

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL

AUTÓNOMA DE MÉXICO

CLAVE 8810- 25

**“LA EDUCACIÓN INTEGRAL DE LA SEXUALIDAD EN
ADOLESCENTES EMPACADORAS Y EMPACADORES DE
TIENDAS DE AUTOSERVICIO DEL DISTRITO FEDERAL”**

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA

LAURA CONCEPCIÓN CUEVAS MIGUEL

DIRECTORA DE TESIS

LIC. ESTHER VÁZQUEZ SILVA



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.

ÍNDICE

	Página
Introducción	3
1. El y la adolescente	7
1.1 Desarrollo físico	7
1.2 Desarrollo psicosexual	9
1.3 Desarrollo psicosocial	11
1.4 Sexualidad	14
2. Educación Integral de la Sexualidad	19
2.1 Componentes:	21
2.1.1 Género	21
2.1.2 Salud sexual y reproductiva	28
2.1.3 Ciudadanía sexual	39
2.1.4 Violencia	49
2.1.5 Diversidad	58
2.1.6 Relaciones y placer	64
3. Metodología	69
3.1 Justificación	69
3.2 Muestra	70
3.3 Variables	70

3.4 Planteamiento del problema	71
3.5 Objetivo	72
3.6 Hipótesis	72
4. Programa de educación integral de la sexualidad dirigido a adolescentes	73
4.1 Contexto	73
4.2 Programa desarrollado	73
4.3 Resultados de la aplicación del programa	74
4.4 Manual para la realización de sesiones de información y sensibilización sobre Educación Integral de la Sexualidad	78
Conclusiones y recomendaciones	123
Fuentes de consulta	126
Anexos	132
Anexo 1. Oficios para muestra.	133
Anexo 2. Carta programática.	135
Anexo 3. Formato para la evaluación de la calidad de las sesiones educativas.	140

Introducción

En México, la población juvenil es el grupo demográficamente mayoritario en el ámbito nacional, en el Distrito Federal representa cerca del 30 por ciento de la población; en el año 2010 el 19.6 por ciento de esta población tenía entre 10 y 19 años de edad (INEGI, 2010). La situación económica de una parte de esta población es desfavorable, por lo que cada vez más adolescentes, aun siendo menores de edad, se incorporan a la actividad productiva para colaborar con el sustento familiar. Éste es el caso de las y los adolescentes empaques que trabajan en tiendas de autoservicio, quienes son el sector más numeroso de menores trabajadores: mujeres 51.8 por ciento y hombres 44.5 por ciento (DIF-DF, 2000, p. 38). Ellas y ellos están cursando la educación secundaria y, además, trabajan lo que los sitúa en condiciones de desventaja respecto al resto de ese grupo poblacional, ya que limita el tiempo del que disponen para descansar, divertirse, practicar algún deporte o tener algún tipo de actividad educativa extra escolar. Al mismo tiempo tienen la ventaja de disponer de dinero para colaborar con el ingreso familiar y poder adquirir satisfactores personales muy apreciados a esta edad, como son: aparatos electrónicos (Ipod, Ipad, teléfono celular, videojuegos, etc.), ropa y calzado de moda, entre otras cosas.

Esta población de empaques y empaques en el Distrito Federal es beneficiaria de escasas estrategias educativas dirigidas a informar y sensibilizar acerca de la educación integral de la sexualidad, por lo que cuentan con poca información veraz acerca de: su sexualidad, sus derechos sexuales y derechos reproductivos, la violencia en el noviazgo, la prevención del embarazo y de las infecciones de transmisión sexual; el uso adecuado de métodos anticonceptivos, particularmente del condón y la anticoncepción de emergencia, como lo reflejó un estudio realizado en el año 2008 por la Coordinación de Capacitación Continua de la Subdirección de Promoción y Fomento para la Equidad, de la Dirección General de Igualdad y Diversidad Social (DGIDS), del Gobierno del Distrito Federal. Por lo general, sus dudas e inquietudes las dirigen hacia

su grupo de pares, quienes se encuentran en la misma situación. Consultar con algún adulto o adulta, puede resultar amenazante, les da vergüenza, no saben a dónde recurrir para solicitarla o a quién preguntar.

El estudio cualitativo, descriptivo y explicativo que se presenta en esta tesis, partió de un programa educativo cuyo propósito fue informar y sensibilizar a adolescentes de 14 y 15 años que se emplean como empacadoras y empacadores en tiendas de autoservicio del Distrito Federal. Se eligió esta población de adolescentes debido a la necesidad expuesta por personal de la DGIDS, a su patrocinio y a la oportunidad brindada por la Jefatura de Protección a Menores en el Trabajo, de la Subdirección de Protección a Mujeres y Menores en el Trabajo, adscrita a la Dirección para el Trabajo y la Previsión Social, de la Secretaría del Trabajo y Fomento al Empleo (STFE), del Gobierno del Distrito Federal. Se trabajó con una muestra conformada por 511 adolescentes, con quienes se realizaron 20 sesiones educativas.

La importancia de que las y los adolescentes estén informados y se sensibilicen respecto a su cuerpo, sus derechos sexuales y derechos reproductivos, al ejercicio de su sexualidad y, los riesgos y responsabilidades que implica, radica en que en unos años más tendrán que tomar decisiones respecto al inicio de su vida sexual, probablemente a asumir la maternidad o paternidad, al cuidado de su salud, a su futuro escolar y laboral, a su plan de vida, a formar una familia, etc. jugando en todo ello un papel fundamental los recursos de que dispongan relacionados con información, educación y autonomía para tomar decisiones razonadas y asertivas en beneficio propio. Lo que les dará la oportunidad de llegar a la adultez en mejores condiciones de vida (Zúñiga, 2008, p. 28). El trabajo educativo que se realice con ellas y ellos, favorecerá que posterguen la edad en la que se inicie la paternidad y maternidad, lo que posibilita una mayor preparación escolar, laboral, personal, emocional, económica e incluso física y fisiológica, toda vez que la mortalidad materna se ubica como la cuarta causa para las mujeres adolescentes (Zúñiga, 2008, p. 44).

Los dos ejes teóricos principales de esta tesis son el abordaje de la sexualidad desde el enfoque de su construcción social y el modelo educativo promovido por la International Planned Parenthood Federation (IPPF), llamado Educación Integral de la Sexualidad (EIS). Se eligieron debido a que son enfoques realistas, viables, probados y que permiten un abordaje holístico de la sexualidad y la educación sexual, al considerar que la sexualidad se conforma a partir de la influencia del entorno familiar, social, económico y político y no solamente como producto de la biología. El principal teórico de la construcción social de la sexualidad, afirma que ésta:

Es algo que la sociedad produce de manera completa. Es un resultado de distintas prácticas sociales que dan significado a las actividades humanas, de definiciones sociales y autodefiniciones, de luchas entre quienes tienen el poder para definir y reglamentar contra quienes se resisten. La sexualidad no es un hecho dado, es un producto de negociación, lucha y acción humanas (Weeks, 1998, p. 64).

La EIS permite no sólo informar a las y los adolescentes sino que, al ser un enfoque educativo y holístico, favorece la apropiación del conocimiento del cuerpo (más allá de lo fisiológico), del placer, los derechos sexuales y derechos reproductivos, los valores personales como el respeto por sí mismas y mismos y las demás personas. Asimismo, reconoce las necesidades afectivas, emocionales y físicas, lo que propicia el desarrollo de aptitudes para la vida como el pensamiento crítico, la comunicación, negociación y asertividad; la conciencia del auto desarrollo y la toma de decisiones sobre el cuerpo, la sexualidad y su vida en general; tomar la iniciativa para buscar ayuda cuando la necesiten; la capacidad de hacerse responsables de su persona y su cuidado, previniendo así conductas de riesgo con las que pueden llegar a un embarazo a temprana edad o adquirir infecciones de transmisión sexual (IPPF, 2005, p.2).

Los capítulos que conforman esta tesis son: *El y la adolescente*, en el que se presentan los principales cambios en el desarrollo físico, psicosexual y psicosocial, por un lado de las adolescentes y, por otro, de los adolescentes, toda vez que dichos cambios tienen distinto significado en unas y en otros, y se desarrolla el tema de sexualidad. En el segundo capítulo *Educación integral de la sexualidad*, se exponen los componentes temáticos de este modelo educativo: género, salud sexual y reproductiva, ciudadanía sexual, violencia, diversidad, relaciones y poder. En el tercer capítulo se presenta la *Metodología* empleada en el estudio cualitativo descriptivo y explicativo, que se presenta en esta tesis. En el cuarto capítulo, *Programa de educación integral de la sexualidad dirigido a adolescentes*, se presenta el contexto y el programa educativo desarrollado, así como los resultados obtenidos de la aplicación del programa, del que deriva un pequeño manual para la realización de sesiones de información y sensibilización sobre EIS.

Para la realización de esta tesis, se consultaron fuentes bibliográficas y hemerográficas, así como recursos electrónicos, principalmente consultas de Internet. Otra fuente de información utilizada, fueron los testimonios externados por las y los adolescentes durante las sesiones educativas realizadas.

1. El y la adolescente

La adolescencia es una etapa del desarrollo psicológico y psicosexual de los individuos, que marca el final de la infancia y el comienzo de un camino hacia la edad adulta. Los cambios fisiológicos de la pubertad y sus implicaciones psicológicas marcan su inicio.

1.1 Desarrollo físico

Cronológicamente, la Organización Mundial de la Salud ubica a la adolescencia entre los 10 y los 19 años de edad, y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) la divide en adolescencia temprana (de los 10 a los 14 años) y adolescencia tardía (de los 15 a los 19 años), aunque otros autores no consideran a ésta última en este rango de edad. La pubertad está ubicada en la adolescencia temprana, con el crecimiento del cuerpo y el despliegue hormonal y fisiológico, del que derivan cambios de gran trascendencia para hombres y mujeres. Estos cambios son vividos por el y la adolescente con placer y dolor toda vez que implican un descubrimiento asombroso cada día, una marcada curiosidad sexual y cierta inquietud acerca de si su desarrollo “es normal” o no, lo que puede llegar a ser preocupación. “Contempla con sentimientos alternos de fascinación, deleite y horror el crecimiento de su cuerpo” (Craig y Baucum, 2009, p. 348).

“La pubertad es la obtención de la madurez sexual y la capacidad de procrear” (Craig y Baucum, 2009, p. 351). Da inicio con la primera menstruación (menarquía) en el caso de las mujeres y la primera eyaculación en los hombres. Los cambios físicos, son originados por la actividad hormonal que se despliega en ellas alrededor de los 10 años y en ellos entre los 12 y los 13 (Craig y Baucum, 2009, p. 348), produciendo un crecimiento acelerado del cuerpo en general y de los órganos sexuales en particular.

En los hombres hay un aumento del tamaño de los testículos, el escroto y, posteriormente, del pene; se ensanchan los hombros y aparece vello en los genitales y en el rostro. En las mujeres crecen los senos, el útero, la vagina, la vulva y el clítoris, también se ensancha la cadera y crece vello en el pubis. En ambos sexos hay un aumento de tamaño de las glándulas sebáceas y de actividad en las mismas, por lo que algunos y algunas adolescentes presentan acné. Asimismo, aparece en la piel un nuevo tipo de glándula sudorípara, causante de un olor corporal más fuerte.

La diferencia entre los y las adolescentes, en cuanto a la edad en que llegan a la maduración fisiológica, puede tener distintos efectos en las mujeres y los hombres (Craig y Baucum, 2009, p. 353), mientras que para ellas el retraso en la maduración puede no significar un problema, ellos pueden vivirlo como una desventaja, toda vez que cuando sus amigos ya están creciendo y muestran la evidente presencia de la pubertad, ellos siguen teniendo un aspecto físico infantil, lo que puede impactar su autoestima de manera importante, al menos mientras su cuerpo alcanza la madurez esperada para su edad. Cuando la maduración es precoz, el resultado es distinto, el ser “el más alto” o “el más desarrollado” de su grupo los ubica en un status superior a los demás lo que, en general, favorece su autoestima. Como se mencionaba anteriormente, el caso de las mujeres es distinto, debido a que ellas maduran de manera natural aproximadamente dos años antes que los hombres, un retraso no las ubica en desventaja, porque “empatan” con ellos en la maduración. Cuando es precoz también pueden tener ventajas, por ejemplo al empezar a ser cortejadas por los chicos de mayor edad, lo que les da un status superior. Sin embargo, no todo es ventaja en ellas, porque la menstruación puede resultar una experiencia molesta, dolorosa y poco grata ya que las limita para la realización de algunas actividades, al menos mientras toman experiencia y pueden conducirse de manera natural y seguir realizando sus vida cotidiana.

Como una tendencia natural, el y la adolescente, se comparan continuamente con sus pares y con los modelos de hombre y mujer apreciados y promovidos socialmente, y a través de los medios de comunicación. Tanto las mujeres como los hombres tienen

preocupación por cubrir con las expectativas familiares y sociales respecto a la apariencia física, a la forma de actuar y conducirse dentro del hogar, en la escuela, con el grupo de amigos, etc. Sentir que no cumplen con lo esperado, particularmente en cuanto a la imagen corporal, puede generarles frustración, ansiedad e inseguridad que puede llevarlos al aislamiento, bajo rendimiento escolar o rebeldía, como un mecanismo de compensación o para descargar su frustración.

Cada adolescente revisa su imagen corporal y poco a poco va reconociendo su nuevo cuerpo, se va apropiando de él y desarrollando una identidad personal, propia, original, más autónoma e independiente, diferenciándose de su padre y su madre, figuras con las que tuvo un fuerte vínculo durante toda su vida anterior. Toda esta transformación interna y externa, puede llevar a las y los adolescentes a tener cambios constantes anímicos y conductuales, que muchas veces resultan inexplicables para ellas y ellos mismos.

1.2 Desarrollo psicosexual

José Aguilar (1996) expone el desarrollo afectivo y sexual en la adolescencia, partiendo de que el y la adolescente necesita forjarse una imagen propia y para ello debe dejar de lado lo que aprendió; se encuentra en una lucha interna entre la dependencia hacia su madre y su padre, en la que ha vivido durante toda su vida previa, y su deseo de independencia y autoafirmación. Para ello debe renunciar y separarse de sus primeros objetos de amor, su madre y su padre, y lo hace como puede, exagerando sus defectos, enojándose con ellos, discutiendo continuamente, "...los tiene que derrumbar para poner una distancia que le permita diferenciarse y lograr una identidad propia, y el desarrollo de una masculinidad o feminidad" (Aguilar, 1996, p. 110).

En la consulta clínica se puede observar que, frecuentemente, entre más estrecha, controladora o sobre protectora ha sido la relación con la madre o el padre (o ambos), la lucha de la o el adolescente es mayor, más intensa y la manifestación de su

autoafirmación suele ser más evidente, más determinante, incluso en ocasiones hasta explosiva.

Retomando a Aguilar, propone tres etapas en este desarrollo afectivo y sexual:

- **Egocentrista:** el amor que anteriormente estaba centrado en el padre y la madre, se vuelca sobre sí mismo o misma. La y el adolescente vive una sobrevaloración de su persona, una autopercepción exagerada, alejada de la realidad. Estos sentimientos también son dirigidos hacia el mejor amigo o la mejor amiga, a quien idealiza y admira. Lo mismo sucede con personajes o ídolos posicionados por los medios de comunicación "...con quienes se identifica para adquirir la fuerza que le permita reafirmar su papel e imagen ante los demás" (Aguilar, 1996, p. 110). Como un primer acercamiento a las personas del otro sexo, puede desarrollar un "amor platónico" hacia artistas o personajes públicos, ensayando así para dirigirse a un objeto amoroso heterosexual de la vida real.
- **Sentimiento heterosexual:** se incrementa la vida emocional, por medio de actividades heterosexuales, el y la adolescente explora el otro sexo y va desarrollando más la capacidad de amar y expresar la ternura.
- **Actividad sexual:** va de acercamiento físico, besos y caricias hasta la relación sexual, en la que satisface necesidades físicas y emocionales. En el encuentro sexual, la y el adolescente amplía sus canales de comunicación, pone a prueba su identidad personal y encuentra alivio a la presión del mundo exterior.

Una vez que la o el adolescente conjunta el amor tierno con el amor sexual, consolida una nueva identidad sexual a través de la elaboración de la masculinidad o la feminidad (Aguilar, 1996, p. 111).

Mientras se desarrolla todo ese proceso la y el adolescente, además, tiene que tomar decisiones, algunas simples y cotidianas y otras sumamente complejas para él o ella y

que tienen implicaciones para su vida futura. Esa toma de decisiones se ve influenciada por la información que tiene respecto a su sexualidad, lamentablemente muchas veces dirige sus dudas hacia su grupo de pares, que se encuentran en la misma situación. Consultar con algún adulto o adulta, puede resultar amenazante, le da vergüenza, no sabe a dónde recurrir para solicitarla o a quién preguntar. Las presiones sociales ejercidas por la familia, la religión, los amigos y los medios de comunicación, también intervienen en la toma de decisiones, porque promueven valores, opiniones y hasta decretos de lo que se debe hacer y lo que no se debe hacer. En realidad las y los adolescentes y jóvenes tienen que definir sus propios valores y creencias para, a partir de ellos, decidir y actuar de acuerdo a su propia escala moral. Digamos que toman de lo que se les ha dado y lo adecuan a su propio enfoque de vida. Hay que considerar que:

La adolescencia es una etapa que se caracteriza por la toma de decisiones impulsivas en situaciones críticas. Muchas veces el o la adolescente toma decisiones para demostrar su independencia, su masculinidad o su feminidad, o para sentirse adulto (Aguilar, 1996, p.115).

1.3 Desarrollo psicosocial

Esta etapa entre la niñez y la edad adulta se caracteriza por ser un periodo de crecimiento continuo y de profundas transformaciones biológicas, psicológicas y sociales que muchas veces generan crisis, contradicciones y conflictos. “Hay quien dice que las y los adolescentes viven tres duelos: la pérdida del cuerpo de niño o niña, la pérdida del rol social infantil y la pérdida del proteccionismo familiar que se da a las personas menores de edad” (Rodríguez, 2011, p. 81). Sin embargo, también puede vivirse como una oportunidad para la exploración y el aprendizaje, para aprender de la vida. “No es solamente un período de adaptación a los cambios corporales, sino una fase de grandes determinaciones hacia una mayor independencia psicológica y social” (Pineda y Aliño, 2002, p. 16).

Durante la adolescencia tardía (de los 15 a los 19 años), aunque los cambios principales ya se dieron, el cuerpo sigue desarrollándose y las funciones cerebrales también, como el pensamiento analítico y reflexivo, al igual que el control de impulsos. Se va consolidando la identidad de manera que conforme avanza en edad, el y la adolescente va teniendo más claridad en sus propias ideas y convicciones, dejando poco a poco de lado (sin hacerlo al cien por ciento) las opiniones de sus pares.

La adolescencia tardía es una etapa de oportunidades, idealismo y promesas. Es durante estos años que los adolescentes ingresan en el mundo del trabajo o de la educación superior, establecen su propia identidad y cosmovisión y comienzan a participar activamente en la configuración del mundo que les rodea (UNICEF, 2011, p. 6).

La cultura y las condiciones económicas, educativas, laborales y sociales determinan la forma en que se vive la adolescencia en cada región, país y entidad, incluso podemos decir que en cada sociedad, dependiendo del acceso a los distintos recursos o de la clase social a la que se pertenezca, no es lo mismo ser adolescente en la Región de la Montaña del estado de Guerrero, que en la ciudad de Guanajuato o en la colonia Polanco de la Ciudad de México. Podríamos decir que la adolescencia no se puede generalizar en todas las culturas; sin embargo, Pineda y Aliño (2002) afirman que las y los adolescentes, independientemente del país en que se desarrollan, presentan algunas características que llaman universales, entre las que destaca la:

Actitud social reivindicativa: en este período, los jóvenes se hacen más analíticos, comienzan a pensar en términos simbólicos, formular hipótesis, corregir falsos preceptos, considerar alternativas y llegar a conclusiones propias. Se elabora una escala de valores en correspondencia con su imagen del mundo (Pineda y Aliño, 2002, p. 18).

Es importante considerar que la adolescencia no necesariamente tiene que ver con un criterio de edad, sino con vivencias personales, familiares o sociales, como lo reflejó un estudio en el que se entrevistaron a adolescentes y jóvenes, realizado en la Unidad de

Investigación Epidemiológica y Servicios de Salud del Adolescente, del Instituto Mexicano del Seguro Social en la ciudad de Guadalajara, y reportado por Martha Villaseñor en el año 2008. Se encontró que:

Entre los indicadores tomados más a menudo como referencia [por las y los entrevistados] para decir si alguien estaba o no en la adolescencia se señalaron: ser estudiante de secundaria; aspectos del desarrollo corporal, sobre todo en relación con los caracteres sexuales; necesidades psico-afectivas, sociales y económicas como tener novio/a, salir solo/a, asistir a *antros*, tener más dinero para gastar; preferencias en relación con la indumentaria y la música; cambios en la manera de ser y de pensar; la inestabilidad emocional; el cuestionamiento de creencias, valores y normas y la postura de rebeldía contra el orden establecido (Villaseñor, 2008, pp. 83-84).

Con base en ello, se preguntó a las y los adolescentes y jóvenes entrevistados si una persona podía dejar de ser adolescente aunque tuviera la edad correspondiente, la mayoría respondió que sí. “Las circunstancias referidas fueron: trabajar, estar embarazada, tener hijos, unirse formalmente a una pareja con o sin matrimonio oficial, clavarse en las drogas, estar en la cárcel y dedicarse a la prostitución” (Villaseñor, 2008, p. 84). El mensaje es claro, algunas personas pueden considerarse adolescentes al tener entre 10 y 19 años de edad, pero las condiciones de vida señaladas las llevan a interrumpir su proceso adolescente para vivir como adultas con las responsabilidades que esto implica, estén o no preparadas para ello. Más adelante se hablará del embarazo en adolescentes y se precisará con mayor detalle sus implicaciones.

En esta tesis consideramos que una reflexión obligada para las y los adultos que tenemos contacto con adolescentes, ya sea en casa, en la escuela, en alguna actividad deportiva o artística, en el centro de salud o en alguna actividad de información y sensibilización sobre diversos temas, es identificar hasta dónde tenemos que adolescentes y jóvenes tomen su vida en sus manos. Tendemos a sobreprotegerlos desde pequeños, a pensar por ellas y ellos; asumimos que “todavía no pueden solos”.

Más adelante, cuando son púberes y luego adolescentes, los conceptualizamos como problemáticos, “no saben lo que quieren” los desacreditamos y nos instalamos en esa actitud, donde les damos ese mensaje cotidianamente en lugar de destacar todo el potencial maravilloso que tienen dentro de sí, por el simple hecho de ser quienes son y de estar viviendo esa etapa de la vida que los llevará de a poco a abrir el camino hacia su vida adulta. Tendemos a negar que han crecido, sobre todo cuando su independencia afecta directamente nuestro estilo de vida o nuestra posición de poder sobre ellas y ellos. Siempre será más fácil decirles lo que tienen que hacer, pensar por ellas y ellos, darles “instrucciones acerca de cómo deben vivir”, que propiciar que cuestionen, analicen, concluyan y tomen decisiones para su propia vida y acompañarles cuando nos lo permitan. Dejamos de ver que, promover la toma de decisiones en lo simple los ayudará a tomar “Las Decisiones de su vida”, esas, las más importantes las tomará estando sin nosotras y nosotros; las tomará estando consigo misma o mismo, encontrándose ante la posibilidad de beber alcohol, consumir alguna droga o tener relaciones sexuales. Ahí no estaremos presentes y ella o él decidirá qué hacer, con base en lo que ha logrado aprehender en el camino que ha andado con nosotras y nosotros. Esto puede amenazarnos porque podemos sentir que ya no somos indispensables para ellas y ellos y eso nos obliga a mirar hacia nuestra propia vida, a cómo la hemos vivido y en dónde hemos puesto las fuentes de nuestra satisfacción personal y motivación para vivir.

1.4 Sexualidad

Hablar de la sexualidad provoca una serie de pensamientos, sentimientos, emociones, fantasías y miedos, todos ellos significativos y ligados a las vivencias e historias personales. Casi nadie nos habló de la sexualidad y cuando alguien lo hizo fue en términos de las relaciones sexuales y aprendimos pronto que eso era tabú y debíamos ocuparnos poco del tema, particularmente si éramos menores de edad. Ya en la edad adulta, se hablaba un poco más de la sexualidad, pero asociada a la reproducción. Nos llevó mucho tiempo reconocer que:

El actor central de la sexualidad es un ser humano libre que enfrenta la necesidad de elegir, arriesgar, tomar decisiones, desear o amar, por voluntad propia y bajo su propia responsabilidad. La sexualidad es un asunto humano complejo y atractivo que las personas crean y recrean a lo largo de sus vidas, de manera prácticamente interminable (Chapela 2000, p. 51).

El estudio de la sexualidad ha tenido varios abordajes a lo largo de la historia, desde el siglo XIX hasta nuestros días. Algunas de las aproximaciones más importantes surgieron, desde luego, del psicoanálisis:

En la experiencia y en la teoría psicoanalíticas, la palabra *sexualidad* no designa solamente las actividades y el placer dependientes del funcionamiento del aparato genital, sino toda una serie de excitaciones y de actividades, existentes desde la infancia, que producen un placer que no puede reducirse a la satisfacción de una necesidad fisiológica fundamental (respiración, hambre, función excretora, etc.) y que se encuentran también a título de componentes en la forma llamada normal del amor sexual (Laplanche y Pontalis, 2004, p.401).

Aunque en su tiempo fue una aportación que revolucionó la conceptualización de la sexualidad de las personas adultas y puso en juego la sexualidad infantil, su abordaje estuvo más bien ligado a la fisiología de la sexualidad, en términos de que hay una pulsión sexual que es reprimida y luego liberada por el super yo. El abordaje de algunos psicoanalistas y otros estudiosos que les sucedieron, siguió suponiendo una especie de “imperativo biológico” restringido por la sociedad o la cultura.

Sin pretender hacer un recorrido del desarrollo del concepto de sexualidad, daremos un importante salto en el tiempo para describir otra aproximación de gran relevancia y que es uno de los ejes de esta tesis. Fue realizada por Jeffrey Weeks en 1998, quien trascendió las propuestas biologicistas sobre la sexualidad y planteó:

No quiero negar la importancia de la biología. La filosofía y morfología del cuerpo proporcionan las condiciones previas para la sexualidad humana. La biología condiciona y limita lo que es posible. Pero no es la causa de las formas de vida sexual... Prefiero ver en la biología una serie de potenciales que se transforman y adquieren significado sólo en las relaciones sociales (Weeks , 1998, p. 63).

