pubertad es el período en el cual los órganos sexuales maduran. | V | F |
| 3. En los varones la pubertad se inicia antes que las mujeres. | V | F |
| 4. Las hormonas son las responsables de los cambios que ocurren durante la pubertad. | V | F |
| 5. Durante la pubertad hay un crecimiento corporal muy lento y gradual. | V | F |
| 6. La capacidad de erección del pene comienza en la pubertad. | V | F |
| 7. La eyaculación nocturna marca el inicio de la capacidad reproductiva del adolescente. | V | F |
| 8. La frecuencia de la eyaculación nocturna es la misma para todos los adolescentes. | V | F |
| 9. Las características sexuales masculinas como la aparición del vello en las axilas y en la cara (barba) ocurren antes que los cambios en los órganos genitales. | V | F |

(Mujeres)

A). Señala si las siguientes afirmaciones son verdaderas o falsas:

1. Durante la pubertad uno de los cambios físicos en las niñas es la aparición del vello púbico.

V	F
---	---

2. La aparición del botón mamario constituye el último de los cambios puberales en las niñas.

V	F
---	---

3. Algunos problemas de la columna vertebral tienen su origen en la mala postura corporal para ocultar el desarrollo de los pechos.

V	F
---	---

4. La función primordial del desarrollo mamario es permitir la lactancia.

V	F
---	---

5. La menarquia es un sinónimo de menstruación.

V	F
---	---

6. La fertilidad femenina está dada por la menstruación.

V	F
---	---

7. En las primeras menstruaciones siempre está ausente la ovulación.

V	F
---	---

8. Las mujeres que tienen relaciones sexuales pueden ser capaces de concebir un hijo desde las primeras reglas.

V	F
---	---

9. Hoy en día la menarquia en las mujeres ocurre más tarde que a comienzos del siglo.

V	F
---	---

10. La alimentación influye en la menarquia.

V	F
---	---

11. La menarquia suele ocurrir antes en las niñas delgadas.

V	F
---	---

12. No es correcto referirse a la menstruación como “estar enferma”.

V	F
---	---

13. Si la menstruación no ocurre a los 14 años es necesario consultar inmediatamente al médico.

V	F
---	---

Tema: Adolescencia (Cuestionario 2).

A). Señala si las siguientes afirmaciones son verdaderas o falsas:

- | | | |
|---|---|---|
| 1. La pubertad marca el inicio de la etapa de la adolescencia. | V | F |
| 2. La adolescencia es un período de preparación para integrarse al mundo adulto. | V | F |
| 3. En el aspecto emocional y afectivo los adolescentes son muy estables: los sentimientos no cambian con facilidad. | V | F |
| 4. La relación con los padres, hermanos y amistades no sufre mayores cambios en la etapa de la adolescencia. | V | F |
| 5. Las hormonas que están en la base de los cambios físicos, serán las responsables de despertar los impulsos sexuales en esta etapa. | V | F |
| 6. El surgimiento del deseo sexual es parte del sano desarrollo normal. | V | F |
| 7. La masturbación no es una etapa obligatoria en el desarrollo y aprendizaje de la sexualidad. | V | F |
| 8. Hay mecanismos como la eyaculación nocturna que permiten liberar la tensión sexual sin tener que recurrir a la masturbación. | V | F |

Tema: Órganos Sexuales (Cuestionario 3)

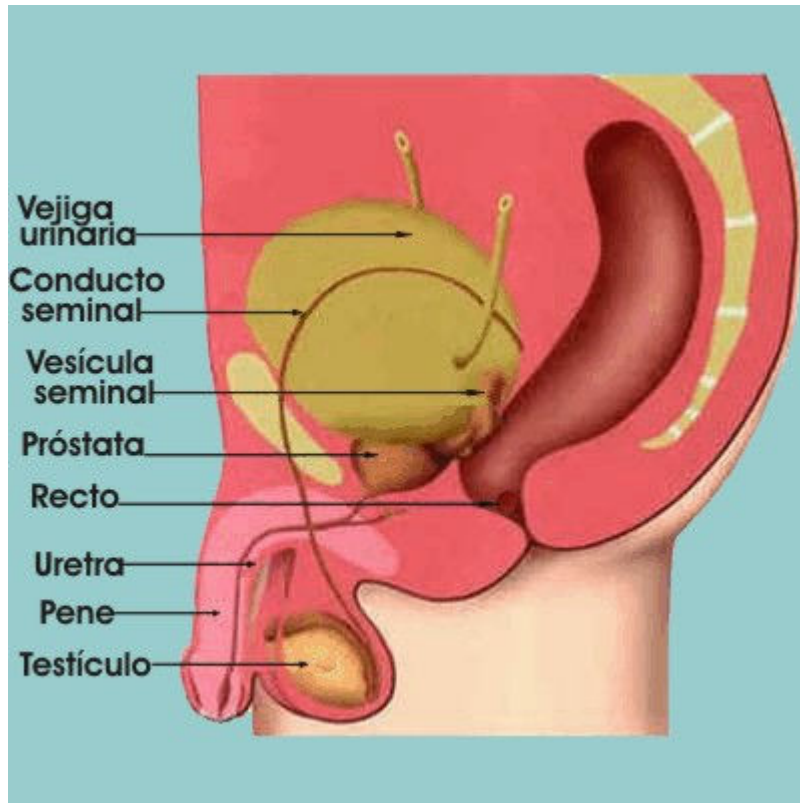
(Hombres)

A) Señala si las siguientes afirmaciones son verdaderas o falsas.

- | | | |
|--|---|---|
| 1. El hombre es fértil todos los días a partir de la pubertad. | V | F |
| 2. Las células sexuales masculinas son los testículos. | V | F |

3. Los testículos necesitan estar a una temperatura menor que la del cuerpo para que se produzcan espermios sanos. V F
4. Los espermios se producen desde la pubertad y durante toda la vida del hombre. V F
5. La cabeza del espermio contiene material genético, el cual transmite la información hereditaria. V F
6. El tamaño del pene es importante en la satisfacción sexual. V F
7. La uretra elimina el semen y la orina, aunque no en forma simultánea. V F
8. En algunos hombres el prepucio resulta demasiado estrecho y puede dificultar la eliminación de orina e interferir en la relación sexual. V F
9. La testosterona es producida por la próstata. V F
10. La testosterona es una hormona que permite el desarrollo de los genitales y determina los caracteres sexuales secundarios. V F

B) Ubica en el esquema los órganos del aparato genital masculino, que indican las flechas.



(1). VEJIGA

(3). CONDUSTO DEFERENTE

(5).ESCROTO

(7).PRÓSTATA

(9).TESTÍCULOS

(2). GLÁNDULA DE COWPER

(4). PENE

(6).VESÍCULA SEMINAL

(8).URETRA

(Mujeres)

A) Señala si las siguientes afirmaciones son verdaderas o falsas.