De esta forma, Weeks habló de la construcción social de la sexualidad, poniendo la atención en que la sexualidad está configurada por fuerzas sociales, “De hecho, yo diría incluso que la sexualidad sólo existe a través de sus formas sociales y su organización social. Además, las fuerzas que configuran y modelan las posibilidades eróticas del cuerpo varían de una sociedad a otra” (Weeks, 1998, p. 63). Desde este enfoque, cada sociedad o grupo cultural clasifica distintas prácticas como apropiadas, inapropiadas, morales, inmorales, saludables o enfermas. “Estas reglas con frecuencia son más aceptables como normas abstractas que como guías prácticas. Pero determinan los permisos, las prohibiciones, los límites y las posibilidades a través de las cuales se construye la vida erótica” (Weeks, 1998, p. 66).

En su propuesta, Weeks destaca que la sexualidad:

Es algo que la sociedad produce de manera completa. Es un resultado de distintas prácticas sociales que dan significado a las actividades humanas, de definiciones sociales y autodefiniciones, de luchas entre quienes tienen el poder para definir y reglamentar contra quienes se resisten. La sexualidad no es un hecho dado, es un producto de negociación, lucha y acción humanas (Weeks, 1998, p. 64).

Incluye cuatro factores cruciales de la sexualidad, que son:

- 1. Los sistemas familiares:** aluden al parentesco que, aunque tiene relación con los procesos biológicos familiares, los trasciende y se refiere a la regulación de la reproducción de las personas que conforman una familia (Rodríguez, 2011,

p. 65), así como a la manera en que se organizan para vivir y convivir. Cada familia establece normas de vida para regular la convivencia, el intercambio cotidiano, las diversas actividades dentro el contexto familiar, e incluso la manera en que se expresarán las ideas, preferencias, miedos, afectos, etc. Los miembros de una familia conservadora y los de otra uniparental, una establecida como una sociedad de convivencia o un matrimonio entre personas del mismo sexo, se desarrollarán de manera diferente, toda vez que las regulaciones de una y otra son completamente distintas. Por ello es que en los últimos años se ha gestado todo un movimiento a favor de cambiar el término “Familia” por el de “Familias” favoreciendo la apertura de pensamiento y la tolerancia y respeto por las familias conformadas con una estructura distinta a la convencional.

2. **La organización económica:** los individuos necesariamente estamos integrados en un sistema económico que cruza nuestras vidas y, por ende, nuestra sexualidad; que determina las maneras en que nos relacionamos con el entorno y como establecemos nuestra identidad y encontramos nuestro lugar dentro de la sociedad y, a partir del cual, establecemos vínculos de cualquier tipo, incluso amorosos. No es lo mismo vivir en un medio económicamente marginal, que en uno más favorecido. Las prácticas sexuales de uno y otro sector no serán las mismas, ni la vivencia personal de los hombres y las mujeres que los conforman. La liberalidad con la que se asume la sexualidad está en relación con el estrato socioeconómico en que se desarrolla el individuo (Rodríguez, 2011, p. 75). Posteriormente, cuando abordemos el tema de embarazo en adolescentes, expondremos cómo un embarazo temprano puede resultar deseado o no deseado, dependiendo del estrato socioeconómico en el que habita la mujer que se embaraza. Así de trascendente es el factor económico en la vida de las personas.
3. **Las regulaciones sociales:** son las ideas, creencias y valores, particularmente en relación a la moral sexual, que establecen las instituciones como la iglesia,

el Estado, la escuela, las instituciones de salud y, en las décadas más recientes, los medios de comunicación electrónica, para regular la sexualidad y las prácticas sexuales. Dichas regulaciones se han transmitido de generación en generación, para sostener el control de lo que está permitido y lo que es prohibido. Cada institución enfocada en su labor, ha contribuido con distintas regulaciones y la sociedad y los individuos nos conducimos de acuerdo con ello o nos rebelamos frente a lo establecido y conformamos nuestra propia forma de vida. De una y otra manera, no nos alejamos de las regulaciones sociales propiamente tales, porque simplemente ser el referente para elegir no seguirlas, ya es reconocer el lugar que tienen en la definición de las personas de esa sociedad y cultura.

- 4. Las intervenciones políticas:** son los referentes de oposición y resistencia frente a los códigos morales impuestos y que tenemos en todas las sociedades, que han surgido principalmente desde sectores de la población que han vivido la marginación, segregación, discriminación e incluso, persecución; no sólo por parte del Estado, sino de los individuos que conforman la sociedad. Ejemplo de ello son los movimientos sociales y políticos como el feminismo y el movimiento de los colectivos LGBTTTTI (Lésbico, Gay, Bisexual, Transgénero, Transexual, Travesti e Intersexual). Estos movimientos políticos de resistencia han impulsado el ejercicio y defensa de los derechos sexuales y reproductivos. Desde luego que en contraparte, han surgido movimientos retardatarios que niegan los derechos sexuales y que abordan la educación sexual desde un punto de vista conservador (Rodríguez, 2011, p. 79), aun cuando haya evidencia de que esos modelos son ineficaces.

“En conclusión, lo que conocemos como ‘sexualidad’ es producto de esas múltiples influencias familiares, económicas y discursivas, así como de las intervenciones políticas. Nuestra sexualidad no existe fuera de la historia, sino que es producto de las construcciones de cada sociedad” (Rodríguez, 2011, p. 80).

2. Educación Integral de la Sexualidad

La educación sexual se ha abordado desde distintos ángulos y contextos: educativo, social, de salud, familiar, etc. Ha habido planteamientos que van desde enfoques conservadores que promueven la abstinencia, hasta otros más progresistas que defienden la información, promoción y dotación de métodos anticonceptivos y de protección frente a infecciones de transmisión sexual entre las y los adolescentes y jóvenes, así como la defensa del acceso a la interrupción legal del embarazo por decisión de la mujer.

Una aproximación a la educación sexual, que parte de la perspectiva de la construcción social de la sexualidad (expuesta en el capítulo anterior de esta tesis), sostiene que se debe ir más allá de la información y considerar que las y los educadores también participamos de dicha construcción, al formar parte del contexto social, educativo e histórico de las y los adolescentes y jóvenes con quienes trabajamos, como lo plantean Amuchástegui y Rodríguez (s/f):

De ahí que podamos hacer otras dos recomendaciones totalmente relacionadas, una a nivel personal y otra a nivel del trabajo profesional en educación sexual. La primera sería el poder hacer una revisión permanente, reflexiva, sensata y comprensiva de la propia vida sexual. Ello brindaría elementos para saber mejor cómo participamos como sujetos de la sexualidad en la actualidad. La segunda, sería el generar estrategias educativas que den a nuestros educandos herramientas para asumirse como sujetos de una sexualidad socialmente construida, y para reflexionar, debatir y elegir las maneras y caminos por los cuales puedan llevar su vida sexual (Amuchástegui y Rodríguez, s/f, pp. 103-104).

De esta manera las actividades encaminadas a la educación sexual, deberían incluir como uno de los objetivos, el empoderamiento de las y los adolescentes y jóvenes, para que ejerzan su autonomía y elijan lo que quieren y pueden hacer con su experiencia sexual.

En este enfoque se considera de suma importancia que en cualquier actividad sobre educación sexual, se definan los valores a partir de los cuales se abordarán las temáticas, así como:

Si, por ejemplo, lo que deseamos fomentar es la tolerancia, el respeto a la diversidad, la equidad, la autonomía de las personas, entonces tendremos que generar las estrategias educativas a partir de las cuales busquemos influir para desarticular las desigualdades existentes, reformular nuevas maneras de convivencia y re-crear, en el sentido de volver a crear, relaciones diferentes (Amuchástegui y Rodríguez, s/f, p. 103).

El segundo eje de esta tesis es un modelo educativo promovido por la International Planned Parenthood Federation (IPPF), llamado Educación Integral de la Sexualidad (EIS), que toma en cuenta las relaciones de poder que influyen la toma de decisiones en torno a la vida sexual "... y los resultantes impactos emocionales, mentales, físicos y sociales en el desarrollo de cada persona" (IPPF, 2005, p. 1). Esta federación parte de que todas y todos los adolescentes y jóvenes tienen derecho a la información sobre su sexualidad, su salud sexual y reproductiva y a tomar decisiones propias al respecto; sin embargo, sucede comúnmente que en el ejercicio de ese derecho, en ocasiones la información que se les proporciona es ambivalente. Por ejemplo acerca de las relaciones sexuales a temprana edad, por un lado se les considera inapropiadas y se les asocia con culpa, temor y riesgo de contraer alguna infección sexual, particularmente por parte de la familia, la escuela y la religión; por otro, los medios de comunicación saturan de estímulos sexuales a adolescentes y jóvenes y algunos círculos sociales, como grupos de amistades o compañeros y compañeras de escuela, las promueven como algo deseable que incluso les da cierto status dentro del grupo de pares; por lo que en ocasiones ejercen una franca presión,

sobre todo en los hombres aunque cada día es mayor la apertura de las mujeres para reconocer que son sexualmente activas.

Este modelo educativo plantea la importancia de que dicha información sea accesible para niñas, niños, adolescentes y jóvenes, de acuerdo a su edad y etapa de desarrollo; debe promover que sientan confianza y que estén cómodas y cómodos con su propio cuerpo y con su sexualidad, al margen de que tengan o no una vida sexual activa e independientemente de su orientación sexual.

La EIS promueve en las y los jóvenes y adolescentes el desarrollo de habilidades y aptitudes para saber cuándo tener relaciones sexuales y negociar en qué condiciones, qué prácticas sexuales desean y cuáles no, así como el uso de métodos anticonceptivos y de protección frente a las infecciones de transmisión sexual, desde la primera relación sexual. "... busca equipar a la gente joven con conocimientos, aptitudes, actitudes y valores que necesitan para determinar y gozar de su sexualidad – física y emocionalmente, a nivel individual y en sus relaciones" (p. 3).

2.1 Componentes de la Educación Integral de la Sexualidad

Al ser incluyente, este modelo educativo propone siete componentes que abarcan aspectos clave en la vida de las personas que, aunque no todos tienen que ver con su desarrollo personal, sí debemos considerarlos, toda vez que lo afectan e incluso lo vulneran:

2.1.1 Género

Así como la sexualidad se construye a partir de lo social, el género también se encuentra articulado con la historia de cada individuo a partir de lo familiar y social. De este modo, como lo ha señalado Marta Lamas (2000), el género es la construcción social de la diferencia sexual, es decir, a partir del sexo con el que nacemos, se nos

perfila hacia lo que la familia y la sociedad en general espera de nosotras y nosotros, como se comentó en esta tesis al abordar el tema de El y la adolescente. Ha habido distintas aproximaciones al estudio del género, cómo se estructura en la personalidad y las implicaciones sociales en ello. Graciela Hierro (2003), importante filósofa feminista, refirió que el género: "...Es la interpretación del significado social del hecho biológico de haber nacido hombre o mujer". De este modo, el sexo es un fenómeno natural y el género está condicionado por la cultura (Hierro, 2003, p.5). Otra aproximación más que reafirma esta conceptualización cultural del género, la planteó en 2008 el Consorcio Latinoamericano de Anticoncepción de Emergencia: "El género es la construcción social que se hace de lo que "deben ser" mujeres y hombres, y a partir de la cual se establecen, no sólo las diferencias sino también las desigualdades entre los sexos" (Consortio Latinoamericano de Anticoncepción de Emergencia, 2008, p. 13). Esta definición es importante ya que señala no sólo las diferencias, sino las desigualdades que se han pretendido justificar a partir de las diferencias anatómicas; sin embargo, lo que sucede realmente es que las diferencias relevantes, las que marcan nuestras vidas desde temprana edad, son las impuestas por la sociedad y la cultura imperante en los distintos ámbitos, niveles socioeconómicos, grupos étnicos y en distintos momentos históricos. En esta tesis partimos, esencialmente, de esta construcción cultural del género.

Psicológicamente hablando, podemos mencionar tres componentes del género (Rodríguez, 2011, pp. 14-15.):

- 1. La atribución o asignación de género:** sucede en el momento del nacimiento. A partir de la apariencia externa de los genitales de la o el recién nacido, se le nombra mujer u hombre.
- 2. La identidad de género:** se establece entre los dos y los cuatro años, casi asociada con la adquisición del lenguaje y anterior al conocimiento de la diferencia anatómica entre ambos sexos. Es un proceso en el que cada infante conoce si es femenina o masculino, es decir, a qué género pertenece, y este conocimiento lo lleva a identificarse con todas sus

manifestaciones, a través de los juegos, comportamientos, sentimientos, etc. propios de su género. “Después de la identidad de género, cuando un niño se sabe y asume como perteneciente al grupo de lo masculino y una niña al de lo femenino, ésta se convierte en un tamiz por el que pasan todas sus experiencias”.

- 3. El papel o rol de género:** está conformado por el cúmulo de mensajes explícitos e implícitos que la familia, la sociedad, la religión, los medios de comunicación, la cultura en general, dictan respecto a lo esperado del comportamiento femenino y del masculino, lo que deben ser, hacer, decir e incluso pensar hombres y mujeres. Por ejemplo, como las mujeres dan a luz a las y los hijos y les atienden y cuidan, se les confiere una serie de características relacionadas con lo maternal, lo doméstico y lo privado en contraposición de lo masculino, que es lo público.

Una importante aproximación al estudio del género la realizó una historiadora estadounidense Joan W. Scott (1996), que definió al género como: “...un elemento constitutivo de las relaciones sociales basadas en las diferencias que distinguen los sexos. El género es el campo primario dentro del cual o por medio del cual se articula el poder” (Scott, 1996, p. 287). Ella plantea que el género comprende cuatro elementos relacionados entre sí:

- **Símbolos culturalmente disponibles:** se refiere a las producciones culturales a través de las cuales se transmiten de generación en generación (implícita o explícitamente), los mensajes que proporcionan la concepción de lo masculino y lo femenino: los mitos de origen, el lenguaje, el arte, el vestido, el baile, los juguetes, el prestigio, etc:

Se alude a oposiciones que contienen múltiples significaciones en relación con la diferencia entre los sexos, vinculaciones simbólicas que separan lo masculino, lo vital, lo fuerte y lo luminoso por un lado; y lo femenino, lo mortal, lo débil y lo oscuro del lado opuesto (Rodríguez, 2011, p.21).

- **Conceptos normativos:** son las interpretaciones de los significados de los símbolos. Son las "...doctrinas religiosas, educativas, científicas, legales y políticas, que afirman categóricamente y unívocamente el significado de varón y mujer, masculino y femenino" (Scott, 1996, p. 287). En todos los contextos en que nos desarrollamos está presente la normatividad de género, el "deber ser" de hombres y mujeres. Un ejemplo de ello son los medios de comunicación, que reproducen esquemas favorecedores de la inequidad entre los géneros. Muestran estereotipos por un lado de mujeres ingenuas y abnegadas y, por otro de mujeres villanas y frívolas; de esta manera usan el cuerpo femenino como objeto de consumo. La figura masculina también es usada para reproducir al hombre deportista, activo, jovial, impositivo, poderoso y dominante (Rodríguez, 2011, pp. 25-26).

Otro ejemplo, por demás importante, es la pretensión de algunas religiones, de hacer pasar como "diferencia natural" la inequidad genérica que promueven a través de sus enseñanzas, ponderando el papel "maternal" de las mujeres y otorgando la responsabilidad del sustento de ellas y sus hijos e hijas al varón, quien además posee el poder (de decisión, de otorgar permisos, de disciplinar) sobre la familia y su esposa. La mujer debe ser sumisa, abnegada e incluso obediente para ser "bien vista" a los ojos de Dios, debe entregar su vida al cuidado y educación de su descendencia.

- **Nociones políticas:** incluye a las instituciones y organizaciones sociales como la familia, el mercado laboral que tiene una marcada división por sexo, la escuela, la salud, la economía y el sufragio. Revela cómo estas instituciones y organizaciones han moldeado las experiencias vividas por las mujeres, en relación con las que han vivido los hombres y del establecimiento de las jerarquías sexuales en las que el poder se ha distribuido de manera desigual desfavoreciendo, obviamente, a las mujeres (Rodríguez, 2011, p.22).

El mercado laboral merece una mención aparte, toda vez que es un terreno donde las cargas de trabajo y la remuneración no son equitativas entre hombres y mujeres. Además, el hecho de realizar trabajo extra doméstico, no exenta a las mujeres de la responsabilidad del trabajo doméstico, que ha recaído por generaciones en ellas (Rodríguez, 2011, p. 22). Es de llamar la atención la manera en que ellas mismas nombran la colaboración del varón en los deberes domésticos, suelen decir “él me ayuda (a lavar trastes, bañar hijos e hijas, lavar ropa, etc.)”, del mismo modo que ellos refieren, cuando sus parejas realizan trabajo extra doméstico, por ejemplo en una oficina, “ella me ayuda” (refiriéndose al sostenimiento de la familia). De esta manera, aun cuando en años recientes los varones se han integrado a algunas actividades de índole doméstico o propias de la crianza, se sigue reproduciendo la creencia de que somos las mujeres las responsables de dicho trabajo y que ellos “ayudan”.

- **Identidad subjetiva:** se refiere al mundo interno, a los sentimientos y deseos producto de la construcción de una identidad femenina o masculina. Evidentemente que ese mundo interno se construyó a partir de las experiencias vividas en el entorno familiar, social, económico, político, religioso, etc. La identidad subjetiva del género tiene un componente importante de la historia personal de cada individuo y múltiples componentes sociales y culturales. En esa complejidad se es hombre y se es mujer (Rodríguez, 2011, p. 27).

Como podemos ver, la sexualidad y el género están completamente vinculados. La sexualidad y la manera como la ejercemos nos lleva a evocar al género, toda vez que, debido a éste y a lo que se espera de hombres y mujeres, es como cada individuo se relaciona consigo mismo, con su entorno y en su relación de pareja, desplegando su ser mujer o ser hombre y, lamentablemente, muchas veces desdibujando sus deseos, necesidades, realidades y derechos, al introyectar el discurso de lo que se espera de lo femenino y lo masculino.

En el año 2007, el Instituto Mexicano de la Juventud realizó la Encuesta Nacional de Violencia en las Relaciones de Noviazgo, con jóvenes de 15 a 24 años de edad. Se encontró que las y los jóvenes que participaron en la encuesta, tienen un concepto estereotipado de los roles femenino y masculino, en cuanto a la agresividad, infidelidad y el cuidado del hogar y de los hijos e hijas. 33.4 por ciento de ellos y 36.8 por ciento de ellas considera que “el hombre es infiel por naturaleza”, sorprende un poco que sea mayor el porcentaje de mujeres que tienen esa opinión. En cuanto al rol reproductivo de la mujer, 35.8 por ciento de las y los jóvenes opina que “la mujer tiene mayor capacidad para cuidar a los hijos enfermos”. En relación con el rol de proveedor del hombre, el 59 por ciento de hombres y mujeres percibe que “un buen hombre es el que provee económicamente a su familia”.

El estereotipo de género dice que las mujeres debieran negar el ejercicio de su sexualidad, desatender sus necesidades y deseos para responder a las necesidades de los hombres, en ocasiones da la impresión de que fueron educadas para complacer a otros y no a sí mismas. Más que enfocarse al goce de su sexualidad, a las mujeres las encaminan desde la familia, a la maternidad y al cuidado de los demás, aunque tengan estudios universitarios o un trabajo próspero, siempre la familia y la sociedad les recuerda ese encargo social. Claro está que muchas mujeres logran evadir el cumplimiento de ese rol de género, pero todavía son muchas quienes lo reproducen y perpetúan. Al introyectar el mensaje de evitar el disfrute del cuerpo y de su sexualidad, las mujeres pueden desarrollar problemas en cuanto al conocimiento de su cuerpo, del placer, de lo que les gusta y lo que no les gusta en una relación sexual, de lo que les hace sentir bien y mal; identificarlo puede ser complicado y comunicarlo a la pareja sexual, aún más. Asimismo, pueden tener poco interés o sentir vergüenza para buscar información acerca de cómo protegerse de un embarazo no deseado o de una infección de transmisión sexual (ITS), incluso pueden tener severos problemas para negociar con su pareja sexual cosas tan importantes como el uso del condón, cuándo tener relaciones sexuales y dónde, qué prácticas sexuales realizar y cuáles no, etc.

Esta realidad afecta a mujeres y hombres, no son sólo ellas las que padecen el encargo social impuesto a su género, también ellos se ven afectados porque, aunque

tienen mayor libertad en varios ámbitos como el sexual, tienen una exigencia familiar y social que llega a ser personal una vez que la han introyectado. Lamentablemente su cumplimiento muchas veces va de la mano de negar la sensibilidad, la expresión de las necesidades, afectos y deseos y no sólo eso, sino que, por ejemplo en el ámbito sexual se les tipifica como “los activos” los que deben tomar la iniciativa para tener relaciones sexuales, son ellos los que deben “conducir” a la mujer, etc. y entre más experiencia tengan son más apreciados por sus pares; sin embargo, detrás de este mensaje estereotipado, íntimamente pueden surgir temores, angustia, inseguridad e incluso un cierto hartazgo, debido a que siempre deben estar dispuestos a tener relaciones sexuales para que su “hombría” no sea cuestionada. El hecho de que “deben” tener un conocimiento pleno de lo que implican las relaciones sexuales y “deben” tener un desempeño sexual que los convierta en “buenos amantes” puede ocasionar que muchos hombres no sólo eviten la cercanía física sino que, incluso, la teman.

Esta exigencia de “hombría”, valentía, arrojo, fuerza y dominio, ha ocasionado por generaciones que los hombres jóvenes desarrollen una tendencia a vivir situaciones de riesgo que les permitan demostrar esos atributos tan preciados, porque les dan prestigio social. Dichas situaciones generalmente son derivadas de la violencia y el consumo de alcohol y drogas, conductas que siguen teniendo una mayor incidencia entre hombres que entre mujeres. Esos riesgos en ocasiones terminan en muertes violentas, como aquellas provocadas por accidentes, que en ellos se presentaron en un 37.7 por ciento y en ellas en un 19.4 por ciento como se muestra en las Estadísticas Vitales 2006, publicadas por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). Aunque en ambos es la primera causa de muerte, hay una diferencia importante en la incidencia. La segunda causa de muerte en los varones jóvenes son las agresiones, que se presentan en un 15.4 por ciento; en las mujeres jóvenes ocupan el cuarto lugar, con un 5.5 por ciento. Nuevamente la diferencia es amplia. Otra diferencia en la muerte juvenil es la relacionada con el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y Síndrome de Inmunodeficiencia Humana (Sida), que es la quinta causa de decesos en hombres adolescentes, en tanto que en las mujeres no tiene un lugar destacado como causa de decesos, aunque esta tendencia está modificándose (Rodríguez, 2011, p. 35). Esta diferencia puede deberse por un lado a los hombres que tienen sexo con hombres

(HSH), que es la prevalencia de la epidemia en la región a la que pertenece nuestro país y, por otro a que los hombres tienen una mayor libertad sexual y por ende, un mayor número de parejas sexuales y, si consideramos la tendencia a vivir situaciones de riesgo que acabamos de comentar, es altamente probable que esas relaciones sexuales las haya realizado sin protección, toda vez que el uso del condón pudo haberlo asociado con poner en duda su virilidad “por ser un *sacatón*”, o con la pérdida de la sensibilidad, como se encontró en un estudio en el que se entrevistaron a adolescentes y jóvenes, realizado en la Unidad de Investigación Epidemiológica y Servicios de Salud del Adolescente, del Instituto Mexicano del Seguro Social en la ciudad de Guadalajara, y reportado por Martha Villaseñor en el año 2008.

2.1.2 Salud sexual y reproductiva

Las y los adolescentes que nos ocupan en esta tesis (empacadoras y empacadores de tiendas de autoservicio), cursan la educación secundaria y por ende, desde la educación primaria han conocido la anatomía y fisiología de su cuerpo. Partimos de este hecho, toda vez que desde 1998 se incluye de manera obligatoria la educación sexual en esos niveles educativos de todo el país. Adicionalmente, México ha firmado algunos compromisos al respecto, como la Declaración Ministerial Prevenir con Educación (DMPE), realizada en nuestro país en el año 2008, con la finalidad de evitar que siga aumentando el número de casos de infección por Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y otras infecciones de transmisión sexual (ITS). Dicha declaración enuncia en la consideración 2.6:

La educación integral en sexualidad desde la infancia, favorece la adquisición gradual de la información y de los conocimientos necesarios para el desarrollo de las habilidades y de las actitudes apropiadas para vivir una vida plena y saludable, así como para reducir riesgos en materia de salud sexual y reproductiva (DMPE, 2008, p. 2).

De esta manera las y los adolescentes tienen un autoconocimiento de algunos procesos como la menstruación, la erección, la masturbación y el desarrollo propio de

la pubertad, lo que es un buen punto de partida para informarles acerca de las ITS incluyendo el VIH y del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (Sida), qué son, cómo se adquieren y cómo prevenirlas. La información sobre las ITS y su prevención es muy importante y no se debe proporcionar de manera aislada sino que debemos acompañar a las y los adolescentes y jóvenes en un proceso de autoconocimiento y toma de conciencia respecto al ser que son y lo que quieren para su vida, a su plan de vida. Éstas son algunas de las consideraciones de la EIS, cuando propone otros componentes de la educación sexual, que implican a la persona de manera integral y holística.

La medida más eficaz para prevenir las ITS y los embarazos no deseados, es el autocuidado, entendido como:

...la búsqueda de condiciones físicas y emocionales que permitan mantener el cuerpo en un estado óptimo...consiste en cuidar el cuerpo y su relación con nosotros mismos (Egremy, 2009, p. 1).

El punto de partida, nuevamente es la relación con el cuerpo, misma que aprendimos en la familia durante la infancia. El lugar que se le dio al cuerpo, la información sobre la salud en general y la salud sexual y reproductiva, no sólo la “formal” sino la que aprendimos de los mensajes, creencias y valores recibidos durante la convivencia familiar. También la relación con el propio cuerpo y el conocimiento del mismo. Generalmente la familia no promueve la desnudez, lejos de eso nos enseña a tocarnos poco, a mirarnos menos y a evitar hablar de temas relacionados con el cuerpo. Vivimos con y en el cuerpo y aprendimos a negarlo, a no reconocerlo, por consiguiente a no darle la importancia que tiene en nuestra vida, no sólo de manera simbólica, sino en cuestiones de salud física, emocional e incluso espiritual. En este contexto, no es de extrañar que las y los adolescentes y jóvenes tengan desdibujado (por decir lo menos) el autocuidado de su salud y, si agregamos que a esa edad la sexualidad y las relaciones sexuales son temas que generan inquietud y, hasta cierto punto conflicto toda vez que resultan atractivos pero también desconocidos; estas emociones, sensaciones y afectos pueden ocasionar que la primera relación sexual no sea

planeada, de manera que el uso de algún tipo de protección frente a un posible embarazo o contagio de infección de transmisión sexual, no esté considerada por ninguno de los miembros de la pareja.

En el marco de la EIS, la información acerca de los cambios físicos y fisiológicos propios de la pubertad y adolescencia, son un buen punto de partida para promover en las y los adolescentes el conocimiento de su cuerpo y los cambios que están teniendo, para vivirlos de una manera más relajada e incluso placentera; sin embargo, la información por sí misma no genera cambios en las personas, es el proceso amplio de la EIS la que puede incentivar dichos cambios. Tengamos en cuenta, por ejemplo, que decidir usar el condón o no usarlo no tiene que ver solamente con el hecho de conocerlo o no, sino con otras implicaciones de índole personal derivadas de la historia de la construcción de la intimidad, la sexualidad y el concepto del cuerpo, así como la autoestima de cada adolescente y joven. Esta realidad se puede conocer a través de los resultados de una encuesta exploratoria a estudiantes de educación secundaria, sobre salud reproductiva y educación sexual, realizada por el Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias de la Universidad Nacional Autónoma de México (CRIM-UNAM) en el año 2009. El 92.4 por ciento de las y los adolescentes ha oído hablar de las ITS; el 81.5 por ciento de ellas y el 75.6 por ciento de ellos afirma saber cómo evitar el contagio de una ITS. Casi el total de las personas entrevistadas refirió al condón como el mejor método de protección al respecto. Al investigar acerca del uso del condón en la primera relación sexual, el 50 por ciento de la mujeres de ese estudio informó haberlo hecho y el 59 por ciento de los hombres, lo que confirma que conocerlo no necesariamente lleva a usarlo, la relación no es lineal. La falta de uso no tiene necesariamente que ver con el conocimiento o desconocimiento del condón.

Para acercar un poco el análisis a la apreciación directa de las y los adolescentes y jóvenes, consideremos algunos hallazgos de un estudio realizado en la Unidad de Investigación Epidemiológica y Servicios de Salud del Adolescente, del Instituto Mexicano del Seguro Social en la ciudad de Guadalajara, referido con anterioridad en esta tesis, basado en entrevistas a esta población en relación con la salud sexual y la

educación sexual. En cuanto a la apreciación por parte de las y los adolescentes y jóvenes, de las conductas de riesgo, los hallazgos fueron:

Varias razones pueden llevar a que el uso del condón (masculino) sea considerado como un riesgo: a) porque puede poner en duda la honorabilidad de quien demanda su uso o toma la iniciativa de usarlo –sobre todo si es ella-; b) porque puede poner en duda la virilidad de él, por ser un “sacatón”; c) porque puede llevar a que se pierda la sensibilidad – una preocupación que es casi exclusiva de ellos-; d) porque por planificar su uso o detenerse para colocarlo se pierde la espontaneidad, componente que es considerado indispensable para el placer y la manifestación del amor y la confianza –lo que preocupa a ambos-; y e) por el riesgo de que falle” (Villaseñor, 2008, p. 96).

Estos resultados nos muestran que cuando queremos informar y sensibilizar a las y los adolescentes y jóvenes sobre la EIS, es básico considerar su apreciación y enfoque, de otra manera estaremos partiendo de supuestos muy alejados de su realidad y, el trabajo realizado con ellas y ellos en temas relacionados con la sexualidad, el autocuidado, los métodos anticonceptivos, el uso del condón, etc. posiblemente no tenga el impacto que deseamos.

El énfasis en el uso correcto y consistente del condón masculino es de primera importancia, toda vez que es el método que la población de adolescentes considera que es el mejor para prevenir las ITS, como lo reporta una investigación realizada por el Instituto de Salud Pública en el año 2003 (Gayet, Juárez, Pedrosa y Magis, 2003), “Uso del condón entre adolescentes mexicanos para la prevención de las infecciones de transmisión sexual”. Algunos de los hallazgos en el ámbito nacional, en el rango de edad de 12 a 19 años y considerando solamente a adolescentes solteras y solteros, fueron:

- 88 por ciento de los hombres y el 92 por ciento de las mujeres que mencionaron conocer métodos de prevención de ITS, consideró al condón como el mejor método.
- La edad promedio en la primera relación sexual fue de 15.6 años en hombres y de 15.4 en mujeres.
- En cuanto al uso del condón en la primera relación sexual, uno de cada dos hombres sexualmente activos informó haberlo hecho, en tanto que una de cada cinco mujeres sexualmente activas reportó su uso.
- De ellas y ellos, el 94 por ciento de las mujeres y el 69 por ciento de los hombres continuaron usándolo como método anticonceptivo. El 31 por ciento restante, optó por el uso de otros métodos que solamente protegen contra embarazos (pastillas e inyecciones como primeras opciones).
- Al preguntar quién decidió el uso del condón en la primera relación sexual, se obtuvieron resultados distintos por sexo:
 - Mujeres: 9.5 por ciento dijo haberlo propuesto ella, 41.4 por ciento dijo que lo propuso él y 49.1 informó que ambos lo propusieron.
 - Hombres: 5.9 por ciento dijo que lo propuso ella, 57.2 él y 36.9 por ciento dijo que ambos.

Otros hallazgos importantes fueron:

- En relación con la edad, es 3.5 veces más probable que los jóvenes de 18 a 19 años de edad usen condón en la primera relación sexual, que los jóvenes de 12 a 13 años.
- Tener un nivel escolar de secundaria incrementa casi dos veces la probabilidad de uso del condón en la primera relación sexual, y 2.6 veces para aquellos jóvenes con preparatoria o mayor escolaridad, comparados con quienes sólo alcanzaron un nivel de escolaridad hasta primaria.

Una consideración de los investigadores respecto a que los hombres reportan un mayor uso del condón que las mujeres (no sólo en su investigación sino que ha sido

una generalidad en otras encuestas realizadas al respecto) puede deberse a la influencia de cuestiones de género

... tanto en las actitudes como en las conductas sexuales y de prevención de ITS. En una sociedad como México, donde la brecha de género es grande y la mujer suele tener un papel pasivo en cuanto a las circunstancias de la relación sexual, la hipótesis es que el uso del condón es facultad de los hombres” (Gayet, Juárez, Pedrosa y Magis, 2003, p. S639).

Asimismo, mencionan diferencias relacionadas con el nivel de escolaridad, donde a mayor escolaridad, aumenta la estimación del riesgo de adquirir una ITS, lo que no necesariamente implica el uso del condón en su primera relación sexual, para prevenir las infecciones y el embarazo. Los investigadores se plantean como elemento de discusión general, que es probable que “...además del conocimiento son necesarias otras habilidades como la capacidad de negociar, la percepción positiva del condón, la accesibilidad, etc.” (p. S639). Nuevamente confirmamos que la estrategia de sólo informar no es la mejor para lograr la conciencia del autocuidado y la apropiación del uso de métodos de protección frente a una ITS o un embarazo.

Es importante precisar que las distintas encuestas referidas han obtenido resultados diferentes debido a que se han realizado con distinta población, pero los hallazgos sí reflejan tendencias afines, por eso se refieren en esta tesis.

Ahondando un poco más en el uso del condón, la importancia debe ponerse en que su eficacia está directamente relacionada con el uso correcto y consistente, esto es, que se coloque, use y deseche de manera correcta y que se use en cada relación sexual. En el mismo sentido, es conveniente promover el uso del condón femenino porque, aunque no tiene la accesibilidad que tiene el masculino y, además tiene un precio considerablemente más alto, sí se comercializa en nuestro país y es un recurso que tenemos las mujeres de todas las edades para nuestro autocuidado ya que su uso depende de nosotras mismas. Otra ventaja es que cubre una parte de la vulva, de

manera que brinda mayor protección que el masculino, evitando la transmisión de alguna infección cutánea o pilosa, además de ser también una barrera (igual que el masculino) entre la mucosa vaginal o anal, el pene y el semen.

De la mano del uso del condón, femenino o masculino, está el conocimiento y uso de otros métodos anticonceptivos, que es importante que conozcan las y los adolescentes, para prevenir embarazos no deseados. En la encuesta exploratoria a estudiantes de secundaria sobre salud reproductiva y educación sexual, realizada por el Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias de la Universidad Nacional Autónoma de México (CRIM-UNAM) en el año 2009 (citada anteriormente) se encontró que, en general, tanto en hombres como en mujeres hay un conocimiento limitado acerca del uso correcto de algunos métodos, por ejemplo:

- De las pastillas anticonceptivas, 14.5 por ciento de las mujeres y 8.4 de los hombres, refirió que se toman todos los días durante 21 o 28 días. El uso es el correcto pero el porcentaje es muy bajo. Además, 6.8 por ciento de las mujeres y 47.9 de los hombres dicen que se toman una vez al mes, mientras que el 32.5 y el 30.5 de mujeres y hombres respectivamente, informaron que no saben cuándo se deben tomar.
- La Pastilla de Anticoncepción de Emergencia (PAE) es conocida por la mayoría de las y los adolescentes entrevistados. Ocho de cada diez mujeres estaría dispuesta a usarla. Siete de cada diez hombres estarían de acuerdo en que su pareja las tomara.

El desconocimiento del uso correcto de los métodos anticonceptivos, por un lado coloca a las y los adolescentes en un riesgo elevado de embarazarse sin desearlo y, por otro, nos muestra que es muy limitada la educación sexual que reciben en la escuela y el escaso contacto de esta población con los servicios de salud, sobre todo con los de salud reproductiva, aún cuando la Secretaría de Salud federal y del Distrito Federal tienen un área especial para atender a la población joven. Por ello, como se ha explicado en párrafos anteriores, en este programa educativo se acercó la EIS a las y

los empacadores a las tiendas de autoservicio donde laboran, como un apoyo adicional para su desarrollo personal, su autocuidado, para elevar su autoestima y el nivel de responsabilidad que tienen en la planeación de su vida; como una manera de contrarrestar, aunque sea un poco, la escasa información sobre sexualidad que reciben en sus centros educativos.

En cuanto a la PAE, es importante mencionar que en un estudio realizado en el 2008 por la Coordinación de Capacitación Continua de la Subdirección de Promoción y Fomento para la Equidad, de la Dirección General de Igualdad y Diversidad Social del Gobierno del Distrito Federal, con adolescentes empacadoras y empacadores, se encontró que un gran número de adolescentes desconfiaban de su uso. Es altamente probable que la información que recibieron en la escuela, en los medios de comunicación o en grupo de pares, sea incorrecta y por ello desconfíen o sientan temor de usarla. Es muy necesario informar adecuadamente a estas y estos adolescentes porque es un método muy accesible, cuya eficacia está comprobada, el costo no es muy alto (hay varias opciones disponibles) y es realmente una gran ayuda en los casos de relaciones sexuales no planeadas, cuando falla el método de uso habitual o el condón, y cuando las relaciones sexuales no fueron consensuadas, es decir, fueron producto de una violación.

Otro tema a considerar como parte del componente de la salud sexual y reproductiva del modelo de Educación Integral de la Sexualidad (EIS), es el embarazo de adolescentes y jóvenes. Es un tema del que debemos informar a mujeres y hombres, para que tomen conciencia de que tienen la posibilidad de reproducirse y, de igual manera, la opción de evitarlo. Algunas causas de embarazos involuntarios son: falta de acceso a métodos anticonceptivos, falta de información acerca de los anticonceptivos, contactos sexuales sin protección, falla del método anticonceptivo utilizado, uso incorrecto o inconsistente del método elegido, consumo de alcohol y otras drogas que dificultan el uso correcto de medidas preventivas o facilitan su olvido, abuso sexual o violación (Afluentes, 2012, p. 5).

En la Encuesta Nacional de Juventud (ENJ) 2010, se encontró que el 5.3 por ciento de las mujeres que declaró haber tenido relaciones sexuales, tiene 14 años de edad; el 9 por ciento tiene 15 años. De este grupo de mujeres de 15 años, el porcentaje de las que ya experimentaron su primer embarazo (32 por ciento), aumentó en relación con la misma encuesta realizada en el año 2000 (26 por ciento). En la ENJ 2010 también se encontró que el uso de anticonceptivos aumenta con la edad, de manera que el 36 por ciento de las mujeres de 15 a 17 años de edad, utiliza algún método anticonceptivo, en comparación con el 43.7 por ciento de las mujeres de 18 y 19 años.

Generalmente el embarazo de adolescentes sucede porque no planearon las relaciones sexuales y porque se imaginaron que “a ellos no les iba a pasar”. Además, aunque ellas refieren preocupación frente a la posibilidad del embarazo a su edad y antes del matrimonio, no realizan acciones preventivas concretas, porque asumen que el adolescente se hará cargo de “cuidarlas” para que no se embaracen. “Ellos por su parte, poco perciben que la responsabilidad de prevenir un embarazo sea suya, pues creen que las jóvenes saben cómo cuidarse y que deben y van a hacerlo aun cuando, paradójicamente, tachan de *malas mujeres* a quienes así lo hacen” (Villaseñor, 2008, p. 92).

En un estudio citado anteriormente, realizado con adolescentes y jóvenes, en la Unidad de Investigación Epidemiológica y Servicios de Salud del Adolescente, del Instituto Mexicano del Seguro Social en la ciudad de Guadalajara, se encontró que:

Los adolescentes ven claramente el coito vaginal como una práctica sexual de riesgo para el embarazo, un asunto que es de la mayor preocupación femenina. La mayoría de las mujeres asociaron el embarazo durante la adolescencia con la idea de defraudar a sus padres, varias con limitar el disfrute de la juventud, algunas con coartar su proyecto académico, y muy pocas con la posibilidad de enfrentarse a problemas de salud (Villaseñor, 2008, p. 91).

Como se puede apreciar, ellas consideran poco favorable embarazarse, de hecho, mencionan sólo consecuencias en ese sentido, que pueden estar asociadas a la culpa hacia los padres y la frustración de su desarrollo personal e incluso con algún riesgo de salud. Como se puede apreciar, las circunstancias que rodean al embarazo temprano, son las que representan un problema, no sólo es la edad en la que se embarazan las y los adolescentes. Algunas de las consecuencias conocidas y referidas por profesionales de la salud (física y emocional) de los embarazos inesperados y no deseados en adolescentes son: el alto riesgo de tener complicaciones o enfermedades para la madre y el feto, como parto prematuro, bajo peso al nacer y aborto involuntario, situaciones que incluso pueden llegar a la muerte toda vez que su cuerpo aún no están completamente preparado para el embarazo; de igual manera las oportunidades para estudiar se reducen y, en muchas ocasiones también para trabajar lo que afecta la situación económica y el desarrollo personal de las madres adolescentes (Egremy, 2009, p.2). Aunque no todas las parejas optan por el matrimonio varias de las que sí lo hacen, se ven forzadas a casarse (tanto hombres como mujeres), en ocasiones como consecuencia de las presiones familiares o sociales (o ambas), lo que puede llevar a la o el adolescente a asumir una maternidad o paternidad impuesta más que por elección, de manera que viven la unión con gran frustración y corren el riesgo de permitir situaciones de violencia en la familia o de abuso sexual hacia la adolescente, siendo que muchas veces el embarazo es producto del abuso sexual de un adulto que generalmente es miembro de la familia. La mayoría de las adolescentes fueron embarazadas por adultos que tienen entre seis y quince años más que ellas (Cimacnoticias, agosto 27, 2014). Hay un alto riesgo de que se establezca una espiral de violencia que sea muy difícil de parar.

Por otro lado, es probable que las adolescentes que no se unen sino que siguen viviendo con su familia y continúan con su embarazo, lo vivan con insatisfacción y frustración por haber interrumpido sus planes de vida y porque en un corto tiempo se encuentran con la responsabilidad que implica la crianza y educación de un hijo o hija, así como su manutención y el abandono de la escuela y la convivencia social, para integrarse al mercado laboral e ingresar así a la vida adulta aun cuando

cronológicamente todavía no lo sean. En este contexto, pueden establecer una dinámica en su relación con sus padres, hermanas, hermanos y otros familiares convivientes, que se torne adversa e incluso agresiva. Paralelamente, la relación de estas madres adolescentes con sus hijas o hijos no deseados puede estar cargada de frustración y enojo, que puede llevarlas a incurrir en actos violentos hacia su descendencia y, en algunos casos, hacia su propia persona. En estas circunstancias, el hijo o hija será depositario de sentimientos ambivalentes por parte de la madre adolescente, lo que puede ocasionar que su desarrollo psicomotor, psicológico y emocional se vea afectado con consecuencias en la personalidad de ese pequeño o pequeña en el corto, mediano y largo plazos, consecuencias que pueden tener un impacto social.

Finalmente, es importante hablar de un cuestionamiento acerca de si el embarazo en adolescentes es deseado o no lo es. Generalmente partimos del supuesto de que no sólo es inesperado sino que la adolescente no lo desea. Hay varias investigaciones que afirman lo contrario, es decir, que algunas adolescentes sí desean embarazarse. Evidencia de ello se ha encontrado en los estratos socioeconómicos bajo y muy bajo, donde sabemos que las condiciones de vida para las y los adolescentes, en los distintos ámbitos, son adversas y encuentran pocas alternativas de desarrollo personal, posiblemente han tenido que abandonar la escuela y, en algunos casos empezar a trabajar para colaborar con el sustento familiar. Si a esto le sumamos los roles de género impuestos por las familias de esa condición socioeconómica, las adolescentes se valorizan únicamente siendo esposas y madres (Stern, 2012, pp. 3-4).

En un estudio realizado por Menkes y Suárez, en el año 2013, encontraron que, de las adolescentes de 12 a 19 años sexualmente activas que se embarazaron, 59.9 por ciento son del estrato socioeconómico muy bajo, en contraste con el 20 por ciento del estrato más alto. En cuanto a si desearon el embarazo, en el estrato muy bajo, el 36.9 por ciento sí lo deseaba. En el estrato alto se encontró que solamente el 7 por ciento desearon el embarazo. Adicionalmente, cerca del 60 por ciento de las mujeres adolescentes embarazadas, de estratos menos favorecidos, no consideran que tener

un hijo o hija a temprana edad sea un problema, particularmente si se encuentran unidas o casadas. Estos hallazgos son sumamente importantes, toda vez que nos dejan ver que el embarazo en adolescentes, que ha sido visto como uno de los principales problemas que enfrenta el desarrollo personal, profesional, laboral, económico, etc. de las y los adolescentes, es vivido como “natural” por las mujeres (y en algunos casos los hombres) de los estratos más bajos, que es donde se presentan con mayor frecuencia, posiblemente derivado de roles de género tradicionales y severos hacia las mujeres y la identidad femenina favorecida en ese estrato, que está más bien relacionada a lo doméstico y a la maternidad, que al desarrollo del potencial personal, profesional, laboral, etc.

Otros hallazgos fueron que en el caso de las mujeres, a mayor edad disminuye el riesgo de que el embarazo sea no deseado, los hombres que embarazan a su pareja tienen una probabilidad mucho mayor de no desear el embarazo. De los embarazos no deseados, el 72.8 por ciento ocurren en adolescentes solteras, 71.5 por ciento viven con sus padres, 82.1 por ciento estaban estudiando en el momento de embarazarse. El 90 por ciento de las adolescentes que tuvieron un embarazo no deseado lo llevó a término, el 5.6 por ciento abortó por decisión propia.

Para concluir el tema del embarazo en adolescentes, consideremos que aun cuando no sea inesperado o no deseado, el embarazo temprano está asociado a un detenimiento del desarrollo personal de las mujeres y a favorecer la subordinación a su pareja o a su familia, en el caso de quienes no se unen ni se casan sino que continúan viviendo en el seno familiar, junto con sus hijas e hijos.

2.1.3 Ciudadanía sexual

Este tercer componente de la Educación Integral de la Sexualidad (EIS) se refiere al conocimiento, promoción y defensa de los derechos humanos, particularmente de los derechos sexuales y de los derechos reproductivos de las y los adolescentes y jóvenes (que son parte de los derechos humanos). Los derechos humanos son acuerdos

construidos en ciertos momentos históricos, fueron creados como consecuencia de las movilizaciones políticas y revoluciones sociales de los siglos XVIII, XIX y XX, que llevaron a las naciones a dialogar y llegar a acuerdos, mismos que se formalizaron después de las grandes guerras mundiales. La necesidad llevó a los distintos países a encontrar mecanismos pacíficos para resolver los problemas entre ellos. Con el paso del tiempo se fueron definiendo derechos humanos para grupos específicos de la población, como las mujeres, niños y niñas, indígenas, refugiados, personas con discapacidad, personas con preferencias sexuales distintas a la heterosexual, personas que viven con VIH y Sida, etc. (Rodríguez, 2011, p.141). Recientemente han avanzado propuestas en torno a los derechos sexuales y derechos reproductivos de adolescentes y jóvenes, como una respuesta a la preocupación en torno a estos temas, en los diferentes ámbitos internacionales. Los derechos sexuales juveniles surgieron como consecuencia de la violencia y discriminación ejercida sobre las mujeres, la represión a la libertad sexual de adolescentes y jóvenes, la discriminación y estigmatización de las personas con preferencias sexuales distintas a la heterosexual y en particular de quienes viven con el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (Sida). De esta manera la sexualidad se ha incorporado a los derechos humanos al reconocerla como una necesidad básica para las personas (como lo son el agua y el alimento), que les acompaña durante toda su vida y que, al ser un área que genera conflictos y debates, se hace necesario asegurar a través de los derechos sexuales, su reconocimiento, respeto, promoción y defensa (Mesa y otros, 2006, p. XIX).

Podríamos decir que la sexualidad es un aspecto de la vida de las personas sobre la que se han puesto mayores exigencias y donde se intenta ejercer un control más elevado, por ello se hace más necesario garantizar que el ejercicio de la sexualidad derive de las decisiones de cada persona (Consortio Latinoamericano de Anticoncepción de Emergencia, 2008, p. 3):

A diferencia del resto de los derechos humanos, los derechos sexuales parten de considerar al cuerpo la frontera material de las libertades, de reconocer que el cuerpo es la expresión de los deseos más íntimos y personales, además de

concebir la sexualidad como una dimensión sustancial para poder experimentar la felicidad y el placer (Mesa y otros, 2006. P. XIII).

Haciendo un poco de historia, al inicio la legislación nacional e internacional protegía las facultades de los padres sobre los hijos e hijas, ignorando que las y los menores eran sujetos de derecho en sí mismos. La protección de los derechos de estos se limitaba al ámbito privado hasta que la tutela pasó al Estado, en el momento en que el divorcio apareció, y se hizo necesario proteger a las y los menores de sus propios padres y madres. El Estado asumió una postura paternalista y no consideró el punto de vista de las y los menores de edad. Con la práctica y el paso del tiempo se hizo necesario revisar los límites entre el derecho y el deber de los padres y madres, así como el deber del Estado, para evitar abusos de poder sobre las y los menores; así surgió el reconocimiento del interés superior del niño, la niña y las y los adolescentes, lo que les situó por encima de sus padres y madres y del Estado mismo. Adicionalmente, en nuestro país a partir del año 2001 la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos garantiza la no discriminación por edad y ahora es parte de las garantías individuales estipuladas en el artículo 1° (Rodríguez, 2011, p.145). La sociedad en general debe reconocer a las y los adolescentes y jóvenes como sujetos de derechos que tienen necesidades y demandas específicas en los distintos ámbitos de su vida, familiar, escolar, laboral y sexual.

La International Planned Parenthood Federation (IPPF) en el año 2005 sostuvo que:

La convención de la ONU sobre los Derechos del Niño establece que las y los niños y la gente joven tiene el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, acceso a los servicios de salud (Artículo 24), y acceso a la información que les permita tomar decisiones acerca de su salud (Artículo 17), incluyendo la planificación familiar (Artículo 24). También tienen el derecho de ser escuchadas, expresar sus opiniones y ser involucradas en la toma de decisiones (Artículo 12). Tienen el derecho a la educación que les ayude a aprender, desarrollar y alcanzar el máximo de sus posibilidades y prepararles para ser comprensivos y tolerantes hacia otras personas (Artículo 29).

Adicionalmente, la gente joven tiene el derecho a no ser discriminada (Artículo 2) (IPPF, 2005, p. 2).

La visión adultista en la que no se reconoce a adolescentes y jóvenes como sujetas y sujetos de derecho, sólo evidencia la discriminación que hemos hecho las y los adultos, en cuanto a su capacidad y potencialidades para tomar decisiones acertadas para su vida y desarrollo personal, profesional, laboral, social y familiar. Pensar y actuar así, discriminándolos, es no respetar la dignidad que tienen como personas.

Pero en el fondo de los derechos sexuales están los derechos fundamentales: el de igualdad, libertad y fraternidad, esos ideales que al extenderlos a los menores de edad no deben subestimar las capacidades del niño o la niña, ni de los y las adolescentes. Nacidos con razón y conciencia, como todos los seres humanos, y tal como lo establece la Declaración Universal de los Derechos Humanos, más que un sistema de “protección tutelar” hay que reconocer su derecho a decidir de acuerdo con su etapa vital, más que una cultura que impone la visión del adulto sobre el y la adolescente, hay que reconocer su necesidad de ser escuchados y tomar decisiones, de contar con un sistema que garantice en forma integral todos sus derechos humanos (Mesa y otros, 2006, p. X-XI).

Importancia especial tiene el hecho de que los derechos sexuales son unos y los derechos reproductivos son otros, esto es, reconocer que la sexualidad no necesariamente se asocia con la reproducción ha llevado a la necesidad de nombrarlos por separado, de manera que las personas que asumen su vida sexual en soltería y sin descendencia, las y los adolescentes que deciden tener relaciones sexuales sin haber llegado al matrimonio, así como los que tienen relaciones no heterosexuales, tienen derechos sexuales que deben ser reconocidos y respetados. Estos planteamientos conllevan una complejidad toda vez que no se trata de personas adultas y los derechos sexuales “...deben buscar proteger la libertad y dignidad de menores de edad, sin tener que restringir las decisiones conscientes y libres que sí pueden tomar sobre sus cuerpos” (Mesa y otros, 2006, p. XIII).

En nuestro país, ha habido varias aproximaciones a la formulación de los derechos sexuales de adolescentes y jóvenes, algunos estudiosos han propuesto unos y algunas instituciones y organizaciones civiles (OC) otros. Entre las más destacadas está una cartilla que se promovió en la *Campaña Nacional por los Derechos sexuales de las y los Jóvenes. Hagamos un Hecho Nuestros Derechos*, impulsada por la Comisión Nacional de los Derechos Humanos con el soporte de un gran número de OC, en el año 2001 en que la ONU reconoció los Derechos Sexuales y Reproductivos como Derechos Humanos:

Con esta campaña, dirigida a las y los jóvenes, personas de 12 a 29 años, resaltamos y ratificamos el derecho a ejercer su sexualidad de manera libre y responsable, y trabajamos por la eliminación de la discriminación y cualquiera de las formas en que ésta se manifiesta atentando contra su dignidad, incluyendo aquellas relacionadas con la edad, el género, la preferencia y la orientación sexual (CONAPO, 2009, p. 1).