1. Los óvulos son las células sexualmente femeninas.

V

F

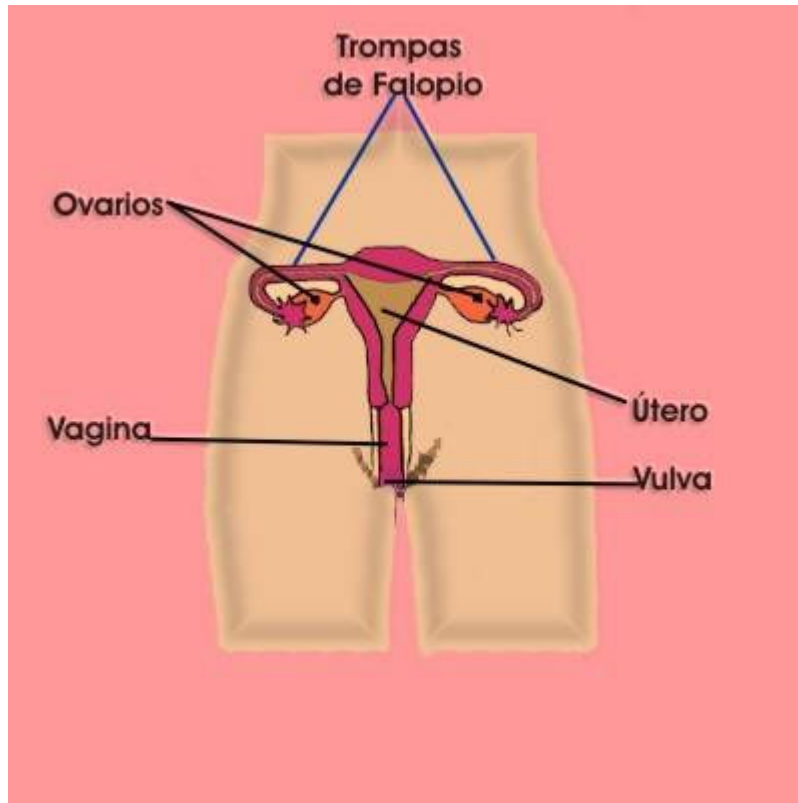
2. El óvulo liberado vive en promedio, aproximadamente 24 horas.

V

F

- | | | |
|--|---|---|
| 3. La fecundación del óvulo ocurre en el útero. | V | F |
| 4. Las mujeres liberan normalmente un óvulo al mes. | V | F |
| 5. La ausencia del himen en una mujer indica que ha perdido la virginidad. | V | F |
| 6. En el acto sexual el pene deposita los espermios en la vagina de la mujer. | V | F |
| 7. La vagina sirve, entre otras funciones, para eliminar la orina. | V | F |
| 8. La vagina sirve para eliminar flujo menstrual, recibe al pene en la relación sexual, y en el momento del parto ayuda a la expulsión del niño. | V | F |
| 9. El endometrio es un tejido que se elimina durante la menstruación. | V | F |
| 10. El clítoris es un importante centro de placer para la mujer. | V | F |
| 11. Cada ciclo menstrual comienza con el primer día de menstruación de la mujer. | V | F |
| 12. El óvulo fecundado puede anidar en las trompas de Falopio, pero no puede progresar su desarrollo. | V | F |
| 13. El estrógeno y la progesterona son producidos por el útero. | V | F |

B) Ubica en el esquema los órganos del aparato genital femenino, que indican las flechas.



- (1). TROMPAS DE FALOPIO
- (3). ÚTERO
- (5). ANO
- (7). ENDOMETRIO
- (9). RECTO

- (2). COLUMNA VERTEBRAL
- (4). URETRA
- (6). OVARIO
- (8). VEJIGA
- (10). VAGINA

Tema: Métodos Anticonceptivos (Cuestionario 4)

A) Señala si las siguientes afirmaciones son verdaderas o falsas.

1. El condón y el coitus interruptus son dos métodos en los cuales la responsabilidad en la aplicación recae más bien en los varones. V F