En dicha cartilla se proponen trece derechos, basados en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y en diversos instrumentos internacionales ratificados por el Estado mexicano. Aquí su transcripción textual:

1. Derecho a decidir de forma libre sobre mi cuerpo y mi sexualidad

- Existen diversas formas de vivir la sexualidad.
- Tengo derecho a que se respeten las decisiones que tomo sobre mi cuerpo y mi vida sexual. Soy responsable de mis decisiones y actos.
- Nadie debe presionar, condicionar ni imponer sus valores particulares sobre la forma en que decido vivir mi sexualidad.

2. Derecho a ejercer y disfrutar plenamente mi vida sexual

- El disfrute pleno de mi sexualidad es fundamental para mi salud y bienestar físico, mental y social.

- Tengo derecho a vivir cualquier experiencia o expresión sexual o erótica que yo elija, siempre que sea lícita, como práctica de una vida emocional y sexual plena y saludable.
- Nadie puede presionarme, discriminarme, inducirme al remordimiento o castigarme por ejercer o no actividades relacionadas con el disfrute de mi cuerpo y ni vida sexual.

3. Derecho a manifestar públicamente mis afectos

- Las expresiones públicas de afecto promueven una cultura armónica afectiva y de respeto a la diversidad sexual.
- Tengo derecho a ejercer mis libertades individuales de expresión, manifestación, reunión e identidad sexual y cultural, independientemente de cualquier prejuicio.
- Puedo expresar mis ideas y afectos sin que por ello nadie me discrimine, coarte, cuestione, chantajee, lastime, amenace o agrede verbal o físicamente.

4. Derecho a decidir con quién compartir mi vida y mi sexualidad

- Existen varios tipos de familias, uniones y convivencia social.
- Tengo derecho a decidir libremente con quién compartir mi vida, mi sexualidad, mis emociones y afectos.
- Ninguna de mis garantías individuales deber ser limitada por esta decisión.
- Nadie debe obligarme a contraer matrimonio o a compartir con quien yo no quiera, mi vida ni mi sexualidad.

5. Derecho al respeto de mi intimidad y mi vida privada

- Mi cuerpo, mis espacios, mis pertenencias y la forma de relacionarme con las y los demás, son parte de mi identidad y privacidad.
- Tengo derecho al respeto de mis espacios privados y a la confidencialidad en todos los ámbitos de mi vida, incluyendo el sexual.

- Sin mi consentimiento, ninguna persona debe difundir información sobre aspectos sexuales de mi vida.

6. Derecho a vivir libre de violencia sexual

- Cualquier forma de violencia hacia mi persona afecta el disfrute pleno de mi sexualidad.
- Tengo derecho a la libertad, a la seguridad jurídica y a la integridad física y psicológica.
- Ninguna persona debe abusar, acosar, hostigar o explotarme sexualmente. El Estado debe garantizarme el no ser torturada/o ni sometida/o a maltrato físico, psicológico, abuso, acoso o explotación sexual.

7. Derecho a la libertad reproductiva¹

- Las decisiones sobre mi vida reproductiva forman parte del ejercicio y goce de mi sexualidad.
- Como mujer u hombre joven, tengo derecho a decidir, de acuerdo con mis deseos y necesidades, tener o no hijos, cuántos, cuándo y con quién.
- El Estado debe respetar y apoyar mis decisiones sobre mi vida reproductiva, brindándome la información y los servicios de salud que requiero, haciendo efectivo mi derecho a la confidencialidad.

8. Derecho a la igualdad de oportunidades y a la equidad

- Las mujeres y los hombres jóvenes, aunque diferentes, somos iguales ante la ley.
- Como joven, tengo derecho a un trato digno y equitativo y a gozar de las mismas oportunidades de desarrollo personal integral.
- Nadie, bajo ninguna circunstancia, debe limitar, condicionar o restringir el pleno goce de todos mis derechos individuales, colectivos y sociales.

¹ Si eres menor de edad, consulta las leyes en materia de salud de tu estado.

9. Derecho a vivir libre de toda discriminación

- Las y los jóvenes somos diversos y, por tanto, tenemos diferentes formas de expresar nuestras identidades.
- Tengo derecho a que no se me discrimine por mi edad, género, sexo, preferencia, estado de salud, religión, origen étnico, forma de vestir, apariencia física o por cualquier otra condición personal. Cualquier acto discriminatorio atenta contra mi dignidad humana.
- El Estado debe garantizarme la protección contra cualquier forma de discriminación.

10. Derecho a la información completa, científica y laica sobre la sexualidad

- Para decidir libremente sobre mi vida sexual necesito información.
- Tengo derecho a recibir información veraz, no manipulada o sesgada. Los temas relativos a la información sobre sexualidad deben incluir todos los componentes de ésta: el género, el erotismo, los vínculos afectivos, la reproducción y la diversidad.
- El Estado debe brindar información laica y científica de manera continua de acuerdo con las necesidades particulares de las y los jóvenes.

11. Derecho a la educación sexual

- La educación sexual es necesaria para el bienestar físico, mental y social, y para el desarrollo humano, de ahí su importancia para las y los jóvenes.
- Tengo derecho a una educación sexual sin prejuicios que fomente la toma de decisiones libre e informada, la cultura del respeto a la dignidad humana, la igualdad de oportunidades y la equidad.
- Los contenidos sobre sexualidad en los programas educativos del Estado deben ser laicos y científicos, estar adecuados a las diferentes etapas de la juventud y contribuir a fomentar el respeto a la dignidad de las y los jóvenes.

12. Derecho a los servicios de salud sexual y a la salud reproductiva²

- La salud es el estado de bienestar físico, mental y social de las personas.
- Tengo derecho a recibir los servicios de salud sexual gratuitos, oportunos, confidenciales y de calidad.
- El personal de los servicios de salud pública no debe negarme información o atención bajo ninguna condición y éstas no deben estar sometidas a ningún prejuicio.

13. Derecho a la participación en las políticas públicas sobre sexualidad

- Como joven puedo tener acceso a cualquier iniciativa, plan o programa público que involucre mis derechos sexuales y a emitir mi opinión sobre los mismos.
- Tengo derecho a participar en el diseño, implementación y evaluación de políticas públicas sobre sexualidad, salud sexual y reproductiva; a solicitar a las autoridades gubernamentales y a las instituciones públicas que construyan y promuevan los espacios y canales necesarios para mi participación; así como a asociarme con otras/os jóvenes para dialogar, crear y promover acciones propositivas para el diseño e implementación de políticas públicas que contribuyan a mi salud y bienestar.
- Ninguna autoridad o servidor público debe negar o limitarme, de manera injustificada, la información o participación referentes a las políticas públicas sobre sexualidad.

La cartilla anterior sigue estando vigente y ha sido referente incluso en otros países de Latinoamérica. En el año 2014 se reinstaló el Comité Promotor de la Campaña, buscando "...promover el compromiso institucional para la generación de compromisos de exigibilidad, denuncia y reparación del daño en caso de que las y los jóvenes vean violentados sus derechos en la materia" (Cimacnoticias, 2014).

² Si eres menor de edad, consulta las leyes en materia de salud de tu estado.

Otro abordaje propuesto por una organización civil experta en la educación integral de la sexualidad y los derechos sexuales de adolescentes y jóvenes, justifica con la legislación nacional e internacional los derechos sexuales de esta población. Plantea diez derechos:

1. Libertad de conciencia y religión.
2. Igualdad y no discriminación.
3. Vivir sin violencia sexual.
4. Libertad de opinión y expresión sexual.
5. Información sobre sexualidad.
6. Una vida privada.
7. Educación sexual.
8. Salud sexual y reproductiva.
9. Una vida digna.
10. Beneficiarse del progreso científico.

Retomando el esquema de la EIS que hemos adoptado, la IPPF reconoce, promueve, protege y defiende los derechos sexuales de la juventud.

Esto incluye el derecho a la información y educación en sexualidad, y el derecho al placer y la confianza en las relaciones y en todos los aspectos de su sexualidad. Tal educación e información debe aumentar la independencia y autoestima de la gente joven, y proporcionarle los conocimientos y confianza para tomar decisiones informadas (IPPF, 2005 p. 2).

Son varias las propuestas pero la coincidencia está en el reconocimiento de que las y los adolescentes y jóvenes son sujetos de derecho, tienen derecho a la igualdad y a la no discriminación por edad, género, sexo, etnia o preferencias sexuales; derecho a una vida digna, a la vida privada, a vivir sin violencia, a tener información laica y científica, a la educación sexual y el derecho a decidir sobre el propio cuerpo, sobre las relaciones afectivas y sexuales. Es imperioso reconocer que las y los menores de edad tienen la capacidad para recibir información, analizarla, integrarla, cuestionarla y llegar por sí

mismas y mismos a aprehender el conocimiento y, a partir de ello, tomar decisiones de manera responsable y respetuosa con su persona. Intentar minimizar estas capacidades, solamente les deteriora, toda vez que les sume en una irrealidad en la que, lamentablemente pueden llegar a creer. Ellas y ellos son capaces y debemos apoyarles para que puedan lograr un desarrollo pleno, para una vida mejor.

Un derecho que merece mención aparte es la interrupción del embarazo, que en el año 2007 se legalizó en el Distrito Federal por decisión de la mujer, siempre que sea antes de las doce semanas de gestación. En toda la República Mexicana es legal el aborto cuando el embarazo es producto de una violación, el caso de la capital del país es único, porque es legal por decisión de la mujer, es decir, no se necesita estar en peligro de muerte, ni que el embarazo sea consecuencia de violación, ni que el producto tenga malformaciones, ni ninguna otra causal más allá del derecho de la mujer a elegir una maternidad consentida. Se realiza en hospitales públicos de manera segura y gratuita para las residentes de esta ciudad, las mujeres que radican en otra entidad federativa, puede acceder a este servicio pero cubriendo un costo que es estipulado por un estudio socioeconómico. También hay hospitales privados certificados para realizar la Interrupción Legal del Embarazo (ILE), pero tiene un costo. En el caso de las adolescentes deben acudir con su madre, padre o representante legal.

2.1.4 Violencia

En nuestra sociedad es común la aceptación e incluso promoción de ciertos comportamientos que conllevan violencia y discriminación, desde juegos infantiles y mensajes difundidos en programas de televisión, películas y obras de teatro, hasta el lenguaje que utilizamos cotidianamente, muchas veces de manera irreflexiva, al bromear y hacer chistes, por ejemplo. De esta manera vamos interiorizando formas violentas de convivencia basadas en la errónea idea de que hay tipos de maltrato “normales” e incluso “necesarios” (Valdivia, Franco y Pérez, s/f, p. 58).

“La violencia es una alteración de la agresividad natural que se puede producir por la acción de factores tanto biológicos como ambientales” (Ovejero, 2009, citado por Rodríguez 2011). Podemos decir que la violencia es exclusiva del ser humano, en cuanto a que es producida por la cultura, en combinación con lo biológico y es toda acción realizada con intención de dañar o someter a una persona alterando su bienestar físico y emocional. Se presenta en distintos ámbitos, en la familia, la sociedad en general, en la escuela, el trabajo y, particularmente la que nos interesa abordar en esta tesis es la violencia de género, que es producto de las relaciones de poder desiguales entre hombres y mujeres, sostenidas por una sociedad que ha promovido la inequidad desfavoreciendo a las mujeres (Valdivia, Franco y Pérez, s/f, p. 59). El hombre que ejerce violencia sobre la mujer no necesariamente es su pareja, en ocasiones es su familiar, compañero de trabajo, vecino, amigo, pretendiente o conviviente.

La Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia del Distrito Federal, Publicada en la Gaceta Oficial del Distrito Federal el 29 de enero de 2008. Última reforma publicada en la Gaceta Oficial del Distrito Federal el 18 de diciembre de 2014, define la violencia contra las mujeres como:

Toda acción u omisión que, basada en su género y derivada del uso y/o abuso del poder, tenga por objeto o resultado un daño o sufrimiento físico, psicológico, patrimonial, económico, sexual o la muerte a las mujeres, tanto en el ámbito público como privado, que limite su acceso a una vida libre de violencia (Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia del Distrito Federal, 2008, p. 3).

Puede suceder que la baja autoestima, inseguridad y desconfianza de hombres y mujeres les generen emociones que manifiesten a través de respuestas violentas y abuso de poder, fuera y dentro de la familia, por ello, muchas niñas y niños viven violencia en casa desde la primera infancia y, al paso de los años, la reproducen en sus relaciones sociales y de noviazgo. En estos casos, la conducta violenta de una persona tiene que ver con ese individuo y su propia historia personal y no con lo que

haga o deje de hacer su pareja. Socialmente se ocupan expresiones que parecen justificar la violencia de género, incluso algunas sostienen que las mujeres “provocan” la violencia de los hombres. Las personas poco a poco van interiorizando esas creencias, tanto las que ejercen violencia como quienes la reciben, y van formando parte del acervo con el que crecen y se desarrollan, corriendo el riesgo de terminar asumiéndolas como si fueran verdades. El peligro de que así sea es que dificulta que la persona que padece la violencia la reconozca y por consiguiente pida ayuda oportunamente (Valdivia, Franco y Pérez, s/f, p. 59).

La ley referida anteriormente define los tipos de violencia, en términos de los distintos daños que puede ocasionar la violencia contra las mujeres (Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia del Distrito Federal, 2008, p. 4), siendo:

- **Violencia Psicoemocional:** toda acción u omisión dirigida a desvalorar, intimidar o controlar sus acciones, comportamientos y decisiones, consistente en prohibiciones, coacciones, condicionamientos, intimidaciones, insultos, amenazas, celotipia, desdén, indiferencia, descuido reiterado, chantaje, humillaciones, comparaciones destructivas, abandono o actitudes devaluatorias, o cualquier otra, que provoque en quien la recibe alteración autocognitiva y autovalorativa que integran su autoestima o alteraciones en alguna esfera o área de su estructura psíquica. También incluye el aislamiento, todos esos actos pretenden generar inseguridad, desconfianza y vulnerar a la mujer.
- **Violencia Física:** toda acción u omisión intencional que causa un daño en su integridad física. “Es el uso de la fuerza por medio de golpes, forcejeos y otros actos que pueden provocar lesiones corporales y poner en peligro la salud y la vida de la mujer” (Valdivia, Franco y Pérez, s/f, p. 60).
- **Violencia Patrimonial:** toda acción u omisión que ocasiona daño o menoscabo en los bienes muebles o inmuebles de la mujer y su patrimonio; también puede consistir en la sustracción, destrucción, desaparición,

ocultamiento o retención de objetos, documentos personales, bienes o valores o recursos económicos. Incluye acciones como tomar el control absoluto del dinero y negar a la mujer el acceso a servicios básicos para el bienestar o la sobrevivencia de la mujer, como la atención de su salud.

- **Violencia Sexual:** toda acción u omisión que amenaza, pone en riesgo o lesiona la libertad, seguridad, integridad y desarrollo psicosexual de la mujer, como miradas o palabras lascivas, hostigamiento, prácticas sexuales no voluntarias, acoso, violación, explotación sexual comercial, trata de personas para la explotación sexual o el uso denigrante de la imagen de la mujer.

Generalmente se presenta junto con violencia física y psicoemocional. Este tipo de violencia puede tener consecuencias muy graves en la vida psicológica e íntima de las mujeres que la padecen, toda vez que atenta contra la vivencia del propio cuerpo y afecta su vida sexual futura. Además, la mujer corre el riesgo de quedar embarazada y de adquirir una infección de transmisión sexual, incluyendo el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (Sida), lo que puede cambiar su vida para siempre. Un tema muy relacionado con este tipo de violencia es la trata de personas que, aunque no solamente se realiza con fines de explotación sexual, sí es la manera más común de ejercerla.

- **Violencia contra los Derechos Reproductivos:** toda acción u omisión que limite o vulnere el derecho de las mujeres a decidir libre y voluntariamente sobre su función reproductiva, en relación con el número y espaciamiento de los hijos, acceso a métodos anticonceptivos de su elección, acceso a una maternidad elegida y segura, así como el acceso a servicios de aborto seguro en el marco previsto por la ley para la interrupción legal del embarazo, a servicios de atención prenatal, así como a servicios obstétricos de emergencia.

- **Violencia Femicida:** toda acción u omisión que constituye la forma extrema de violencia contra las mujeres producto de la violación de sus derechos humanos y que puede culminar en homicidio u otras formas de muerte violenta de mujeres.

La misma ley establece las modalidades de violencia en términos de los ámbitos donde ocurre y se ejerce la violencia contra las mujeres, públicos o privados (Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia del Distrito Federal, 2008, pp. 4-5). Son:

- **Violencia Familiar:** es aquella que puede ocurrir dentro o fuera del domicilio de la víctima, cometida por parte de la persona agresora con la que tenga o haya tenido parentesco por consanguinidad o por afinidad, derivada de concubinato, matrimonio, o sociedad de convivencia.
- **Violencia Laboral:** Es aquella que ocurre cuando se presenta la negativa a contratar a la víctima o a respetar su permanencia o condiciones generales de trabajo; la descalificación del trabajo realizado, las amenazas, la intimidación, las humillaciones, la explotación y todo tipo de discriminación por condición de género.
- **Violencia Docente:** Es aquella que puede ocurrir cuando se daña la autoestima de las alumnas o maestras con actos de discriminación por su sexo, edad, condición social, académica, limitaciones y/o características físicas, que les infligen maestras o maestros.
- **Violencia en la Comunidad:** Es aquella cometida de forma individual o colectiva, que atenta contra su seguridad e integridad personal y que puede ocurrir en el barrio, en los espacios públicos o de uso común, de libre tránsito o en inmuebles públicos propiciando su discriminación, marginación o exclusión social.

- **Violencia Institucional:** Son los actos u omisiones de las personas con calidad de servidor público que discriminen o tengan como fin dilatar, obstaculizar o impedir el goce y ejercicio de los derechos humanos de las mujeres así como su acceso al disfrute de políticas públicas destinadas a prevenir, atender, investigar, sancionar y erradicar los diferentes tipos de violencia.

En la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH) realizada por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) en el año 2003, se encontró que la violencia de género se presenta en todos los estratos socioeconómicos, habiendo variaciones en prevalencia y formas de expresarse. Las consecuencias de la violencia por parte de parejas o exparejas, son iguales o más graves que las derivadas de agresiones por parte de personas extrañas. Las mujeres pueden ser violentas y agredir, pero la mayor parte de la violencia física, sexual y emocional o psicológica es cometida por el hombre contra la mujer. En el caso del descuido y maltrato infantil, la agresora suele ser la mujer, pero en cuanto al abuso sexual infantil, el agresor generalmente es un hombre. La mayoría de los hombres que agreden a la mujer no muestran una psicopatología evidente, de manera que se infiere que lo hacen porque asumen el rol que socialmente se les ha asignado, de dominar, tutelar y “corregir” a la mujer. Por último, la encuesta reflejó que el consumo de alcohol exacerba pero no provoca la violencia contra las mujeres.

Aun cuando no todos los tipos y modalidades de violencia los padecen las adolescentes, es importante exponerlos en esta tesis para que sus lectoras y lectores puedan conocer esa información e identificar durante el trabajo con adolescentes y jóvenes, alguna situación que amerite la asesoría y orientación respecto al reconocimiento de que se vive violencia y la necesidad de pedir ayuda.

Lo que sí se presenta en la adolescencia, lamentablemente de manera cada vez más frecuente, es la violencia en el noviazgo, que son las acciones u omisiones que tienen el propósito de dominar, someter o imponer el control a la pareja y que ocasionan daño físico, emocional y sexual. Para conseguir esos fines, se suele atacar la autoestima de

la persona a través de insultos, descalificaciones, amenazas, manipulación sutil, ridículo, conducta agresiva “juguetona” como pellizcos, rasguños, mordiscos, aventones sutiles e incluso golpes que pueden requerir hospitalización o pueden ocasionar la muerte. Los roles de género culturalmente determinados, han promovido la inequidad a tal punto que las adolescentes no identifican el abuso de poder ejercido por sus parejas y de este modo terminan concediendo y aceptando situaciones que atentan contra sí mismas.

En el año 2007 el Instituto Mexicano de la Juventud (IMJ) y el INEGI, realizaron en nuestro país la Encuesta Nacional de Violencia en las Relaciones de Noviazgo, con la participación de adolescentes y jóvenes de 15 a 24 años, solteras y solteros. Algunos de los hallazgos fueron que en el 21.3 por ciento de los hogares de las personas entrevistadas, había insultos durante la infancia, presentándose una mayor incidencia en hogares urbanos que en rurales. En 44.3 por ciento de los casos, se insultaban mutuamente el padre y la madre, 42.6 por ciento el padre insultaba a la madre y en el 5 por ciento, ella insultaba a él. El 79.2 por ciento de la población juvenil entrevistada, refirió que sus madres y padres los insultaban a ellos y ellas, mientras sólo el 3.8 por ciento recibieron insultos de los abuelos y abuelas, hermanos y hermanas o tíos y tías. Aproximadamente en el 9 por ciento de los hogares donde vivieron su infancia las y los entrevistados, había golpes. En esta encuesta se encontró que la violencia en el noviazgo tiende a pasar inadvertida por las instituciones y por las y los propios adolescentes y jóvenes. Se identificaron tres tipos de violencia en el noviazgo:

- **Violencia física:** 15 por ciento de las personas encuestadas han vivido al menos un incidente de violencia física en la relación de noviazgo. Han recibido violencia física más mujeres (61.4 por ciento) que hombres (46 por ciento). Del total de adolescentes y jóvenes que sufrieron violencia física, 62.5 por ciento buscaron ayuda, la mayoría con sus amigos o amigas, la madre y otros familiares.

- **Violencia psicológica:** 76 por ciento de las y los encuestados, ha sufrido violencia psicológica, entendida como abuso emocional, verbal, maltrato y menoscabo de la estima.
- **Violencia sexual:** se preguntó a todas y todos los encuestados si alguna vez alguien los había tratado de forzar o los había forzado a tener relaciones sexuales. Dos terceras partes de las mujeres respondieron afirmativamente y, en ambas situaciones, el lugar de la agresión fue su casa. El 16.5 por ciento de las adolescentes y jóvenes informó haber sufrido un evento de violencia sexual por parte de su pareja.

Como lo reflejan estos resultados de la encuesta, la violencia en el noviazgo está invisibilizada para quienes viven una relación sentimental porque se le encubre con el amor y eso dificulta que se le vea objetivamente. Los efectos y síntomas del maltrato durante el noviazgo, son desconocidos por la mayoría de las y los adolescentes y jóvenes de manera que confunden con muestras de afecto aquellas conductas que atentan contra su integridad física, emocional y sexual y que agravan la desigualdad de género. La violencia en el noviazgo sucede en todos los niveles socioeconómicos y se mantiene en silencio porque la generalidad de quienes la padecen considera que esas manifestaciones son “normales” y suponen que pronto desaparecerán, que no irán en aumento y que son solamente “una mala racha”. Otra idea errónea es que la violencia sólo ocurre en parejas convivientes o que tienen hijos e hijas, que no sucede en las relaciones de noviazgo. No hay una generalidad en cuanto al momento en que se presenta, puede ser al poco tiempo de empezar la relación, como después de algunos meses o años y, si no se le identifica y se busca ayuda para erradicarla, es altamente probable que continúe o incluso vaya en aumento si la pareja llega a unirse. La violencia en el noviazgo no desaparece de manera espontánea, ni con el paso del tiempo, se tiene que atender.

La conducta violenta no es un hecho aislado sino que sigue todo un ciclo, que comúnmente da inicio con maltrato emocional, continúa con maltrato físico y después incluye violencia sexual. Es muy importante conocerlo para poder evitarlo o

reconocerlo en cuanto aparezcan las primeras señales, y pedir ayuda. El ciclo de la violencia tiene tres etapas:

- 1. Tensión acumulada:** la tensión se va acumulando y se manifiesta a través de discusiones frecuentes y muchas veces por motivos menores, esto es, puede llegar a un nivel de enojo muy alto como consecuencia de cosas simples. Se presentan insultos, gritos y reproches. Debido a falsas creencias sociales que dicen que los “hombres son así” estas situaciones suelen pasarse por alto y el ciclo de la violencia puede llegar a la siguiente etapa (Valdivia, Franco y Pérez s/f, p. 60).
- 2. Explosión violenta:** la agresividad se sale de control y se presentan comportamientos de violencia física, emocional o sexual (o las tres), que pueden llegar a poner en riesgo la integridad física de la mujer y su vida.
- 3. Reconciliación:** el agresor busca reconciliarse, muestra arrepentimiento, promete que eso no volverá a suceder y se muestra complaciente y hasta puede apoyar su discurso con regalos y siendo muy cariñoso. Este comportamiento generalmente hace que la mujer sienta que las agresiones han terminado y considera que la violencia ha desaparecido, pero eso no necesariamente es así:

La violencia causa en la persona que recibe un trato violento la necesidad de ser comprensiva y así cree lograr un cambio en su pareja, a veces existe un sentimiento de culpabilidad y de incapacidad de terminar con la relación (Secretaría de Seguridad Pública, 2012, p. 10).

Este ciclo de violencia puede repetirse varias veces de manera continua, muchas veces la pareja todavía está en la reconciliación cuando empieza de nuevo a acumularse la tensión y se desencadena de nuevo el ciclo. Con el paso del tiempo, las manifestaciones violentas se vuelven más agresivas e incluso peligrosas. Es muy importante informar y sensibilizar a las parejas en cuanto al tema de la violencia, para

que, en caso de que estén viviendo un noviazgo violento, se decidan a buscar ayuda y evitar así situaciones que pongan en riesgo su integridad e incluso su vida.

2.1.5 Diversidad

El mundo y la sociedad en la que nacimos, hemos crecido y nos desarrollamos es diversa de por sí, en más de un sentido: costumbres, maneras de pensar, opiniones, gustos, elecciones, religiones, creencias, etc. y esa pluralidad es la que da riqueza a la cultura y favorece el aprendizaje, toda vez que amplía las posibilidades de pensar, sentir, actuar y relacionarse, así como desarrollar valores como el respeto, la inclusión y la tolerancia, por ejemplo.

El pluralismo en una sociedad implica que todas las personas que la conforman deben ser consideradas y respetadas como elementos que pueden favorecer el desarrollo común del grupo. El pluralismo y la diversidad nos enriquecen como humanidad” (Valdivia, Franco y Pérez s/f, p. 59).

Sin embargo, no siempre podemos entender y apreciar la riqueza de la diversidad y es entonces cuando se convierte en motivo de conflictos.

Encontramos respuestas muy variadas ante la diferencia:

- a) **Invisibilización:** “no existes”, “no te veo”, “no hay tal diferencia”.
- b) **Marginación:** “quédate allá donde te corresponde”, “no entres a mi espacio”.
- c) **Asimilación:** “renuncia a lo que eres o te quedas fuera”, “para ser de los nuestros debes ser como nosotros”.
- d) **Multiculturalismo:** “compartimos espacio pacíficamente, pero sólo eso”, “yo respeto tu cultura, tú respeta la mía”.
- e) **Interculturalidad:** “nos enriquecemos en conjunto”, “compartimos espacio, visiones, prácticas y aprendemos mutuamente”, “respeto y aprendo de tu cultura” (Valdivia, Franco y Pérez s/f, p. 59).

La diversidad sexual: “Es el conjunto de diversas preferencias, orientaciones e identidades sexuales y de género que existen en la especie humana: hombre, mujer, heterosexual, homosexual, bisexual, transgénero, transexual e intersexual” (CENSIDA s/f).

Dentro de esa gama diversa, se encuentran distintas manifestaciones de la sexualidad, derivadas de la orientación sexual de las personas que, según la Asociación Americana de Psicología, es una atracción duradera hacia otros, de tipo emocional, sexual, romántico o afectivo. Es claramente distinto a otros componentes de la sexualidad, como son el sexo biológico determinado por los genitales masculinos o femeninos, la identidad de género que es el sentido psicológico, social y cultural de ser hombre o ser mujer, y el rol social de género determinado por las normas culturales respecto a la conducta masculina y femenina. Las personas con orientación heterosexual, se sienten atraídas sexual, emocional y afectivamente hacia personas de distinto sexo; las personas homosexuales sienten atracción afectiva, emocional y sexual por personas del mismo sexo, si esa atracción es entre hombres se les llama homosexuales y si es entre mujeres, lesbianas. En el continuo que va desde la heterosexualidad absoluta hasta la homosexualidad absoluta, hay una amplia gama de bisexualidad, que es cuando hay atracción emocional, afectiva y sexual hacia personas de su mismo sexo y de distinto sexo. La orientación sexual y la conducta sexual son cosas distintas, la primera involucra sentimientos y el concepto de uno mismo o una misma. La conducta sexual es la expresión de la orientación sexual, muchas personas manifiestan dicha orientación a través de su comportamiento, pero no necesariamente es así. Socialmente hemos aprendido lo que es aceptado y lo que no lo es, de manera que podemos expresar con libertad nuestra orientación sexual en nuestra vida privada y no hacerlo en nuestra vida pública o social, como una manera de autoprotección o, en ocasiones, porque la persona todavía se encuentra en el proceso de descubrimiento o de aceptación de su orientación sexual. La orientación sexual:

No se elige, se descubre y no puede cambiarse. No se debe a factores externos, familiares o experiencias. Básicamente hay tres: homosexualidad (atracción por el mismo sexo), heterosexualidad (atracción por el otro sexo) y

bisexualidad (por ambos). De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud ninguna es las tres es enfermedad. Personas con preferencia homosexual, heterosexual o bisexual tienen la misma capacidad reproductiva y para ser buenos padres o madres e integrar familias. Para efectos legales es sinónimo de preferencia sexual.” CENSIDA (s/f)

Dentro de la diversidad sexual se encuentra otra clasificación, presentada por el Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/Sida: (CENSIDA). Está basada en la identidad de género y que no necesariamente implica a la orientación sexual, es decir, las siguientes personas pueden ser heterosexuales, homosexuales o bisexuales.

- **Travesti:** es una persona que disfruta presentando un aspecto físico (atuendo y/o ademanes) socialmente designado para el otro género. El o la travesti no desea cambiar de forma permanente sus órganos sexuales. El travestismo no implica ser homosexual ni viceversa.
- **Transgénero:** es una persona cuya identidad de género no corresponde con su sexo biológico y vive permanentemente como una persona del otro género. La persona transgénero puede realizar diversas modificaciones a su cuerpo pero no altera sus órganos genitales.
- **Transexual:** es una persona con una identidad de género distinta a la atribuida a su sexo biológico. Comúnmente busca modificar sus genitales a través de lo que se conoce como “cambio de sexo”.

Una variante más, que requiere mención aparte, está conformada por personas intersexuales, es decir que tienen características anatómicas del sexo masculino y femenino. No todas las personas intersexuales presentan ambigüedad en sus genitales, es decir, estas características anatómicas de ambos sexos no necesariamente se encuentran en sus genitales. Un error muy generalizado es asimilar la intersexualidad con el hermafroditismo, pero son cosas distintas, este último se refiere a que la persona tiene tejido testicular y ovárico.

La descripción de la diversidad sexual es importante pero no lo es menos abordar el problema de discriminación al que se tienen que enfrentar las personas del colectivo Lésbico, Gay, Bisexual, Transgénero, Transexual, Travesti e Intersexual (LGBTTTI). En apartados temáticos previos se ha expuesto ampliamente el papel que tiene la familia, la sociedad y la cultura en la vivencia de la sexualidad, en la identidad de género y la asignación de los roles esperados para los hombres y las mujeres y, en general, en la vida de las personas. Lo esperado para esas instituciones es lo asociado con lo “normal” y se convierte en lo único aceptado en muchos contextos, de manera que cuando alguien manifiesta conductas distintas, la tendencia automática es calificarle como “anormal” (tanto a la persona como a sus conductas) y tratarle en consecuencia, excluyéndolo del círculo familiar, escolar, laboral, social, etc. dejando de reconocer sus derechos humanos.

Como una medida para evitar la discriminación por sexo, edad, preferencia sexual, nivel socioeconómico, etnia o cualquier otro motivo, en nuestro país contamos desde 2011 con una Ley federal y una local. En la Ley para Prevenir y Eliminar la Discriminación del Distrito Federal, publicada en la Gaceta Oficial del Distrito Federal el 24 de febrero de 2011. Última reforma publicada en la Gaceta Oficial del Distrito Federal el 28 de noviembre de 2014, se explicitan los siguientes términos centrales:

- **Equidad:** Principio conforme al cual toda persona accede con justicia e igualdad al uso, disfrute y beneficio de los bienes, servicios, recursos y oportunidades de la sociedad, así como en la participación en todos los ámbitos de la vida social, económica, política, cultural y familiar (Ley para Prevenir y Eliminar la Discriminación del Distrito Federal, 2014, p. 3).
- **Igualdad:** Acceso al mismo trato y oportunidades, para el reconocimiento, goce o ejercicio de los derechos humanos y las libertades fundamentales (Ley para Prevenir y Eliminar la Discriminación del Distrito Federal, 2014, p. 3).

- **Discriminación:** negación, exclusión, distinción, menoscabo, impedimento o restricción de alguno o algunos de los derechos humanos de las personas, grupos y comunidades en situación de discriminación imputables a personas físicas o morales o entes públicos con intención o sin ella, dolosa o culpable, por acción u omisión, por razón de su origen étnico, nacional, lengua, sexo, género, identidad indígena, de género, expresión de rol de género, edad, discapacidad, condición jurídica, social o económica, apariencia física, condiciones de salud, características genéticas, embarazo, religión, opiniones políticas, académicas o filosóficas, identidad o filiación política, orientación o preferencia sexual, estado civil, por su forma de pensar, vestir, actuar, gesticular, por tener tatuajes o perforaciones corporales o cualquier otra que tenga por efecto anular o menoscabar el reconocimiento, goce o ejercicio, de los derechos y libertades fundamentales, así como la igualdad de las personas (Ley para Prevenir y Eliminar la Discriminación del Distrito Federal, 2014, p. 5).

Como podemos apreciar, esa ley deja pocos huecos y podríamos pensar que todas las personas estamos protegidas contra la discriminación, pero la realidad es distinta, lamentablemente la tendencia social es discriminar, estigmatizar y excluir al o la diferente, como lo reflejó la Encuesta sobre Discriminación en la Ciudad de México 2013, realizada por el Consejo para Prevenir y Eliminar la Discriminación de la Ciudad de México, con personas de 18 años y más. Algunos de los hallazgos fueron:

- 89 por ciento considera que se discrimina a las personas gays, de ese grupo 64 por ciento señaló que se les discrimina *mucho*. 56 por ciento informa que la manifestación más evidente de la discriminación es mediante burlas, insultos y rechazo.
- 89 por ciento afirmó que se discrimina a las mujeres lesbianas, de ese grupo 50.7 dijo que se les discrimina *mucho*. 43 por ciento mencionó las agresiones como expresiones de discriminación.
- 84 por ciento opina que se discrimina a las personas con preferencia u orientación sexual distinta a la heterosexual, de las que 47 considera que se

les discrimina *mucho*. 61 por ciento mencionó que estas personas son objeto de burlas, críticas y desconfianza. 3.4 por ciento de las personas que considera que este grupo es discriminado, mencionó que lo es porque “inducen a los niños al homosexualismo”.

- 78 por ciento de las y los encuestados señaló que se discrimina a las personas bisexuales y el 50 por ciento opina que se les discrimina mucho. 71 por ciento dijo que se les discrimina a través de maltrato, críticas, ofensas y rechazo.
- 81 por ciento indicó que se discrimina a las y los travestis, 61 por ciento consideró que mucho. 35 por ciento considera que la seguridad de estas personas se ve amenazada porque viven agresiones físicas, 22 por ciento informa que se les insulta, 4 por ciento dice que “son mal vistos”, 2 por ciento que son rechazados y 1 por ciento que sus derechos se ven violentados. 20 por ciento mencionó que “es desagradable ver a un hombre vestido de mujer”.
- 75 por ciento señaló que se discrimina a las personas transgénero y 47 por ciento calificó como *mucho* la discriminación de que son objeto. 30 por ciento dijo que “se dice que son antinaturales”, 26 por ciento “no respetan su sexualidad”, 23 por ciento “no los comprende la sociedad” y 21 por ciento “son mal vistos”.
- 71 por ciento consideró que se discrimina a las personas transexuales y 47 por ciento opinó que *mucho*. Los resultados reflejaron que las personas encuestadas tienen una idea confusa de lo que es una persona transexual.
- 69 por ciento dijo que se discrimina a las personas intersexuales y 43 por ciento consideró que *mucho*, sin embargo se encontró que hay un desconocimiento de la situación de este grupo de la población.

Las cifras varían pero el resultado es igual, quienes son objeto de discriminación viven una agresión constante por parte de las personas que les rodean, sea a través del ridículo, burlas, rechazo, críticas o maltrato físico y psicológico lo que puede ocasionar altos niveles de ansiedad, temor, inseguridad y enojo, y esto puede tener repercusiones importantes en su autoimagen y autoestima, en la manera de interactuar

con su entorno o de desenvolverse socialmente. Es común escuchar juicios de valor acerca de las personas con una orientación o identidad sexual distinta a la heterosexual, en términos de que son “inestables”, “explosivas”, “inadaptadas”, etc., pero muy pocas veces hay una reflexión acerca de que la misma sociedad puede estar generando esas conductas en dichas personas, como reacción a la violencia que viven cotidianamente.

Retomando alguna información ya expuesta en otro apartado temático, la autoestima de las personas del colectivo LGTBTTI puede verse severamente dañada como consecuencia de no cubrir las expectativas familiares o sociales en torno a ellas y vivirlo con culpa, lo que las lleva a colocarse en situaciones de alta vulnerabilidad, exponiéndose a conductas de alto riesgo para la adquisición de infecciones de transmisión sexual, incluyendo el VIH y Sida. Lo mismo en personas adultas que adolescentes.

2.1.6 Relaciones y placer

Los dos últimos componentes del modelo de EIS, se presentan juntos debido a su relación tan estrecha. Las y los adolescentes establecen relaciones de noviazgo, que es una etapa de experimentación, conocimiento y autoconocimiento, exploración, búsqueda e intercambio de sentimientos, ideas, creencias, valores, contacto físico como besos y caricias. Es una oportunidad para que ambos descubran cómo pueden relacionarse con una pareja y cómo les gustaría hacerlo, qué necesitan, qué les hace falta, qué deben desarrollar aún más, qué deben aprender todavía, etc. Generalmente se trata de relaciones transitorias y pueden ser el preámbulo para vínculos de mayor duración. Principalmente tiene un sustento afectivo y emocional que brinda compañía y contención a las y los adolescentes en la etapa vital que transitan. El intercambio físico, puede o no llegar a una relación sexual, eso dependerá del deseo de cada integrante de la pareja, de la comunicación clara y directa que establezcan, de la escucha de las necesidades, fantasías y temores de cada uno; que les permitirá conocer qué puede esperar cada quien. Todo en un marco de respeto mutuo de la toma de decisiones acerca de la sexualidad y la reproducción.

Lamentablemente, los roles de género culturalmente definidos, pueden resultar un obstáculo para el establecimiento de una relación equilibrada, respetuosa, donde se negocien los acuerdos, se acepten las diferencias y se asuman responsabilidades compartidas, particularmente en el autocuidado de la salud sexual, la prevención de infecciones de transmisión sexual y embarazos no deseados. Es muy común que las mujeres se coloquen en un lugar dependiente o pasivo que les dificulta proponer a su pareja el uso del condón, al mismo tiempo que el hombre, al tener la creencia errónea de que debe correr riesgos, puede evitar proponer su uso. Evidentemente que, si tienen una relación sexual en este contexto, será de muy alto riesgo (para mayor información puede revisarse el apartado temático sobre Salud sexual y reproductiva de esta tesis).

Al pensar en compartir con otros u otras nuestra sexualidad es necesario identificar las formas de negociar y tomar acuerdos de forma asertiva, buscar que ambas partes compartan la responsabilidad y el cuidado mutuo y evitar cualquier forma de coerción sexual y de manipulación...los procesos de comunicación son de vital importancia, es esencial que ambas voces se escuchen y se tomen en cuenta a manera de relación paritaria, en la cual pienso en mi placer y mi cuidado y en el de la otra persona (Valdivia, Franco y Pérez s/f, p. 45).

En el año 2007 se realizó en nuestro país la Encuesta Nacional de Violencia en las Relaciones de Noviazgo, citada en el apartado temático anterior, con la participación de adolescentes y jóvenes de 15 a 24 años, solteras y solteros. Algunos de los hallazgos fueron que 74.4 por ciento de las mujeres y 62.7 por ciento de los hombres tuvo sólo una relación de noviazgo durante ese año. 15 por ciento de los hombres y 8.2 por ciento de las mujeres encuestadas, tuvieron tres o más relaciones de noviazgo ese año. La diferencia sin duda está directamente relacionada con el género y la permisividad de la que gozan los hombres por encima de las mujeres. También se encontró que, siguiendo un patrón tradicional, los hombres buscan parejas de su edad o menores, mientras que las mujeres generalmente buscan parejas de mayor edad que

ellas, aunque también se relacionan con hombres de su edad. Por otro lado, se identificó una relación entre el tiempo que pasa desde que se conocen hasta que se hacen novios, con la duración del noviazgo o la “formalidad” del mismo (se siente un cierto compromiso), así quienes se conocieron e hicieron novios en menos de un mes, más que un noviazgo establecieron encuentros denominados “frees” en los que no hay compromiso ni a corto ni a mediano plazo (2.8 por ciento). Alrededor de la cuarta parte de las y los adolescentes y jóvenes encuestados, establecieron su relación de noviazgo entre uno y dos años después de conocerse (27.5 por ciento).

El Instituto de las Mujeres del Distrito Federal, en su página web da las siguientes recomendaciones dentro del programa Amores sin violencia: “Si tienes una relación de pareja-noviazgo, toma en cuenta que:

- Las relaciones de pareja se construyen con afinidades y diferencias.
- No te creas el cuento “Y vivieron felices para toda la vida”, el amor puede terminar.
- Tu pareja no es tu media naranja, es una persona independiente y diferente a ti.
- Los conflictos se resuelven mediante el diálogo y el respeto, NUNCA con violencia.”

Una mención adicional en cuanto al tema de las relaciones sexuales entre las y los adolescentes es que, como parte del rol “dominante” que se le ha dado al hombre, hay una tendencia a otorgarle el papel protagónico del encuentro sexual a la penetración, restando importancia al juego amoroso, las caricias, la exploración del cuerpo del otro, el descubrimiento de nuevas sensaciones en el propio, los besos, que son otra manera de dar y recibir placer. Incluso se le considera como “el preámbulo” como si el verdadero placer se sintiera solamente con la penetración. De esta manera ellas y ellos aprenden también a limitarse para sentir placer y reafirman la creencia generalizada de que si no hay penetración durante una relación sexual, no se disfruta o, incluso, no se llega al orgasmo. Desde luego que hay que considerar que la mayoría de los

encuentros sexuales entre adolescentes se dan en situaciones secretas u ocultas, en las que generalmente cuentan con poco tiempo, lo que puede llevarlos a privilegiar la penetración como una manera de “consumar” la relación sexual, llegando el hombre a la eyaculación y orgasmo, y la mujer posiblemente llegue al orgasmo pero lo más probable es que no. Es posible que de esta manera se continúe posicionando a la penetración como el centro del encuentro sexual y así continúe cada quien su vivencia de las relaciones sexuales hasta que en algún momento de la vida logren descubrir que el placer es mucho más de lo que han vivido y puedan reconectarse con su deseo. En realidad poco hacemos las y los adultos para propiciar que adolescentes y jóvenes se conozcan más a sí mismas y mismos en cuanto a su satisfacción sexual, a lo que les gusta y les genera más placer. Nos cuesta trabajo promover la masturbación, el mirarse desnudas y desnudos frente a un espejo de cuerpo entero, el mirar los genitales con un espejo manual, la autoexploración erótica, etc. prácticas todas que conllevan el reconocimiento del propio cuerpo y la apropiación de él, asumiendo el legítimo derecho al placer.

Es oportuno comentar que las y los educadores sexuales hemos pretendido, que en este contexto de premura, las y los adolescentes integren el uso del condón como una práctica de autocuidado. Es importante seguir haciéndolo, es conveniente que les apoyemos para “erotizar” el condón, es muy necesario que sepan que deben practicar ampliamente la colocación del condón, tanto ellas como ellos, para que lleguen a dominar esa práctica y puedan integrarla como parte del juego amoroso y prevengan el contagio de una infección sexual o un embarazo temprano. Lo ideal es que integren el concepto del autocuidado junto con la práctica de la colocación del condón, porque ese concepto les servirá a lo largo de su vida para tomar decisiones vitales para su salud sexual y para su vida en general:

A veces se supone que tener relaciones sexuales sin protección es una forma de mostrar confianza y amor a la pareja, pensando en que el amor lo resuelve todo, incluso las consecuencias negativas de una conducta irresponsable. Se ha encontrado en algunas investigaciones que cuando se considera que las relaciones sexuales son inadecuadas o no válidas desde el punto de vista

moral, eso no siempre impide que se practiquen, pero sí dificulta que las y los jóvenes tengan comportamientos preventivos, porque parecerá que cuidarse es validar una conducta prohibida (Valdivia, Franco y Pérez s/f, p. 44).

Este mismo principio es el que lleva a muchas personas homosexuales a no realizar prácticas preventivas, aunado a un bajo aprecio, o incluso un desprecio por sí mismo o misma, como se mencionó en el apartado temático anterior.

3. Metodología

El presente estudio es de tipo cualitativo, descriptivo y explicativo. Se propone describir la experiencia de la implementación de un programa educativo dirigido a adolescentes, la estructura del programa, la población con la que llevó a cabo y los resultados obtenidos. Mostrará la relación entre la implementación del programa y el conocimiento de las y los adolescentes, en cuanto a su responsabilidad en el cuidado de su salud sexual y reproductiva.

3.1 Justificación

Las y los adolescentes reciben información poco veraz acerca de la sexualidad, las relaciones sexuales y el autocuidado de su salud sexual y reproductiva, particularmente de la protección frente a infecciones de transmisión sexual (ITS) y los embarazos. Generalmente dentro de la familia no se habla de manera abierta acerca de estos temas, probablemente porque la moral sexual establecida, permita brindar creencias y valores, pero no información científica. Lamentablemente en la escuela, aun cuando el curriculum de educación secundaria cuenta con asignaturas como Formación Cívica y Ética, y Tutoría, la educación sexual que se les brinda es muy limitada. Por otro lado, las y los adolescentes tienen un escaso contacto con los servicios de salud, particularmente con los de salud sexual y reproductiva.

Por ello, este programa educativo se propone acercar la Educación Integral de la Sexualidad (EIS) a las y los empacadores, directamente a las tiendas de autoservicio donde laboran, con la finalidad de empoderarles, fortalecer su autoestima, la seguridad en mismas y mismos, la responsabilidad frente a su autocuidado y sensibilizarles acerca de temas tan trascendentes en sus vidas como el ejercicio de una sexualidad

gozosa, libre, responsable y digna a la que tienen derecho; como una manera de contrarrestar la limitada información sobre sexualidad que reciben en sus centros educativos y en la familia.

3.2 Muestra

La muestra con la que se realizó este estudio, fue determinada por la Jefatura de Protección a Menores en el Trabajo, de la Subdirección de Protección a Mujeres y Menores en el Trabajo, adscrita a la Dirección para el Trabajo y la Previsión Social, de la Secretaría del Trabajo y Fomento al Empleo (STFE), del Gobierno del Distrito Federal. Estuvo conformada por 511 adolescentes que se emplean como empacadoras y empacadores en 16 tiendas de autoservicio del Distrito Federal.

En el Anexo 1 se encuentran los oficios girados por esa instancia, en los que se define en qué tiendas de autoservicio se realizarán las sesiones educativas, horarios, número de participantes por sesión y las especificaciones del espacio físico requerido.

3.3 Variables

Variable independiente

La implementación de un programa sobre educación integral de la sexualidad, dirigido a adolescentes que se emplean como empacadoras y empacadores en tiendas de autoservicio.

Variable dependiente

La identificación, por parte de las y los adolescentes, del autocuidado de su salud sexual y reproductiva.

3.4 Planteamiento del problema

Como se ha mencionado, las y los adolescentes cuentan con información limitada tanto en la familia como en la escuela, en lo que respecta a la sexualidad por lo que sus dudas e inquietudes generalmente las dirigen hacia su grupo de pares, quienes se encuentran en la misma situación. Consultar con algún adulto o adulta, puede resultar amenazante, les da vergüenza, no saben a dónde recurrir para solicitarla o a quién preguntar. Esto dificulta que las y los adolescentes se apropien de la responsabilidad que tienen en el cuidado de su salud sexual y reproductiva, así como la toma de decisiones frente a situaciones propias de su edad, algunas simples y cotidianas y otras sumamente complejas y que tienen implicaciones de gran trascendencia para su vida futura. En algunas situaciones, la información que brinda la familia, la religión, los amigos y los medios de comunicación, confunde a las y los adolescentes, más que ayudarles, por ejemplo acerca de las relaciones sexuales a temprana edad. Por un lado se les considera inapropiadas, particularmente por parte de la familia, la escuela y la religión; por otro los medios de comunicación saturan de estímulos sexuales a adolescentes y jóvenes, y en algunos círculos sociales como grupos de amistades o compañeros y compañeras de escuela o trabajo, las promueven como algo deseable, que incluso da cierto status dentro del grupo de pares. Frente a esto, lo común es que las y los adolescentes no tengan conciencia de que deben y pueden cuidar de su salud sexual y reproductiva.

Por ello, la pregunta de investigación en este estudio es ¿un programa sobre educación integral de la sexualidad, implementado para las y los adolescentes empacadores, les proporciona información que favorezca el autocuidado su salud sexual y reproductiva?

3.5 Objetivo

Informar y sensibilizar en educación integral de la sexualidad a adolescentes de 14 y 15 años, que se emplean como empacadoras y empacadores en tiendas de autoservicio del Distrito Federal.

3.6 Hipótesis

Un programa sobre educación integral de la sexualidad, implementado para las y los adolescentes empacadores, les proporciona información que favorece el autocuidado su salud sexual y reproductiva.

4. Programa de educación integral de la sexualidad dirigido a adolescentes empacadoras y empacadores de tiendas de autoservicio del Distrito Federal

4.1 Contexto

En el año 2012, con el patrocinio de la Dirección General de Igualdad y Diversidad Social (DGIDS), de la Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL), del Gobierno del Distrito Federal (GDF), se colaboró con la Jefatura de Protección a Menores en el Trabajo (JUDPMT), de la Subdirección de Protección a Mujeres y Menores en el Trabajo, adscrita a la Dirección para el Trabajo y la Previsión Social, de la Secretaría del Trabajo y Fomento al Empleo (STFE), del GDF; en la realización de un programa educativo dirigido a informar y sensibilizar en temas que conforman la Educación Integral de la Sexualidad (EIS), a adolescentes que se emplean como empacadoras y empacadores en tiendas de autoservicio.

El programa educativo se desarrolló en las instalaciones de las tiendas de autoservicio en las que laboraban las y los adolescentes. Fue de esta manera porque, al ser menores de edad, no tienen permiso de sus madres, padres o tutores, para trasladarse fuera del área de la tienda. Además, los directivos de las tiendas deben otorgar un tiempo y un espacio para la impartición de cursos o talleres a las y los empacadores, en diferentes temáticas.

4.2 Programa desarrollado

El programa educativo consistió en la realización de sesiones educativas con duración de dos horas, en las que se informó a las y los adolescentes empacadores, acerca de diversas temáticas que conforman la EIS, como son:

- Sexualidad

- Noviazgo
- Violencia en el noviazgo
- Trata de personas
- Embarazo de adolescentes
- Derechos sexuales y reproductivos
- Orientación Sexual
- Uso correcto y consistente del condón femenino y masculino
- Pastilla de Anticoncepción de Emergencia
- Interrupción Legal del Embarazo

Las sesiones educativas dieron inicio con un primer ejercicio para dar la bienvenida y propiciar la integración grupal, al tiempo que se hacía una breve presentación de las y los participantes. Posteriormente, se proyectó y analizó un video educativo especial para adolescentes, con temáticas relacionadas con el noviazgo, amistad, diversidad sexual, violencia en el noviazgo, consumo de drogas y abuso sexual. En todo momento se motivó a las y los adolescentes a participar y expresar sus opiniones, comentarios, dudas y consultas. Posteriormente se realizó una exposición temática completamente participativa, es decir, a partir de lo que ellas y ellos conocían sobre el tema a tratar se iban exponiendo los contenidos temáticos, siempre con la participación activa del grupo. Durante esta exposición se realizaron ejercicios didácticos que facilitaron que la sesión educativa fuera vivencial. Se fueron clarificando dudas en cuanto surgían. En la parte final de cada sesión, se solicitó a las y los participantes que calificaran la calidad de la misma a través de un formato, así como que anotaran qué mensaje les dejó la sesión educativa. Al cierre de la sesión se distribuyeron condones masculinos, solicitados en donación antes del inicio del programa educativo, a la Secretaría de Salud del Distrito Federal (SSDF). En el Anexo 2 se adjunta la carta programática.