2. El coito interruptus es un método muy conocido y altamente efectivo en la prevención del embarazo. V F

3. El preservativo o condón elimina toda posibilidad de embarazo. V F
4. El condón tiene un porcentaje de fallos de alrededor de un 2% cuando se emplea para prevenir el embarazo. V F
5. La vasectomía no interfiere la capacidad del hombre de tener relaciones sexuales. V F
6. La vasectomía es una operación quirúrgica que deja a la persona estéril (sin capacidad de concebir un hijo) en forma permanente. V F
7. Siempre es posible revertir la vasectomía si la persona cambia de opinión y desea tener familia. V F
8. La píldora anticonceptiva suprime la menstruación en la mujer. V F
9. La píldora anticonceptiva es una combinación de hormonas. V F
10. La píldora es un método anticonceptivo libre de todo riesgo para la mujer. V F
11. Nunca se debe tomar anticonceptivos orales sin consultar al médico previamente. V F
12. Como método anticonceptivo, el diafragma requiere de un examen ginecológico y entrenamiento para su correcto uso. V F
13. El diafragma cumple una función espermicida (mata a los espermios). V F
14. Las cremas, espumas, jaleas y supositorios vaginales son métodos en los cuales la responsabilidad en la aplicación recae en los varones. V F
15. Las cremas, espumas, jaleas y supositorios vaginales por sí solas no son muy efectivas en la prevención del embarazo. V F

- | | | |
|--|---|---|
| 16. Es muy probable que los DIU sean abortivos. | V | F |
| 17. Los DIU no presentan ningún riesgo para la salud de las mujeres. | V | F |
| 18. La ligadura de trompas es una forma de esterilización permanente. | V | F |
| 19. Los métodos naturales, al igual que los artificiales, se basan en la abstinencia periódica de la actividad sexual. | V | F |
| 20. Los métodos compartidos requieren del compromiso de ambos esposos. | V | F |
| 21. El método del Ritmo es altamente efectivo para detectar el período de la ovulación. | V | F |
| 22. El método de Billings se basa en la detección del moco cervical que está presente en la vagina. | V | F |
| 23. La fertilidad sólo depende de la vida del óvulo. | V | F |

Tema: Enfermedades de Transmisión Sexual (Cuestionario 5)

A) Señala si las siguientes afirmaciones son verdaderas o falsas.

- | | | |
|--|---|---|
| 1. Las ETS se adquieren a través de contactos sexuales con personas infectadas. | V | F |
| 2. Las ETS sólo afectan a los varones. | V | F |
| 3. Afortunadamente, las ETS han ido disminuyendo en el tiempo, gracias al avance tecnológico. | V | F |
| 4. La mejor defensa para no contraer ETS es abstenerse de contactos sexuales antes del matrimonio y, luego de casados, mantener una relación de fidelidad para toda la vida. | V | F |
| 5. La gonorrea, clamidiasis y sífilis son ETS causadas por las bacterias. | V | F |

6. Algunas de estas enfermedades pueden pasar desapercibidas, porque la persona tiene síntomas muy leves, especialmente en el caso de las mujeres. V F
7. Las ETS de origen bacteriano son curables si son detectadas y tratadas a tiempo. V F
8. En la actualidad, todas las ETS tienen tratamiento médico. V F
9. Una persona que adquiere una ETS de origen viral (herpes genital, papiloma humano, Sida) será portadora de ella de por vida. V F
10. El virus del SIDA destruye el sistema inmunológico del cuerpo, que es el encargado de defender al organismo de todo tipo de infecciones. V F
11. La persona que tiene SIDA tiene el virus en su sangre, en el semen (en el caso del hombre) y en los flujos vaginales (si es mujer). V F
12. Se requiere de muchos contactos sexuales con una persona contagiada de SIDA para contraer la enfermedad. V F
13. El uso de preservativo o condón no evita el contagio del SIDA: sólo reduce el riesgo de contraer la enfermedad. V F
14. El virus del SIDA se adquiere igual que un resfriado o la gripe, por lo que no es recomendable tocar a una persona infectada. V F
15. Hay ciertos parásitos que se transmiten a través del contacto sexual. V F

**ANEXO 2.
PROPAGANDA**

**El D.I.F.
"Vicente Guerrero"**

Invita a todos los adolescentes entre 11 y 17 años que deseen
asistir al curso

**"EDUCACIÓN
SEXUAL
PARA
ADOLESCENTES"**

El cual tendrá inició el 7 de Junio del presente año en un horario de 15:00 a 17:00 hrs.

Inscripciones: 24 a 28 de mayo en las instalaciones del D.I.F.