4.3 Resultados de la aplicación del programa

El programa educativo propuesto se llevó a cabo de manera satisfactoria. A lo largo de cuatro meses se realizaron 20 sesiones educativas de información y sensibilización en

16 tiendas de autoservicio del Distrito Federal. Se contó con la participación de 511 adolescentes, 45 por ciento mujeres y 55 por ciento hombres. Todas y todos con edades entre 14 y 15 años y estudiando la escuela secundaria de manera regular. Fue una constante en todos los grupos el gran interés mostrado por las y los participantes hacia la exposición, los temas y el video educativo, permitiendo que se diera un intercambio de ideas, creencias y vivencias muy enriquecedor.

Fue notorio el desconocimiento por parte de las y los participantes, de las temáticas abordadas, por ejemplo consideraban a la sexualidad como sinónimo de relaciones sexuales, de manera que algunos comentarios externados fueron que ellos “todavía no tenían sexualidad”. Otro tema fue la responsabilidad y la posibilidad de hacerse cargo del cuidado de sí mismas y mismos, en general y en lo que respecta a sus relaciones afectivas y, por consiguiente, a su salud sexual y reproductiva. Lo más claro fue en el tema de violencia y violencia en el noviazgo, fue difícil que identificaran actos violentos por parte de su padre o madre por ejemplo, sus comentarios fueron que les insultaban o, incluso les daban algún golpe “porque me porto mal” o porque “me lo merezco”, justificando así esas acciones. También por parte de sus amigas o amigos, y novias o novios, decían “nos llevamos pesado” o “no crea, yo también le doy”, asumiendo que porque ellas o ellos también los descalificaban o le daban empujones o pellizcos, era “sólo un juego”. Lamentablemente, hubo comentarios en cuanto a sus maestras o maestros, quienes los ridiculizaban frente al grupo cuando no cumplían con sus tareas escolares o cuando tenían una conducta inapropiada. Podemos decir que las y los adolescentes con quienes se realizaron las sesiones educativas, tenían naturalizada la violencia. Evidentemente también el tema de derechos humanos en general y derechos sexuales y derechos reproductivos en particular, resultó desconocido para ellas y ellos.

Otra evidencia respecto a la falta de conocimiento, se halló durante la realización de un ejercicio en el que, con la ayuda de un dildo algunas y algunos participantes hicieron una demostración de la colocación del condón masculino, se les pidió que explicaran los pasos que iban dando. Se observó una limitación importante para aplicar la información que conocen más allá de sólo repetirla, es decir, prácticamente todas y

todos podían enunciar los pasos para la colocación correcta del condón masculino, pero cuando debían llevarlos a cabo en el ejercicio, la mayoría tenía errores. El complemento de este ejercicio fue que la instructora hizo la demostración de la colocación correcta del condón y, tras un ejercicio repetido por parte de las y los participantes, la mayoría pudo realizarla de manera correcta.

Durante las sesiones educativas, las y los participantes mostraron mayor interés en temas como: violencia, violencia en el noviazgo, discriminación por homofobia, machismo, celos, presión para tener relaciones sexuales, condón femenino, película protectora para el sexo oral, embarazo no planeado, hostigamiento sexual, trata de personas y discriminación por edad.

Al finalizar la sesión educativa se les pidió que calificaran la calidad de la misma. Prácticamente la totalidad (97 por ciento) de las y los adolescentes consideraron excelente la utilidad de la información que recibieron y la claridad del lenguaje utilizado por la instructora. Asimismo, puntualizaron que se les respondieron las preguntas que plantearon durante la sesión y que recibieron un trato respetuoso y cordial. Como parte del formato para la evaluación de la calidad (Anexo 3), se les preguntaba ¿Qué mensaje te llevas de la sesión educativa? En cuanto al mensaje que les dejó la sesión educativa, fue muy satisfactorio que las y los participantes refirieran de manera destacada aspectos relacionados con el cuidado y protección de su persona, la responsabilidad para ello y para evitar ser presionado o abusado por parte de la novia o el novio, no sólo sexualmente sino en la falta de respeto a sus decisiones, a lo que quiere y no quiere hacer. Fue muy significativo que ellas y ellos pudieran identificar algunos de sus derechos sexuales y derechos reproductivos, como el hecho de tener recursos como los anticonceptivos, a los cuales recurrir para evitar un embarazo, así como los condones masculino y femenino y la película protectora para el sexo oral, para prevenir el contagio de una infección de transmisión sexual (ITS). Otro derecho sexual que identificaron, fue que ellas y ellos pueden decidir por sí mismos y mismas si quieren o no tener relaciones sexuales y planear su primer encuentro sexual

decidiendo cuándo, dónde y con quién quieren tenerlo, situación por demás destacada, toda vez que implica un empoderamiento personal para no dejarse presionar o “influenciar” por la pareja o los amigos. Otro signo de empoderamiento fue el hecho de considerar que tanto las mujeres como los hombres deben conocer los pasos para la colocación correcta del condón masculino, toda vez que los hombres no necesariamente tienen un dominio de esta práctica; esto se vio reflejado en algunos grupos en los que las adolescentes tuvieron más iniciativa para solicitar condones masculinos al final de las sesiones educativas (como se mencionó anteriormente, se contó con una donación de condones masculinos para distribuir en los grupos). Asimismo, poder mencionar que es necesario usar un condón en cada relación sexual, refleja que se apropiaron del mensaje no sólo del uso correcto sino también del uso consistente del condón, lo que puede ser el inicio de una práctica de autocuidado de la salud sexual.

El derecho a una vida libre de violencia sexual lo identificaron claramente, al hacer mención de que ellas y ellos deben exigir respeto a su persona y no permitir el maltrato ni psicológico ni físico, por parte de nadie, madre, padre, novio, novia, docentes, etc, así como no maltratar a las demás personas ni abusar de ellas. Otro hallazgo fue el reconocimiento de que hay mucha información que desconocen respecto a la sexualidad, empezando por lo que es la sexualidad, que va más allá de las relaciones sexuales, una participante expresó el mensaje con el que se quedó después de la sesión educativa, así: “que la sexualidad es un tema importante que tiene que ver con respeto y responsabilidad y que no se le da la importancia necesaria”. Mencionaron también que deben informarse adecuadamente para tomar “buenas decisiones” y hacerlo con responsabilidad. Se sugirió a los participantes que, frente a una duda sobre alguno de los temas, recurrieran a sus maestras y maestros, orientadoras y orientadores de su escuela, y al centro de salud más cercano, donde hay servicios gratuitos para adolescentes y jóvenes.

El conocimiento de sí mismas y mismos, fue otro de los mensajes que se llevaron de la sesión educativa, uno de los participantes comentó “que en la adolescencia es difícil

tomar decisiones correctas, sin embargo tenemos que conocernos para poder encontrar la decisión más correcta”. El autoconocimiento lo refirieron en cuanto a sus valores y creencias y también en cuanto a su sexualidad, la manera en que la expresan y, por último en cuanto a lo que quieren lograr en la vida y lo que deben y pueden hacer para conseguirlo. De manera particular, las y los adolescentes que participaron en las sesiones educativas, mencionaron al condón femenino y la película protectora para el sexo oral, como objetos totalmente novedosos para ellas y ellos.

Los resultados obtenidos en esta experiencia con adolescentes, llevaron a la instructora a identificar la necesidad de diseñar un pequeño manual, para realizar cuatro sesiones educativas con el mismo grupo, a diferencia del programa realizado, donde se llevó a cabo una sesión educativa con cada grupo. Con esta propuesta de cuatro sesiones, se tendrá la oportunidad de brindar la información básica en lo que respecta a la educación integral de la sexualidad.

4.4 Manual para la realización de sesiones educativas de información y sensibilización sobre Educación Integral de la Sexualidad

El presente manual está dirigido a la o el instructor que llevará a cabo las sesiones educativas y le proporciona los recursos necesarios para su conducción. La presentación de cada sesión está estructurada por:

- **Objetivo** – presenta el propósito de la sesión educativa.
- **Materiales educativos** – recopilación de los aspectos más relevantes del tema y que pueden resultar de mayor utilidad para las y los adolescentes.
- **Insumos** – material requerido para la realización de los ejercicios propuestos para la sesión educativa.
- **Desarrollo** – descripción de las actividades a realizar y los tiempos para cada una.

Las sesiones requieren una preparación previa, la instructora o instructor deberá revisar el capítulo 1 de esta tesis y los contenidos temáticos correspondientes al tema a tratar en el capítulo 2. Además, es deseable que el material educativo se lleve impreso y en cantidad suficiente para entregar a cada participante, con el propósito de que se lo lleve, lo pueda consultar después de la sesión educativa y lo comparta con sus amigas, amigos, compañeros y compañeras de clase, hermanas, hermanos, padre, madre, etc.

Las actividades educativas están programadas para realizarse en sesiones con una duración de 2 horas y la propuesta es realizar una para cada tema. La periodicidad se definirá con base en las condiciones y posibilidades de instructores y participantes. Se sugiere trabajar con un grupo mixto en cuanto al género y no mayor de 30 adolescentes. Es importante que se cuente con un espacio amplio, ventilado e iluminado adecuadamente, con sillas y mesas de trabajo en cantidad suficiente

Es recomendable que, al término de una sesión educativa, se solicite a las y los participantes que califiquen la calidad de la misma, la de la o el instructor, y la utilidad de los contenidos temáticos. En el Anexo 3 se encuentra un formato para estos fines, que puede usarse como referente para diseñar uno específico a la audiencia con la que se trabaje.

Es deseable que la o el instructor tenga experiencia en la realización de talleres, cursos, pláticas o alguna otra actividad educativa con adolescentes, preferentemente en temas relacionados con la Educación Integral de la Sexualidad. Es indispensable tratar todos los temas con seriedad, ocupar lenguaje científico y adecuado a la edad de las y los participantes, mantener en todo momento una actitud respetuosa, abierta y dispuesta, así como responder todas las preguntas formuladas por las y los adolescentes de manera clara y puntual.

Objetivo

Facilitar la realización de reuniones educativas para informar y sensibilizar en educación integral de la sexualidad, a adolescentes de 14 y 15 años que se emplean como empacadoras y empacadores en tiendas de autoservicio del Distrito Federal.

Sesiones educativas

1. Noviazgo y violencia en el noviazgo

Las y los adolescentes establecen relaciones de noviazgo, que es una etapa de experimentación, conocimiento y autoconocimiento, exploración, búsqueda e intercambio de sentimientos, ideas, creencias, valores, contacto físico como besos y caricias. Es una oportunidad para que ambos descubran cómo pueden relacionarse con su pareja y cómo les gustaría hacerlo, qué necesitan, qué les hace falta, qué deben desarrollar aún más, qué deben aprender todavía, etc. Generalmente se trata de relaciones transitorias y pueden ser el preámbulo para vínculos de mayor duración. Principalmente tiene un sustento afectivo y emocional que brinda compañía y contención a las y los adolescentes en la etapa vital que transitan.

El noviazgo no siempre transcurre de manera armónica sino que, en ocasiones, se presentan acciones u omisiones que tienen el propósito de dominar, someter o imponer el control a la pareja y que ocasionan daño físico, emocional y sexual, estamos hablando de la violencia en el noviazgo.

Objetivo

Informar acerca del noviazgo funcional y el disfuncional, y sensibilizar para la identificación de conductas violentas, que pueden atentar contra la integridad física, moral, emocional y espiritual de la o el adolescente.

Materiales educativos

Los materiales correspondientes a esta sesión educativa son tres:

Primero - descripción muy detallada acerca de la violencia en el noviazgo, las actitudes de violencia física, emocional y sexual más evidentes.

Segundo - lista de verificación de conductas que pueden denotar violencia y control sobre la pareja y las consecuencias de la violencia en el noviazgo.

Tercero - recomendaciones importantes para las adolescentes que están viviendo violencia en su relación de noviazgo y para las que tienen amigas o amigos en esa situación.

PRIMER MATERIAL

Violencia en el noviazgo

Si en tu relación de pareja te sientes incómoda, insegura, temerosa y/o confundida, es posible que esa relación te esté haciendo daño. Es necesario averiguarlo y tomar medidas de seguridad personal.

Las actitudes violentas más evidentes son:

Violencia física:

- Empujones
- Pellizcos
- Coscorriones
- Rasguños
- Puntapiés
- Golpes
- Mordeduras
- Chupetones
- Puñetazos
- Bofetadas
- Estrangulamiento
- Agresiones con armas

Violencia emocional:

- Insultos
- Gritos
- Amenazas
- Intimidaciones
- Castigos
- Sometimiento
- Chantajes
- Descalificaciones
- Humillaciones

Violencia sexual: el tipo más frecuente de esta agresión es la llamada *violación por confianza*, que sucede cuando la adolescente o joven es presionada por su pareja a través de insinuaciones, chantajes o amenazas para tener relaciones sexuales, el ejemplo más clásico es pedirle “la prueba de amor”. Generalmente la pareja logra que la mujer acepte, aun en contra de sus deseos.

SEGUNDO MATERIAL

Verifica si alguna de las situaciones que se mencionan a continuación suceden en tu relación de pareja y te hacen sentir incómoda, temerosa y/o confundida

- Quiere controlar todo lo que haces y piensas.
- Quiere saber con detalle lo que haces en el tiempo que no pasan juntos y exige explicaciones acerca de dónde estuviste, con quién te encontraste o a quiénes vas a ver, los horarios y el tiempo que permaneciste en cada lugar, cuánto tiempo estarás fuera, el horario de regreso, etc. y para comprobar que dices la verdad, te llama constantemente.
- Quiere decidir, de cualquier manera, cómo debes pensar o comportarte.
- Vigila, critica o pretende que cambies tu manera de vestir, de peinarte, de maquillarte (en el caso de las mujeres), de hablar o de comportarte.
- Te prohíbe varias cosas.
- Se enoja súbitamente.
- Revisa tus pertenencias, tu diario, celular o correo electrónico para conocer “la verdad”.
- Quiere que adivines sus deseos y pensamientos y cuando no lo haces te recrimina.
- Te hace responsable o te culpa de todo lo malo que le sucede.
- Se apropia de tus cosas (dinero, objetos).
- Te presiona para que hagas dieta o ejercicio.
- No respeta tu intimidad.
- Te hace sentir menos al compararte con otras personas.
- No reconoce tus cualidades, únicamente tus defectos.
- Te ha tratado con crueldad o te ha humillado alguna vez.
- Te prohíbe, amenaza, manipula con respecto a tus estudios, trabajo, costumbres, actividades o relaciones que desarrollas.
- Muestra celos continuamente.
- Te acusa de infidelidad.

- Limita y trata de acabar la relación que tienes con tu familia, amigos, vecinos, compañeros de estudio o trabajo, con el argumento de que no confía en que puedan ser una buena influencia para ti.
- Crítica o ridiculiza las costumbres y tradiciones de tu familia.
- Tu pareja decide cuándo verse, a qué hora, dónde, tipos de salidas, etc. de acuerdo a su conveniencia.
- Te ha obligado o presionado para tener relaciones sexuales.
- Quiere tener relaciones sexuales sin protección.
- Durante una relación sexual te pide que hagas cosas que no deseas o te desagradan. Si te niegas, se molesta. Si lo haces te sientes mal contigo misma.
- Te ha tocado, besado o acariciado sin tu consentimiento.
- Siempre quiere tener la razón.
- Te ha dado un empujón, un jalón de cabellos, un golpe o una bofetada alguna vez.
- Se niega a conversar o discutir con franqueza acerca de los conflictos o los desacuerdos entre ustedes.
- Coquetea con otras personas delante de ti o en secreto.
- Te insulta, se burla de ti o te descalifica públicamente.
- Durante una reunión social hace bromas tomándote a ti como referente.
- Si están en una reunión social, él decide en qué momento deben irse, sin considerar tu opinión.
- En una reunión social te inquietan los temas de conversación, porque sabes que algunos lo pueden disgustar y temes su reacción.
- Se enoja, te sientes mal y no puedes decirle nada.
- Si se enoja mucho contigo, piensas que podría pegarte.
- Es una persona agradable, simpática e incluso respetuosa con las demás personas pero totalmente distinto contigo.
- Cuando discuten, sientes miedo.
- Cuando no quieres hacer algo que él te pide, sientes que no puedes negarte y no sabes cómo decirle que no.
- Tiende a hacer escándalos en público o en privado por cualquier causa.

- Cuando has pensado en dejar la relación piensas que nunca serás feliz y temes por su reacción.
- Se enoja y deja de hablarte por varios días.
- Te provoca miedo por sus reacciones.
- Todo el tiempo tienes que cuidar lo que platicas con él porque temes decirle algo que “lo ponga de malas”.
- Te dice o pretende hacerte sentir que eres tonta o incapaz.

IMPORTANTE: estas conductas puede manifestarlas con un malestar obvio, o pretendiendo que bromea o que “sólo está conversando”. Algunas de estas situaciones pueden parecerle “normales”, pero pueden ser peligrosas si se repiten a menudo y cada vez son más intensas.

Algunas **consecuencias** de la violencia en el noviazgo son:

- Aislamiento.
- Fracaso escolar o bajo rendimiento laboral.
- Trastornos de la alimentación.
- Trastornos del sueño.
- Adicciones.
- Embarazos no deseados.
- Infecciones de transmisión sexual.
- Problemas en tu salud física y emocional.
- Depresión que te puede llevar a pensar en el suicidio.

TERCER MATERIAL

Debes tener en cuenta que:

- Si estás en un caso de violencia en tu relación de pareja, es importante que sepas que su violencia tiene que ver con su historia personal y no con lo que tú haces o dejas de hacer. Tu papel es buscar ayuda.
- En el noviazgo la violencia es muy sutil y va creciendo poco a poco con el tiempo. Las personas sin darse cuenta y al vivir en un entorno violento, frecuentemente aprenden a relacionarse de esa manera.
- Siempre estás a tiempo, haz un alto y busca entender lo que está pasando, toma las decisiones necesarias como alejarte, pedir ayuda a un profesional especializado y denunciar.
- Las conductas violentas no enriquecen ni estimulan tu relación, al contrario, la enferman. No es válido pensar “sólo estamos jugando”, “me cela porque me quiere”, “me dice cómo vestirme porque le intereso”, “me vigila todo el tiempo porque no quiere que me pase algo malo”, “me golpeó porque yo lo provoqué”.
- Tú tienes el poder para decidir sobre tu felicidad, sobre a quién debes amar y sobre tu sexualidad.

¡Nadie debe obligarte ni someterte!

¿Qué hacer si estoy viviendo violencia en el noviazgo?

- Hablar con alguna persona de confianza que sepas que te respetará (tu madre, hermana, amiga, maestra, jefa, etc.). Recuerda que quedarte con el problema no te ayudará a resolverlo.
- Cuando salgas con tu pareja, dile a alguien de tu confianza a dónde irán, qué planes tienen y a qué hora estarás de regreso. Hazle saber a tu pareja que tu familia y amigos saben con quién te encuentras y esperan tu regreso.

- Siempre trae contigo una tarjeta telefónica, un teléfono móvil con batería y crédito, dinero e identificación.
- Si tienes miedo de sus reacciones, nunca salgas a solas con él o ella, ni vayas a su casa o a la casa de algún amigo o amiga, siempre asiste a lugares públicos.
- Busca orientación con alguna persona profesional que conozca el tema (la orientadora de la escuela, el personal del centro de salud, algún grupo de ayuda mutua, etc.)
- Acude a lugares especializados, en donde te brindarán alternativas para que puedas salir de esa relación violenta.

¡Debes pedir ayuda!

¿Qué hacer si mi amiga o amigo vive violencia en el noviazgo?

- Escucha con atención. Sólo escúchale sin interrumpir.
- No juzgues, no digas “¿por qué no lo dejas o la dejas?” “Eres una tonta o tonto, si yo fuera tú, lo o la dejaría “.
- Acompáñale, no le dejes sola o solo, en esos momentos necesita apoyo emocional.
- Ayúdale a buscar información y hazle saber que hay instituciones que pueden brindarle apoyo y orientación. En cada delegación del Distrito Federal hay una unidad del Instituto de las Mujeres, que puede atender estos casos.

El material educativo presentado para esta sesión, fue tomado de:

www.amor.com.mx (Recuperado el 15 de julio de 2015).

<http://vidasinviolencia.inmujeres.gob.mx/vidasinviolencia/?q=vivesenviolencia>

(Recuperado 4 de agosto de 2015).

www.inmujeres.df.gob.mx/wb/inmujeres/tipos_y_modalidades_de_violencia_contra_las_mujeres (Recuperado el 18 de julio de 2015).

Secretaría de Seguridad Pública, Guía del taller Prevención de la violencia en el noviazgo, 2012 pp. 5 – 10.

Insumos

- ✓ Hojas blancas
- ✓ Marcadores de colores
- ✓ Formato para la evaluación de la calidad (uno por participante)
- ✓ Material educativo impreso (un juego por participante)

Desarrollo

Actividad	Tiempo estimado
<p data-bbox="256 1514 762 1547">Bienvenida, presentación e integración.</p> <p data-bbox="256 1597 1222 1675">El o la instructora se presentará e informará el propósito de la sesión y el tema a tratar.</p> <p data-bbox="256 1724 1222 1854">Ejercicio 1: presentación por parejas, como son un grupo que ya se conoce, que cada participante presente a alguien más, mencionando cuál es su pasatiempo favorito.</p>	<p data-bbox="1262 1671 1358 1704">15 min.</p>

Actividad	Tiempo estimado
Explorar qué conocimientos tienen las y los participantes sobre el tema.	5 min.
Exposición participativa (exposición temática retomando las ideas que expresaron las y los participantes, formulando preguntas para involucrarles en la exposición y preguntando continuamente si hay dudas y, cuando las haya, resolverlas).	30 min.
<p>Ejercicio 2 (opción A): seleccionar del segundo material educativo “Verifica si alguna de las situaciones...” algunos enunciados, (en número suficiente para cada participante) y anotar en pedazos de papel (una idea en cada trozo de papel).</p> <p>Doblar todos los pedazos de papel y colocarlos en un recipiente.</p> <p>Solicitar a cada participante que tome un pedazo de papel, lo lea en voz alta y responda si en su relación de noviazgo (actual o la más reciente) sucede eso, si es así, debe comentar quién lo hace, si él o ella, o su pareja. Si el grupo es muy numeroso, dar la palabra aproximadamente a la mitad de las personas.</p> <p>Ejercicio 2 (opción B) seleccionar del segundo material educativo “Verifica si alguna de las situaciones...” algunos enunciados, (en número suficiente para cada participante) y anotar en pedazos de papel (una idea en cada trozo de papel). Preparar igual número de enunciados que sean opuestos a los del listado, por ejemplo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se enoja y deja de hablarte por varios días. • Cuando se enoja dialoga contigo inmediatamente para expresarte 	50 min.

Actividad	Tiempo estimado
<p>la razón de su enojo y llegar a acuerdos.</p> <p>Doblar todos los pedazos de papel y colocarlos en un recipiente.</p> <p>Solicitar a cada participante que tome un pedazo de papel, lo lea en voz alta y responda si en su relación de noviazgo (actual o la más reciente) sucede eso, si es así, debe comentar quién lo hace, si él o ella, o su pareja. Cuando se trate de acciones positivas y refiere que no lo hacen, deberá explicar por qué no lo hacen. Si el grupo es muy numeroso, dar la palabra aproximadamente a la mitad de las personas.</p>	
<p>Clarificación de dudas y preguntas generales.</p> <p>TAREA: El o la instructora dejará de tarea que compartan, al menos con una persona, la información que les haya parecido más importante de la sesión educativa.</p>	10 min.
<p>Aplicación de formato de evaluación de la calidad, entrega de los materiales educativos impresos y distribución de condones masculinos.</p>	10 min.

2. Autocuidado y prevención de infecciones de transmisión sexual y embarazos no deseados

Una conducta generalizada entre las y los adolescentes es que conocen poco su propio cuerpo y tiene poca conciencia de su responsabilidad en el cuidado de su salud. Lo más común es que su madre o padre no les hayan dado suficientes recursos e información al respecto. Por ello es necesario que sepan que ellas y ellos son

responsables por el cuidado de su cuerpo y su salud sexual y reproductiva y las medidas más eficaces para prevenir las infecciones de transmisión sexual (ITS) y los embarazos no deseados.

Es muy importante informar a las y los adolescentes acerca de las ITS incluyendo el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (Sida), qué son, cómo se adquieren y cómo prevenirlas. Así como informarles acerca de los métodos anticonceptivos.

Objetivo

Sensibilizar acerca del autocuidado de la salud sexual y reproductiva, e informar de manera general acerca de las infecciones de transmisión sexual y los métodos anticonceptivos.

Materiales educativos

Los materiales correspondientes a esta sesión educativa son dos:

Primero - descripción de lo que es, cómo se manifiestan y qué consecuencias tienen, cómo se transmiten y cómo se previenen las ITS más frecuentes.

Segundo – información acerca de los métodos anticonceptivos, su clasificación, descripción y porcentaje de efectividad.

PRIMER MATERIAL

Infecciones de Transmisión Sexual (ITS)

A continuación se describen las principales ITS. En todos los casos, la recomendación es acudir a la unidad de salud en cuanto aparecen los primeros síntomas o ante la sospecha de tener una infección o que la padezca la pareja sexual.

GONORREA			
¿Qué es?	¿Cómo se manifiesta?		¿Qué consecuencias tiene?
Infección ocasionada por una bacteria que puede afectar el pene, vagina, cuello del útero, ano, uretra y garganta	Mujer	Hombre	<p>Si no se atiende oportunamente puede afectar las articulaciones. También puede causar esterilidad, tanto en hombres como en mujeres.</p> <p>Durante el embarazo puede ocasionar muerte del feto o parto prematuro.</p> <p>Al momento del parto, puede transmitirse a la o el neonato y causarle infecciones en la sangre, articulaciones y ojos.</p>
	<p>Puede no presentar síntomas pero sí contagiarlo durante meses. Cuando aparecen son:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Flujo vaginal amarillento. • Dolor o comezón al orinar. • Dolor al tener relaciones sexuales. • Hinchazón o hipersensibilidad en la vulva. • Comezón en el ano. 	<p>Los síntomas aparecen más rápidamente (de 7 a 10 días generalmente) y son:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Secreción amarillenta por la uretra. • Dolor o ardor al orinar. • Necesidad de orinar con más frecuencia que la usual. • Comezón en el ano. 	
¿Cómo se transmite?		¿Cómo se previene?	
<ul style="list-style-type: none"> • Por relaciones sexuales vaginales, anales y orogenitales sin protección. 		<ul style="list-style-type: none"> • Usar correctamente condón masculino o femenino y película protectora para el sexo oral, en cada relación sexual. 	

SÍFILIS		
¿Qué es?	¿Cómo se manifiesta?	¿Qué consecuencias tiene?
<p>Infección ocasionada por una bacteria que puede afectar el pene, vagina, ano, uretra, los labios y la boca</p>	<p>Generalmente no se presentan síntomas y cuando los hay son leves y pasan inadvertidos.</p> <p>Esta infección evoluciona por etapas, que se pueden superponer y pueden estar separadas por fases asintomáticas.</p> <p>Los síntomas de cada fase son:</p> <ul style="list-style-type: none"> • (Entre 3 semanas y 3 meses) Una o más llagas o úlceras no dolorosas en los órganos genitales, cuello del útero, senos, ano o en la boca, que desaparecen espontáneamente, incluso sin tratamiento. Ganglios inflamados. • (De 3 a 6 semanas posteriores) Erupciones corporales en las palmas de las manos y plantas de los pies. Fiebre, fatiga, dolor de garganta, pérdida de pelo y de peso, ganglios inflamados, dolor de cabeza y dolores musculares. • (Entre 1 y 20 años) Lesiones graves en sistema nervioso, corazón, cerebro, incluso puede provocar la muerte. 	<p>Si no se atiende oportunamente la infección, pueden avanzar las fases y llegar a ocasionar severos trastornos en la salud e incluso la muerte.</p> <p>Durante el embarazo puede ocasionar aborto, que el feto nazca muerto o graves defectos congénitos, como daños al corazón, cerebro y huesos, e incluso ceguera.</p>
<p>¿Cómo se transmite?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Por relaciones sexuales vaginales, anales y orogenitales sin protección. 	<p style="text-align: center;">¿Cómo se previene?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Usar correctamente condón masculino o femenino y película protectora para el sexo oral, en cada relación sexual. • Durante el embarazo se puede tratar a la madre que tiene sífilis para evitar el contagio a la o el neonato. • Se debe notificar a la pareja actual y a las anteriores (las que se tuvieron varios meses antes del diagnóstico), para que reciban tratamiento. 	

HERPES GENITAL						
¿Qué es?	¿Cómo se manifiesta?	¿Qué consecuencias tiene?				
<p>Infección crónica (persistente) ocasionada por un virus, que puede afectar el pene, escroto, vulva, vagina, cuello del útero, glúteos o ano</p>	<p>Generalmente no presenta síntomas, cuando los hay son leves, o no se asocian a la infección y pasan inadvertidos.</p> <p>Esta infección puede presentarse una sola vez o tener recurrencias.</p> <p>Los síntomas son:</p>	<p>En muchas ocasiones solamente aparece una vez, pero es probable que se vuelva recurrente.</p> <p>Los síntomas del herpes pueden ser más dolorosos y duraderos en personas que tienen alguna enfermedad u otra infección que debilite su sistema inmunológico, como en el caso del VIH.</p> <p>Si la mujer adquiere esta infección durante el embarazo, hay mayor probabilidad de que lo transmita al feto, pudiendo ocasionar un cuadro grave que ponga en riesgo la vida de éste.</p>				
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Mujer</th> <th>Hombre</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> <ul style="list-style-type: none"> • Ámpulas o úlceras en la vulva, entrada de la vagina y cuello del útero. </td> <td> <ul style="list-style-type: none"> • Ámpulas o úlceras en el prepucio, pene o escroto. </td> </tr> </tbody> </table>		Mujer	Hombre	<ul style="list-style-type: none"> • Ámpulas o úlceras en la vulva, entrada de la vagina y cuello del útero. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ámpulas o úlceras en el prepucio, pene o escroto.
	Mujer		Hombre			
<ul style="list-style-type: none"> • Ámpulas o úlceras en la vulva, entrada de la vagina y cuello del útero. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ámpulas o úlceras en el prepucio, pene o escroto. 					
<p>En ambos pueden aparecer alrededor del ano y en los glúteos.</p> <p>Además:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ardor. • Comezón. • Llagas abiertas. • Fiebre. • Dolor muscular. • Inflamación de los ganglios inguinales. • Dolor de cabeza • Sensación general de cansancio. • Dolor muscular 						
<p>¿Cómo se transmite?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Por relaciones sexuales vaginales, anales y orogenitales sin protección. • Contactos íntimos en los que no necesariamente hay coito. • Contacto de una herida o irritación cutánea con la secreción de las vesículas del herpes. 	<p>¿Cómo se previene?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Usar correctamente condón masculino o femenino y película protectora para el sexo oral, en cada relación sexual. Aunque hay que considerar que las zonas afectadas muchas veces no se cubren con este tipo de protección. • Evitar tener relaciones sexuales y contactos íntimos cuando se presenta un brote de herpes. 					

HEPATITIS B		
¿Qué es?	¿Cómo se manifiesta?	¿Qué consecuencias tiene?
<p>Infección ocasionada por un virus que afecta al hígado, que se transmite a través del semen, fluidos vaginales, sangre y orina</p>	<p>Generalmente esta infección es asintomática. Cuando se presentan síntomas lo hacen entre 6 semanas y 6 meses después de haberla adquirido.</p> <p>Los primeros síntomas son:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cansancio. • Malestar general. • Dolor de cabeza y en las articulaciones. • Pérdida de apetito. • Vómito. • Fiebre. • Dolor abdominal. <p>Los síntomas tardíos son:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dolor abdominal más fuerte. • Orina oscura. • Materia fecal color claro. • Ictericia (piel y ojos color amarillento) 	<p>En la mayoría de los casos se cura de manera espontánea, pero en los que esto no sucede, se convierte en un padecimiento crónico que puede ser progresivo y grave hasta llegar a la cirrosis o cáncer de hígado y ocasionar la muerte.</p> <p>Durante el embarazo puede ocasionar aborto o parto prematuro. Las y los neonatos que ya están contagiados de Virus de la Hepatitis B (VHB) tienen 90% de probabilidades de padecer hepatitis crónica.</p>
¿Cómo se transmite?		¿Cómo se previene?
<ul style="list-style-type: none"> • Por relaciones sexuales vaginales, anales y orogenitales sin protección. • Transfusión de sangre infectada. • Compartir agujas y jeringas con personas que viven con VHB. Específicamente en personas usuarias de drogas inyectables y aquellas que se hacen tatuajes o perforaciones. • Compartir objetos de uso personal (cepillos dentales y navajas para rasurar) con personas infectadas. • De la madre al feto. 		<ul style="list-style-type: none"> • Usar correctamente condón masculino o femenino y película protectora para el sexo oral, en cada relación sexual. • Aplicarse oportunamente la vacuna de la Hepatitis B. • Asegurarse de utilizar siempre, agujas o jeringas esterilizadas. • Si se realizan tatuajes o perforaciones, asegurarse de acudir a sitios donde se apliquen adecuadas medidas de higiene. • No compartir objetos de uso personal • Aplicando medidas de prevención para las y los neonaos cuya madre está infectada con VHB.

VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO (VPH)		
¿Qué es?	¿Cómo se manifiesta?	¿Qué consecuencias tiene?
<p>Infección ocasionada por un virus (VPH) del que hay más de 100 tipos. 40 de ellos pueden afectar el pene, escroto, vulva, vagina, cuello del útero, recto o ano</p>	<p>La mayoría de las infecciones por VPH no manifiestan ni signos ni síntomas.</p> <p>Hay manifestaciones de bajo riesgo, que no se asocian con cáncer aunque afectan a las células del cuello del útero y la zona genital. Tal es el caso de las verrugas genitales.</p> <p>Otras son de alto riesgo de producir cáncer, porque pueden afectar de manera importante las células del cuello uterino, vagina, vulva, ano, pene o garganta.</p> <p>El virus no se transmite a través de los fluidos corporales o la sangre.</p> <p>Debido a que una de las manifestaciones más comunes es el cambio en las células del cuello del útero, se detecta al virus en el estudio de Papanicolaou y se determina con estudios más precisos si es de bajo o de alto riesgo.</p>	<p>La detección oportuna del VPH permite conocer el tipo de virus así como la aplicación del tratamiento adecuado. Cuando se detecta a tiempo un tipo de virus de alto riesgo y no se atiende adecuadamente, puede ocasionar cáncer en el cuello uterino, vagina, vulva, ano, pene o garganta.</p>
<p>¿Cómo se transmite?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Por relaciones sexuales vaginales, anales y orogenitales sin protección. • Relaciones íntimas en las que no necesariamente hay coito, pero sí contacto con piel o mucosa afectadas por el virus. 		<p>¿Cómo se previene?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Usar correctamente condón masculino o femenino en cada relación sexual. En el caso del VPH, es más efectiva la protección del condón femenino que del masculino, debido a la forma del primero, que permite cubrir parcialmente la vulva. • Usar película protectora para el sexo oral, en cada relación sexual. • Aplicarse oportunamente la vacuna del VPH.

VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH)		
¿Qué es?	¿Cómo se manifiesta?	¿Qué consecuencias tiene?
<p>Infección ocasionada por el VIH, afecta al sistema inmune y puede ocasionar que la persona desarrolle el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).</p> <p>Se encuentra en el semen, sangre, fluidos vaginales y la leche materna</p>	<p>Generalmente los síntomas aparecen después de varios años de haber adquirido la infección (hasta 10 años).</p> <p>Los primeros síntomas del VIH, que pueden durar sólo algunas semanas, son:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inflamación de la garganta y los ganglios inguinales y axilares. • Fiebre. • Dolor de cabeza. • Cansancio. • Dolor muscular. <p>Los síntomas del SIDA son:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sistema inmunológico deteriorado. • Aftas en la lengua o la boca. • Infecciones diversas, graves y frecuentes. • Períodos de cansancio extremo sin causa aparente. • Dolor de cabeza o mareos • Pérdida rápida de peso sin causa aparente. • Moretones que se forman fácilmente. • Períodos prolongados de diarrea frecuente. • Fiebre frecuente. • Sangrado sin causa aparente de alguna herida en las mucosas o en la piel. • Erupciones cutáneas frecuentes o inusuales. • Pérdida de la fuerza muscular o parálisis. • Confusión o disminución de las capacidades mentales. 	<p>Si no se da tratamiento antirretroviral de manera oportuna, el virus puede ocasionar que se desarrolle un cuadro severo de infección que ponga en riesgo la vida.</p>
<p>¿Cómo se transmite?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Por relaciones sexuales vaginales, anales y orogenitales sin protección. • Transfusión de sangre infectada. • Compartir agujas y jeringas con personas que viven con VIH. Específicamente en personas 		<p>¿Cómo se previene?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Usar correctamente condón masculino o femenino y película protectora para el sexo oral, en cada relación sexual. • Asegurarse de utilizar siempre, agujas o jeringas esterilizadas. • Si se realizan tatuajes o perforaciones, asegurarse de acudir a sitios donde se

<p>usuarias de drogas inyectables y aquellas que se hacen tatuajes o perforaciones.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Compartir objetos de uso personal (cepillos dentales y navajas para rasurar) con personas infectadas. • Contacto de una herida o irritación cutánea con sangre, semen o fluido vaginal infectados. • De la madre al feto. 	<p>apliquen adecuadas medidas de higiene.</p> <ul style="list-style-type: none"> • No compartir objetos de uso personal. • En mujeres embarazadas que tienen VIH se puede disminuir el riesgo de contagio al feto practicándoles cesárea en el momento del nacimiento y evitando la lactancia
---	---

SEGUNDO MATERIAL

Métodos Anticonceptivos

Existe una amplia gama de métodos anticonceptivos a la que pueden recurrir las y los adolescentes. Se clasifican en:

- De barrera – condón masculino, condón femenino y diafragma.
- Hormonales – orales e inyectables mensuales, bimensuales y trimestrales.
- Mecánicos – dispositivo intrauterino.
- Naturales – método del calendario, moco cervical y temperatura basal.
- De interrupción - coito interrumpido.

Su efectividad es muy variada, para elegir el mejor hay que acudir a los servicios de salud para valorar en conjunto con el personal médico, cuál el más recomendable para cada caso en particular.

IMPORTANTE: en el uso de los hormonales se debe evitar automedicarse, siempre debe acudir a la asesoría médica.

En el siguiente cuadro se presenta la información de cada método y su efectividad con datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), 2015.

Descripción	Opciones	% de efectividad
<p>De barrera</p> <p>El condón masculino es un saco elástico de latex que actúa como barrera para evitar embarazos e infecciones de transmisión sexual.</p> <p>El condón femenino es una funda de poliuretano suave y delgada, con un anillo en cada extremo. Evita embarazos e infecciones de transmisión sexual.</p>	<p>Condón masculino</p> <p>Condón femenino</p>	<p>85</p> <p>79</p>
<p>Hormonales</p> <p>Impiden la ovulación y aumentan la consistencia del moco cervical lo que dificulta el paso de espermatozoides evitando la fecundación.</p>	<p>Pastillas combinadas de baja dosis</p> <p>Parche anticonceptivo</p> <p>Anillos vaginales</p> <p>AE Anticoncepción de Emergencia</p> <p>Inyectables (mensuales, bimestrales y trimestrales)</p> <p>Implantes subdérmicos</p>	<p>92</p> <p>92</p> <p>92</p> <p>75</p> <p>97</p> <p>99</p>
<p>Mecánicos</p> <p>Es un objeto de plástico flexible, que se</p>	<p>Dispositivo Intrauterino (DIU)</p>	<p>99</p>

Descripción	Opciones	% de efectividad
coloca en el útero y altera su revestimiento. Bloquea al espermatozoide evitando que fertilice al óvulo.		
Naturales Están basados en la observación del ciclo menstrual y de la vida del óvulo y el espermatozoide. Consiste en evitar tener relaciones sexuales durante los días fértiles de la mujer para evitar la reproducción.	Calendario Moco cervical Temperatura basal	75 86 75
De interrupción Consiste en interrumpir el coito retirando el pene de la vagina para eyacular fuera de ésta.	Retiro o coito interrumpido	73

El material educativo presentado para esta sesión, fue tomado de:

Manual práctico para las personas que informan sobre las infecciones de transmisión sexual: Módulo 1. Fichas de información. Preguntas y respuestas. De Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. (2010).

<http://www.plannedparenthood.org/esp/temas-de-salud/enfermedades-de-transmision-sexual>

Documento sobre métodos anticonceptivos de la campaña Sexo con Sesó s/f, de la Plataforma Joven de la Sociedad Española de Contracepción.

Libreta educativa La vida es corta, de Afluentes s/f

<https://www.plannedparenthood.org/esp/temas-de-salud/anticonceptivos>

Insumos

- ✓ Tarjetas blancas tamaño media carta
- ✓ Marcadores de colores
- ✓ Cinta adhesiva
- ✓ Madeja de estambre de color vistoso
- ✓ Hojas para rotafolios
- ✓ Formato para la evaluación de la calidad (uno por participante)
- ✓ Material educativo impreso (un juego por participante)

Desarrollo

Actividad	Tiempo estimado
<p data-bbox="256 1413 580 1447">Bienvenida e integración.</p> <p data-bbox="256 1491 1222 1570">El o la instructora dará la bienvenida e informará el propósito de la reunión y el tema a tratar.</p> <p data-bbox="256 1615 1222 1742">Ejercicio 1: cada participante dirá su nombre y, brevemente, comentará si hizo la tarea, y con quién compartió la información de la sesión anterior y qué fue lo que compartió.</p>	15 min.
Explorar qué conocimientos tienen las y los participantes sobre los temas.	5 min.

Actividad	Tiempo estimado
<p>Exposición participativa (exposición temática retomando las ideas que expresaron las y los participantes, formulando preguntas para involucrarles en la exposición y preguntando continuamente si hay dudas y, cuando las haya, resolverlas).</p>	<p>30 min.</p>
<p>Ejercicio 2: la o el instructor dividirá al grupo en dos equipos, uno de hombres y otro de mujeres (no importa si hay más en uno que en otro). Explicará que cada equipo dibujará la silueta de alguna o algún compañero sobre hojas para rotafolios. Cada equipo elegirá a quién va a dibujar. Una vez que hagan la silueta, entre todos los integrantes del equipo, van a decorar esa silueta para darle la forma de un hombre muy guapo y el otro equipo una mujer muy bella. Se debe enfatizar que la idea es que hagan un dibujo muy bonito, poniéndole todas las cualidades que deseen.</p> <p>El o la instructora dará un tiempo para ello, al término del cual pedirá a cada equipo que pegue en la pared la imagen que hicieron. Posteriormente, cada equipo va a explicar su dibujo y las razones por las que le colocaron las características (peinado, vestimenta, adornos, etc.).</p> <p>Al término de la exposición, la o el instructor hará una reflexión en el sentido de que cada una y cada uno de los participantes, son esa imagen que han dibujado, con todas las cualidades que le han puesto. Esa es la imagen de ellas y ellos mismos, sintiéndose a gusto con lo que tienen y con lo que son, idealmente, amándose como son y, por consiguiente, cuidándose a sí mismas y mismos para seguir sintiéndose a gusto y felices de ser quienes son.</p> <p>Ejercicio 3: el o la instructora preparará 7 tarjetas tamaño media carta y anotará en cada una el nombre de una ITS (de los cuadros presentados</p>	<p>50 min.</p>

Actividad	Tiempo estimado
<p>anteriormente) y, en la 7° la palabra Sano.</p> <p>El o la instructora pedirá a las y los participantes se coloquen de pie y en círculo, viéndose de frente. De manera aleatoria, pegará cada tarjeta preparada en la espalda de algunos participantes, sin que ellas o ellos vean lo que ha colocado.</p> <p>Para dar inicio al ejercicio, la o el instructor se colocará en el centro del círculo y explicará que él o ella tomará la hebra del estambre y aventará la bola del mismo a alguna persona del círculo, quien deberá quedarse con una parte en la mano y aventar la madeja a otra, quien hará lo mismo y así sucesivamente hasta que todas y todos hayan tomado el estambre. Cuando esto suceda, el instructor o instructora soltará su hebra, se saldrá del círculo e irá con cada participante a quien colocó una tarjeta al inicio del ejercicio. Leerá en voz alta que ITS tiene esa persona y señalará a quien le aventó el estambre, dejando claro que, al tener una ITS la primera persona, se la ha transmitido a segunda, quien a su vez se la transmitió a una tercera, ésta a una cuarta, etc. La importancia del ejercicio es que las y los adolescentes vean cómo se establece una “cadena de contagios”, que va empeorando cada vez que alguna persona con otra ITS (con tarjeta pegada en la espalda) la adquiere, además de la que ya tenía.</p> <p>Se terminará el ejercicio pidiendo que algunas y algunos participantes compartan qué sentimientos o emociones les provocó el ejercicio. Es conveniente favorecer que participen hombres y mujeres.</p>	
<p>Clarificación de dudas y preguntas generales.</p> <p>TAREA: El o la instructora dejará de tarea que compartan, al menos con una persona, la información que les haya parecido más importante, de la</p>	10 min.

Actividad	Tiempo estimado
sesión educativa.	
Aplicación de formato de evaluación de la calidad, entrega de los materiales educativos impresos y distribución de condones masculinos.	10 min.

3. Uso del condón femenino y masculino, y pastilla de anticoncepción de emergencia (PAE)

Aun cuando en la sesión educativa anterior se expuso el tema de los métodos anticonceptivos, se realizará otra específicamente para tres métodos de protección especialmente útiles para las y los adolescentes. Es sabido que el método anticonceptivo más utilizado por esta población es el condón masculino, porque es fácil de conseguir y de portar, accesible en costo, práctico y puede ser de uso ocasional, por ejemplo cuando no se tiene una pareja estable. El condón femenino, por otro lado, no es utilizado de la misma manera. Aun cuando resulta muy práctico y brinda mayor protección a las mujeres, toda vez que cubre una parte de la vulva, es mucho más costoso y difícil de conseguir. Sin embargo es importante que las y los adolescentes lo conozcan y se informen sobre su uso.

Aun cuando los condones son un método adecuado para adolescentes, también es cierto que cuando no se usa de manera correcta y consistente, no brinda una adecuada protección, ni frente a un embarazo ni frente a una infección de transmisión sexual (ITS). Puede suceder que los condones se rompan o se salgan, por ello es importante que las y los adolescentes conozcan y dominen la información acerca de la pastilla de anticoncepción de emergencia (PAE) que pueden utilizar para evitar un embarazo no deseado.

Objetivo

En esta reunión educativa se pretende informar, sensibilizar y adiestrar a las y los adolescentes en el uso correcto y consistente del condón masculino y femenino y en su colocación, así como informarles acerca de la pastilla de anticoncepción de emergencia.

Materiales educativos

Los materiales correspondientes a esta sesión educativa son dos:

Primero - descripción muy detallada de las consideraciones que se deben tener para conservar los condones en óptimas condiciones, así como de los pasos para la colocación correcta del condón masculino y femenino.

Segundo – explicación de las situaciones en las que se está en riesgo de un embarazo no deseado, de la manera en que actúa la pastilla de anticoncepción de emergencia y las marcas, horarios y dosis en que debe tomarse.

PRIMER MATERIAL

Uso correcto y consistente del condón masculino y femenino

Consideraciones generales para ambos tipos de condón:

- Debe guardarse en un lugar fresco y seco.
- Evitar llevarlo en la bolsa de mano, en la del pantalón, en la cartera o en la mochila porque el calor y el roce con otros objetos puede generar alguna desgarradura en la envoltura, lo que ocasionaría la pérdida de su efectividad y resistencia (puede romperse).
- Se debe verificar la fecha de caducidad y desechar de inmediato si ya venció. Algunas marcas de condones no imprimen esa fecha, entonces hay que tener

precaución de que no pasen más de tres años a partir de la fecha de fabricación.

- Debe colocarse siempre antes de cualquier penetración vaginal o anal.
- El uso consistente significa que debe usarse un condón en cada relación sexual con penetración vaginal o anal.
- Antes de empezar la relación sexual es altamente recomendable asegurarse de contar con más de un condón, incluso si se tiene planeado que no haya penetración. Es muy frecuente que esta planeación no se cumpla una vez iniciado el contacto íntimo.
- Preferentemente quitarse anillos y pulseras antes de empezar con la colocación del condón, para evitar rasgarlo y romperlo con estos artículos de joyería.
- Es muy importante que hombres y mujeres conozcan cómo se coloca el condón masculino y el femenino, para asegurarse de usarlos correctamente.

Condón masculino

Previo a su uso es importante tener en cuenta las siguientes consideraciones:

- La mayoría ya vienen lubricados, pero si se desea más lubricante debe usarse uno que esté hecho a base de agua, porque los aceites, pomadas, vaselinas o cremas debilitan el látex (material del que está hecho el condón) ocasionando que se rompa.
- Si durante una relación sexual se tiene penetración vaginal y anal, se puede usar el mismo condón siempre y cuando:
 - Sea en ese orden, primero penetración vaginal y luego anal, nunca en el orden inverso, hacerlo puede ocasionar una infección.
 - No haya habido eyaculación.
- Es muy recomendable que los hombres ejerciten la colocación correcta del condón durante la masturbación, para que adquieran práctica.

Para la colocación correcta, se deben seguir los siguientes pasos:

1. Revisar que el empaque no esté roto y que al presionarlo con los dedos se forme una burbuja de aire dentro, como señal de que está en buenas condiciones.
2. Abrirlo con la yema de los dedos por la parte “dentada” de la envoltura, que justamente está diseñada para que abra con facilidad. Evitar abrirlo con los dientes, uñas, tijeras o cualquier objeto afilado porque puede dañarse.
3. Sacar el condón del empaque.
4. Identificar hacia dónde está enrollado el condón. Si visualmente no es posible, el tacto permitirá saberlo. Colocar un dedo en el centro del condón y con la otra mano intentar desenrollarlo, si se dificulta, ese es el lado incorrecto.
IMPORTANTE: Es indispensable hacer esta prueba con los dedos y no directamente en la cabeza del pene, para evitar que el líquido seminal (asociado a la erección y que contiene algunos espermatozoides) toque la parte externa del condón. Si sucede esto, se debe desechar y ocupar otro para empezar de nuevo.
5. Presionar la punta del condón para sacar el aire, mientras se coloca en la cabeza del pene erecto.
6. Sin soltar la punta, desenrollar hasta llegar a la base del pene.
7. Estar atento durante la penetración de que el condón no se mueva o se salga. Si sucede alguna de estas cosas, se deben aplicar las recomendaciones importantes que se explican al final de este material educativo.
8. Después de eyacular, sujetar el condón por la base y retirarse de la vagina mientras el pene aún está erecto.
9. Quitar el condón del pene cuidando que no gotee el semen.
10. Anudar el condón y tirarlo a la basura.

Condón femenino

El preservativo femenino es una funda que cubre la vagina y una parte de la vulva, debido a ello es más grande que el masculino. Es de poliuretano por lo que es un poco más delgado y, a la vez, más resistente, además de permitir que tome la temperatura del cuerpo muy rápidamente, a diferencia del condón masculino, que tarda un poco más. Viene lubricado igual que la mayoría de los masculinos. Está conformado por dos arillos, uno flexible que se encuentra suelto dentro de la funda, el otro es más rígido y está fijo en la orilla del condón, esa es la parte que, cuando se usa correctamente, permanece fuera de la vagina todo el tiempo. Ese arillo rígido incluso puede servir para que la mujer verifique con los dedos continuamente durante la relación sexual, que sigue bien colocado.

Es importante tener en cuenta las siguientes consideraciones previas a su uso:

- El fabricante recomienda usar lubricante extra en la parte interna del condón o en el pene, para facilitar que los arillos permanezcan en el lugar correcto y la funda no se mueva durante la penetración. Esta medida también ayuda a reducir considerablemente el sonido que, en ocasiones, produce el condón con el movimiento de la penetración.
- Aun cuando no está hecho de látex es conveniente usar lubricantes hechos a base de agua, para evitar que se rompa el condón. También evitar usar aceites, pomadas, vaselina o cremas.
- Se puede colocar ocho horas antes de tener la relación sexual.
- En el caso de ocuparlo para relaciones sexuales anales, se debe retirar el aro flexible y “forrar” el pene con el condón antes de la penetración. Esto NUNCA debe hacerse para realizar penetración vaginal, en este caso el aro flexible siempre debe estar dentro de la funda.
- **IMPORTANTE:** Si durante una relación sexual se tiene penetración vaginal y anal, NO SE DEBE USAR EL MISMO CONDÓN, deben utilizarse dos condones, ya sea dos femeninos o un masculino para un tipo de penetración y un femenino para el otro.
- Es muy recomendable que las mujeres practiquen la colocación correcta a solas el mayor número de veces posible para familiarizarse con su uso.

Para la colocación correcta, se deben seguir los siguientes pasos:

1. Revisar que el empaque no esté roto o deteriorado.
2. Abrirlo con la yema de los dedos. Algunas marcas de condones femeninos tienen una flecha impresa en el empaque y una pequeña ranura, para que se abra con facilidad. Evitar abrirlo con los dientes, uñas, tijeras o cualquier objeto afilado porque puede dañarse.
3. Sacar el condón del empaque.
4. Extenderlo para identificar los dos arillos, el flexible y el rígido.
5. Se debe introducir la parte cerrada de la funda junto con el arillo flexible. El aro rígido debe quedar fuera de la vagina.
6. Tomar el arillo flexible con el dedo pulgar y el medio y presionarlo entre ellos. El dedo índice sirve de guía para dirigirlo y colocarlo en la entrada de la vagina. **IMPORTANTE:** este paso puede dificultarse debido al lubricante que ya trae el condón, por lo que se debe realizar con mucho cuidado para evitar romperlo, particularmente si la mujer tiene las uñas largas.
7. Con la mano desocupada, separar los labios de la vulva para abrir paso al condón, colocarlo en la entrada vaginal, empujándolo suavemente.
8. Una vez dentro de la vagina, empujar profundamente el arillo flexible con el dedo medio. Cuando está hasta el fondo, la sensación es la misma que cuando se coloca correctamente un tampón, no estorba, no lastima, no molesta, sólo se sentirá la funda que cubre la vagina.
9. Cerciorarse de que queda fuera una parte del condón, la que tiene el aro rígido, que es la que cubrirá parcialmente la vulva.
10. En el momento de iniciar la penetración, la mujer debe dirigir el pene para que entre en la funda. Debe tener este cuidado en cada cambio de posición durante el acto sexual. **IMPORTANTE:** evitar que el pene entre por un lado del arillo rígido o que lo empuje hacia dentro de la vagina.
11. Después de la eyaculación, SIN LEVANTARSE, tomar el aro externo (rígido), dar un par de vueltas al condón y sacarlo suavemente cuidando que no gotee semen.
12. Anudar el condón y tirarlo a la basura.

Recomendaciones importantes:

- Si después de la eyaculación la pareja seguirá en contacto físico, se recomienda asear el pene con agua y jabón después de retirar el condón (cualquiera que se haya utilizado, masculino o femenino), para evitar que los restos de semen que han quedado en el pene puedan entrar en contacto con la vulva o la mucosa vaginal. La idea es reforzar la protección que ha brindado el condón frente a un posible embarazo o contagio de ITS.
- Si el condón se rompe durante la penetración o, en el caso del femenino el pene entra a la vagina por un lado del arillo externo o empuja éste hacia dentro de la vagina, se debe:
 - Detener la penetración.
 - Lavar de inmediato el pene y la vagina con agua y jabón. Es un aseo externo, NO a una ducha vaginal (ésta está contraindicada).
 - En caso de tener a la mano algún espermicida (crema, gel u óvulos anticonceptivos), colocarlo en la vagina inmediatamente, para inmovilizar a los espermatozoides.
 - Recurrir a la anticoncepción de emergencia antes de que hayan transcurrido 72 horas. Mientras más pronto, mejor.
- Pasada la urgencia, se recomienda a la pareja conversar para identificar qué ocasionó el contratiempo, con la finalidad de tomar las medidas necesarias para evitarlo en las próximas relaciones sexuales.

SEGUNDO MATERIAL

Pastilla de Anticoncepción de Emergencia (PAE)

Es un método anticonceptivo que ayuda a evitar el embarazo si se toma antes de que pasen 72 horas (3 días) de alguna de las siguientes situaciones:

- Se rompió el condón durante una relación sexual con penetración.
- La mujer olvidó tomar tres o más pastillas anticonceptivas, cuando las está usando como método regular.
- Hubo alguna falla en el uso del método anticonceptivo de uso regular.
- La pareja tuvo una relación sexual no protegida.
- La mujer fue obligada a tener una relación sexual.

NOTA: Es posible ocupar este método si han pasado más de 72 horas y menos de 120 horas, pero su eficacia se va reduciendo conforme pasa el tiempo, por ello lo recomendable es tomarla en seguida del evento de riesgo.

La PAE protege porque, según el momento del ciclo hormonal en que se tome, provoca que:

- Los ovarios no maduren óvulos.
- La mucosa del cuello uterino se haga más gruesa y espesa limitando así la movilidad de los espermatozoides de manera que no lleguen a los óvulos ya maduros.

Es importante saber que la PAE:

- Es el único método anticonceptivo que ayuda a prevenir un embarazo después de un coito sin protección.

- No es abortiva, si la mujer ya está embarazada no funcionará ni afectará al embrión.
- No protege contra ITS, de manera que si la mujer sospecha que pudo contagiarse, debe acudir al servicio médico.
- No causa infertilidad.
- Puede ocasionar náuseas. Es posible disminuirlas si se toma la PAE con los alimentos. También se puede presentar, aunque es poco probable, hipersensibilidad en los senos, dolor de cabeza, retención de líquidos y mareos. Todos esos malestares deben desaparecer máximo en 24 horas de haber tomado las pastillas, de no ser así se debe acudir al servicio médico.
- Si la mujer vomita en las primeras 2 horas de haberla tomado, debe volver a tomarlas. Si vomita de nuevo debe colocar la dosis vía vaginal (introducir lo más posible), la mucosa absorberá el medicamento.
- Es un método anticonceptivo de emergencia, no de uso regular. Su uso frecuente puede alterar el ciclo menstrual habitual de la mujer.
- Si no se presenta la menstruación cuatro semanas después de haber tomado la PAE, es recomendable acudir al servicio médico. De igual manera si la menstruación es más ligera de lo habitual o si hay dolores inusuales de cabeza y en el vientre bajo.
- Desde el 2004 la PAE se encuentra en la Norma Oficial Mexicana de Planificación Familiar.
- Tanto el hombre como la mujer deben conocer el uso correcto de la PAE porque la prevención de un embarazo no deseado es responsabilidad de ambos.

El siguiente cuadro muestra la información acerca de las marcas y dosis que se deben tomar:

Marcas	1ª dosis	2ª dosis	
Puedes solicitarlas en las farmacias	Se toma durante las 72 horas después del evento de riesgo	Se toma 12 horas después de la primera dosis	
Alterna Glanique (2 comprimidos) Postday (2 comprimidos) Vika	1 pastilla	1 pastilla	
Eugynon 50 Neogynon Nordiol Ovral	2 pastillas	2 pastillas	Si ya pasaron más de 72 horas pero menos de 120 horas, se deben tomar ambas dosis juntas
Lo-Femenal Microgynon Nordet	4 pastillas	4 pastillas	
Glanique Ladiades Postinor 2	Unidosis Producto de una sola pastilla		

IMPORTANTE: si se toman pastillas de la presentación que tiene 28 comprimidos, deben asegurarse de tomar las que contienen hormonas. Siete de ellas tienen un color distinto al resto y son de azúcar o hierro y si se toman esas no funcionará la anticoncepción de emergencia.

El material educativo presentado para esta sesión, fue tomado de:

Libreta educativa La vida es corta, de Afluentes s/f

<https://www.plannedparenthood.org/esp/temas-de-salud/anticoncepcion-de-emergencia-pildora-del-dia-despues> (Recuperado el 17 de julio de 2015)

La anticoncepción de Emergencia. Un derecho para las y los jóvenes, del Consorcio Latinoamericano de Anticoncepción de Emergencia, 2008.

Insumos

- ✓ Condomes masculinos (al menos uno por participante)
- ✓ 1 o 2 condones femeninos
- ✓ Dildo de madera o goma, si no se cuenta con uno, ocupar un plátano o pepino
- ✓ Premios para el concurso, que sean para hombres y mujeres (golosinas, plumas o material de papelería, etc.)

Desarrollo

Actividad	Tiempo estimado
Bienvenida e integración. El o la instructora dará la bienvenida e informará el propósito de la sesión y el tema a tratar. Ejercicio 1: cada participante dirá su nombre y, brevemente, comentará si hizo la tarea, con quién compartió la información de la sesión anterior y qué fue lo que compartió.	15 min.

Actividad	Tiempo estimado
Explorar qué conocimientos tienen las y los participantes sobre los temas.	5 min.
Exposición participativa (exposición temática retomando las ideas que expresaron las y los participantes, formulando preguntas para involucrarles en la exposición y preguntando continuamente si hay dudas y, cuando las haya, resolverlas).	30 min.
<p>Ejercicio 2: el o la instructora solicitará dos voluntarios, un hombre y una mujer, para que hagan una demostración de la colocación correcta del condón masculino. El o la instructora dará los insumos al participante, le pedirá a todo el grupo que ponga atención a lo que realizará su compañero y pedirá al participante que hará la demostración que vaya explicando lo que va haciendo. Una vez concluido, le pedirá a la adolescente que se propuso como voluntaria, que diga si su compañero lo hizo correctamente, en caso de decir que no, debe explicar en qué se equivocó. Posteriormente ella será quien haga la demostración y su compañero quien “califique” si lo hizo correctamente. Es indistinto quién lo realice primero.</p> <p>Al terminar la participación de la y el voluntario, la o el instructor deberá señalar los aciertos y desaciertos en la colocación. Posteriormente, proporcionará un condón masculino a cada participante y dará la instrucción de que trabajen con su compañera o compañero que tienen a un lado. El o la instructora los irá conduciendo para revisar la fecha de caducidad en el empaque del condón y para realizar los pasos para la colocación correcta, utilizando dos dedos de la mano de su compañero o compañera. Al término, volverá a realizarse la colocación, tocándole el turno a la otra persona de la pareja.</p>	50 min.

Actividad	Tiempo estimado
<p>Por último, la o el instructor explicará la colocación del condón femenino, utilizando para ello uno de los que lleva. Posteriormente pasará dos condones femeninos para que las y los participantes los conozcan y los manipulen y pedirá que una persona voluntaria explique los pasos para la colocación correcta de este condón.</p> <p>Se terminará el ejercicio pidiendo que dos o tres personas compartan qué sentimientos o emociones les provocó el ejercicio.</p> <p>Ejercicio 3: la o el instructor preparará diez preguntas sobre la anticoncepción de emergencia, con sus respuestas. No es necesario que estén visibles para el grupo. Algunas preguntas pueden ser:</p> <p>Las pastillas anticonceptivas de emergencia:</p> <p>¿Son las mismas que se toman de manera regular? R: sí, aunque hay otras específicas para ese uso.</p> <p>¿Causan infertilidad? R: no, la infertilidad es causada por otras razones, pero no por la anticoncepción de emergencia.</p> <p>¿Son abortivas? R: no, si una mujer está embarazada, la anticoncepción de emergencia no le servirá para abortar (si es que la toma con esa intención).</p> <p>Si una mujer las toma y vomita antes de dos horas ¿debe volver a tomarlas? R: sí, de otra manera no le servirán porque el cuerpo las desechó.</p> <p>¿Sólo las mujeres deben saber cómo usar las pastillas de anticoncepción de emergencia? R: no, es responsabilidad de hombres y mujeres evitar un embarazo.</p>	

Actividad	Tiempo estimado
<p>Adicionalmente, el o la instructora preparará algunos premios (dulces, plumas, lápices, cuadernos, etc.).</p> <p>Para dar inicio al ejercicio, el o la instructora informará al grupo que realizarán un concurso para ver quién sabe más sobre la PAE, si los hombres o las mujeres (si no hay un número más o menos igual de unas y otros, solamente dividir en dos grupos).</p> <p>Irà formulando las preguntas a cada equipo y llevará el registro para poder determinar al final, cuál es el ganador. Repartirá los premios a las o los participantes ganadores. Es importante que, cuando los equipos no den la respuesta correcta, el o la instructora la diga, de igual manera complementará las respuestas de las y los participantes con la información que considere necesaria.</p>	
<p>Clarificación de dudas y preguntas generales.</p> <p>TAREA: El o la instructora dejará de tarea que compartan, al menos con una persona, la información que les haya parecido más importante, de la sesión educativa.</p>	10 min.
<p>Aplicación de formato de evaluación de la calidad, entrega de los materiales educativos impresos y distribución de condones masculinos.</p>	10 min.

4. Interrupción legal del embarazo

En México, las causales bajo las cuales la interrupción voluntaria del embarazo no está penalizada varían de un estado a otro, pero en todos el aborto está permitido cuando el embarazo es producto de una violación. En la mayoría de las entidades federativas, está permitido cuando pone en peligro la vida de la madre. El único estado de la República en el que es legal el aborto por razones económicas, es Yucatán, pero

solamente en caso de que la mujer ya tenga tres hijos y pueda comprobar que carece de recursos económicos para sostener un hijo más.

El Distrito Federal es la única entidad federativa que, desde 2007, permite interrumpir el embarazo de manera legal, por decisión de la mujer, siempre y cuando ocurra dentro de las 12 semanas de gestación. La interrupción legal del embarazo (ILE) se realiza a cualquier mujer que lo solicite, en los hospitales públicos del Gobierno del Distrito Federal. Es gratuito para quienes radican en esta entidad y para quienes van del interior de la República, tiene un costo determinado por un estudio socioeconómico. En los hospitales privados del DF también se puede realizar de manera legal, aunque con un costo más elevado. Lo que es muy importante es que debe ser realizado por personal médico especializado, capacitado y certificado por la Secretaría de Salud del DF (SSDF).

Objetivo

Sensibilizar a las y los participantes acerca de la toma de decisiones frente a un embarazo a temprana edad, cuando los métodos para prevenirlo no dieron resultado o no fueron utilizados de manera correcta. Informar de una opción que está a su alcance, que es la interrupción legal del embarazo.

Materiales educativos

El material correspondiente a esta sesión educativa es uno, la descripción de los pasos para acceder al servicio de ILE en los hospitales públicos de la SSDF.

Interrupción Legal del Embarazo (ILE)

En el Distrito Federal está legalizada la interrupción del embarazo, desde el año 2007. Los pasos para acceder a ese servicio son:

- 1.** Llama a Medicina distancia, de la Secretaría de Salud del DF, te darán amplia información y apoyo psicológico antes, durante y después de la ILE:

57.40.80.17 o 51.32.09.09

- 2.** Ve al área de Trabajo Social del hospital de tu elección. Llena la solicitud que te entregarán.

- 3.** Documentos que debes llevar:

- Identificación oficial
- Comprobante de domicilio
- Acta de nacimiento (opcional)
- CURP (opcional)
- Estudio de embarazo (opcional)

IMPORTANTE: Si eres menor de edad debes acudir con tu padre, madre o representante legal. En este último caso, la persona debe llevar un documento que lo reconozca como tal.

- 4.** El personal médico te explicará ampliamente el procedimiento.

Consulta todas tus dudas.

Lee detenidamente los formatos que te entregarán.

- 5.** Para que la ILE se realice satisfactoriamente, acude a todas tus citas médicas hasta que te den de alta.

- 6.** Continúa con el método anticonceptivo de tu elección.

Recuerda: la ILE no es un método anticonceptivo.
**Si tienes una vida sexual activa, debes acudir a tu unidad de salud
 para que te den un método anticonceptivo de uso continuo**

El material educativo presentado para esta sesión, fue tomado de:

Libreta educativa La vida es corta, de Afluentes s/f

Insumos

- ✓ Listado de enunciados que impliquen el reconocimiento de valores
- ✓ Formato para la evaluación de la calidad (uno por participante)
- ✓ Material educativo impreso (un juego por participante)

Desarrollo

Actividad	Tiempo estimado
Bienvenida e integración. El o la instructora dará la bienvenida e informará el propósito de la sesión y el tema a tratar. Ejercicio 1: cada participante dirá su nombre y, brevemente, comentará si hizo la tarea, con quién compartió la información de la sesión anterior y qué fue lo que compartió.	15 min.
Explorar qué conocimientos tienen las y los participantes sobre los temas.	5 min.
Exposición participativa (exposición temática retomando las ideas que expresaron las y los participantes, formulando preguntas para involucrarles	30 min.

Actividad	Tiempo estimado
<p>en la exposición y preguntando continuamente si hay dudas y, cuando las haya, resolverlas).</p>	
<p>Ejercicio 2: el o la instructora preparará un listado de enunciados que impliquen el reconocimiento de valores, como por ejemplo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El embarazo es responsabilidad únicamente de las mujeres • Las mujeres que abortan son malas • Las mujeres que se embarazan se lo merecen por tener relaciones sexuales antes de casarse • Las mujeres que abortan viven infelices el resto de su vida • El embarazo afecta solamente a la mujer • El principal valor de la mujer es la virginidad <p>Para dar inicio al ejercicio, solicitará al grupo que se ponga de pie. Trazará una línea imaginaria en el centro del salón o lugar de reunión y explicará a las y los participantes que va a decir algunos enunciados y que cuando estén de acuerdo, se pondrán del lado izquierdo y, cuando estén en desacuerdo, se pondrán del lado derecho de esa línea imaginaria. Cuando duden si están de acuerdo o no, se quedarán en medio del salón, sobre la línea imaginaria trazada previamente.</p> <p>Al terminar de leer cada enunciado, el o la instructora recordará cuál es el lado donde deben ponerse si están de acuerdo, cuál el de desacuerdo y dónde deben colocarse si tienen duda.</p> <p>Solicitará a quienes están en el centro que expliquen brevemente por qué dudan, posteriormente a quienes están en desacuerdo y a los que están de acuerdo. Después de cada intervención dará elementos de análisis a las y los participantes, sobre todo a quienes manifiesten una postura rígida o</p>	<p>40 min.</p>

Actividad	Tiempo estimado
que denote desinformación o prejuicios.	
Clarificación de dudas y preguntas generales. A manera de cierre, el o la instructora hará un recorrido por los temas tratados en sesiones educativas anteriores e irá reafirmando conceptos que haya identificado que generaron dudas o no quedaron claros. Invitará a las y los participantes a que expongan más dudas o formulen preguntas de todos los temas, incluido el de esta reunión.	20 min.
Aplicación de formato de evaluación de la calidad, entrega de los materiales educativos impresos y distribución de condones masculinos.	10 min.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

El programa educativo implementado permitió confirmar que aun cuando hay diversos factores que no podemos manipular y, menos, modificar como es la influencia que reciben las y los adolescentes de su entorno familiar, escolar y social, el acceso a medios electrónicos de comunicación como las redes sociales, Internet, etc., sí podemos colaborar con ellas y ellos en su formación personal a través de acciones como la realización de sesiones educativas. La información y reflexión en temas de vital importancia para su desarrollo personal y emocional, es posible, siempre que se genere un ambiente propicio, de respeto, confianza, de ausencia de juicios, de apertura para escucharles, del conocimiento de que los temas pueden generar ansiedad y las y los adolescentes la pueden manifestar de distintas maneras durante las sesiones educativas, permite dar contención al grupo para que esa ansiedad fluya y deje de ser un constante obstáculo para el desarrollo del trabajo educativo. De igual manera, la dificultad que presentan las y los adolescentes para acercarse a personas adultas, puede cambiar generando ese ambiente y cambiando de actitud. Aun cuando la instructora fue una adulta de 50 años, su actitud tuvo más peso frente a ellas y ellos, que el hecho mismo de ser adulta. La mayoría de las y los adolescentes que participaron en el programa educativo se mostraron abiertos a preguntar, comentar, compartir experiencias y vivencias, y reconocer lo que desconocen. Informar y sensibilizar a adolescentes es no sólo posible, sino ampliamente disfrutable para todos los actores, participantes e instructora. La apertura de ellas y ellos para recibir información, la frescura para formular preguntas y reconocer que no saben muchas cosas, es absolutamente aprovechable para acercarles algo de lo mucho que necesitan: escucha, información y orientación.

Hay una inquietud que se queda en el tintero al terminar un programa educativo como éste, ¿les sirvió? Lamentablemente hay una imposibilidad para dar seguimiento cercano a éstas y estos adolescentes, toda vez que cambian continuamente de tienda

de autoservicio y, además serán empacadoras y empacadores solamente mientras tengan 14 y 15 años, al cumplir los 16 automáticamente tendrán que dejar de laborar. Medir el impacto a dos o tres años, por ejemplo, es algo sumamente deseable pero completamente imposible. Sin embargo, los resultados obtenidos son muy alentadores, nos permiten saber que se llevaron algo, unos más otros menos, pero que hubo un cambio en los conocimientos y la conciencia de lo importantes que son, de que deben cuidarse, de que merecen respeto en todos los contextos en los que se desenvuelven, de que un embarazo temprano no es lo mejor, de que deben y pueden tomar decisiones informadas porque la vida para ellas y ellos está comenzando.

Mención aparte merece una situación presentada durante el desarrollo del programa educativo y es la actitud de las y los adultos que rodean a algunos y algunas adolescentes empacadores, como supervisoras y supervisores, jefas y jefes del área de cajas, etc. Se dio el caso de que a ellas y ellos les sorprendiera mucho que durante las sesiones educativas se hablara de temas como la interrupción legal del embarazo, el uso del condón, el condón femenino y la película protectora para el sexo oral. Sin embargo, al final de las reuniones, con todo y su confrontación, las y los adultos reconocieron y valoraron la importancia del espacio, los temas y el trato hacia las y los empacadores. Se dio el caso de que una supervisora invitara a varias madres de las y los participantes a una sesión educativa. Ellas no participaron, sólo estuvieron presentes sin interrumpir, al finalizar, la instructora conversó con ellas y no tuvieron ningún comentario en contra de que a sus hijas e hijos se les diera información, al contrario. Por otro lado, para las personas adultas que presenciaron algunas sesiones educativas, gran parte de la información resultó “casi completamente nueva”, así como la didáctica con la que se impartían

Esta actitud de adultas y adultos genera una recomendación más, a manera de reflexión final. Una situación muy generalizada entre madres y padres de familia, maestras y maestros y personas adultas que tenemos algún tipo de convivencia con adolescentes, es que nos remueven nuestra propia pubertad, adolescencia o juventud (o las tres), nos llevan a revivirla queramos o no. La propuesta de esta tesis es:

revivámosla, mirémosla, reconozcámosla, reeditémosla, reconciliémonos con todo aquello que nos dio y soltemos los viejos y rancios temores, cerremos círculos que dejamos abiertos hace tanto tiempo y, si al hacer ese ejercicio de vida sentimos dolor, rabia, tristeza, nostalgia, honremos eso que sentimos y honremos así nuestra propia vida. Este trabajo personal sin duda ayudaría a que conviviéramos con las y los adolescentes y jóvenes desde otro lugar, sí de autoridad si somos sus madres, padres, docentes, educadoras o educadores, pero desde un lugar distinto, donde podríamos reconocer el ser que son con respeto y acompañarlos, educarlos, amarlos, enseñarles y aprender de ellas y ellos también. Seguramente un camino así es mucho más disfrutable para las y los adultos y para las y los adolescentes y jóvenes que estamos formando. La adolescencia de nuestras y nuestros cercanos no tenemos que sufrirla ni sobrellevarla como si fuera nuestro sino, podemos disfrutarla junto con ellas y ellos y aprovechar así la oportunidad de resignificar la propia.

FUENTES DE CONSULTA

- Afluentes. (2007). *Libreta educativa: La vida es corta*. México.
- Agencia de noticias sobre diversidad sexual ANODIS. (2005, 11 de abril). Transexual, Transgénero y Travesti ¿Es lo mismo? Sección sociedad y política. Recuperado 3 de agosto de 2015 de <http://bibliotecadmasi.blogspot.mx/2010/09/transexual-transgenero-y-travesti-es-lo.html>
- Aguilar, J. (1996). Sexualidad y adolescencia. *En Hablemos de sexualidad: lecturas*. Aguilar, J. y Mayén, B. (compiladores). (pp. 109 - 115). México: MEXFAM y CONAPO.
- Aguilar, J., Del Castillo, E. (2008). Capítulo V. Recomendaciones. Grupo de trabajo sobre abstinencia o decisión informada y responsable. *En Adolescentes en México. Investigación, experiencias y estrategias para mejorar su salud sexual y reproductiva*. Stern Claudio (Coordinador). (pp. 373 - 380). México: El Colegio de México.
- American Psychological Association (2015). La adolescencia. Sección Centro de Apoyo. Recuperado 10 de agosto de 2015 de <http://www.apa.org/centrodeapoyo/adolescencia.aspx>
- (2015). Orientación sexual y homosexualidad. Sección Centro de Apoyo. Recuperado 10 de agosto de 2015 de <http://www.apa.org/centrodeapoyo/sexual.aspx>
- Amuchástegui, A y Rodríguez, Y. (S/F). La sexualidad ¿invención histórica? *Programa de Formación Curso-taller diseñado para formadores de formadores. Volumen I*. Red Democracia y Sexualidad. SEP. (pp. 88 - 107). México: Subsecretaría de Educación Superior. Dirección General de Educación Superior para Profesionales de la Educación UNESCO (Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura).
- Betania, A. et al. (2013, Enero). Inicio de la vida sexual, uso de anticonceptivos y planificación familiar en mujeres adolescentes y adultas en México. *Salud Pública de México*, 55(2), 235-240.

- Centro nacional para la prevención y el control del VIH/SIDA. (S/F). Breve glosario sobre diversidad sexual. Recuperado 17 de agosto de 2015 de <http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/prevencion/GLOSARIO.pdf>
- Chapela, L. (2000). Hablemos de sexualidad en familia. (p. 51). México: CONAPO, MEXFAM.
- Chávez, A. (2010). *Estudio de diagnóstico nacional sobre el rezago educativo que presentan las madres jóvenes y las jóvenes embarazadas en relación con la educación básica: documento final.* (pp. 175 - 193). México: UNAM/CRIM.
- Club planeta. (S/F). Violencia en el noviazgo. Sección Amor. Recuperado 15 de julio de 2015 de http://www.amor.com.mx/violencia_en_el_noviazgo.htm
- Comisión Nacional de Derechos Humanos. (2001). *Campaña nacional por los derechos sexuales de las y los jóvenes; hagamos un hecho nuestros derechos.* México.
- Consejo Nacional de Población. (2009). Cartilla por los Derechos Sexuales de las y los Jóvenes en Lecturas Recomendadas. *Curso a distancia Hablemos de sexualidad.* pp. 1-4.
- Consejo para Prevenir y Eliminar la Discriminación de la Ciudad de México. (s/f). *Ser diferente no es un problema: ¡El problema es ser tratado diferente!* México.
- (2013) *Encuesta sobre Discriminación en la Ciudad de México.* México.
- Consortio latinoamericano de anticoncepción de emergencia. (2008). *La anticoncepción de emergencia un derecho para las y los jóvenes.* Managua, Nicaragua.
- Craig, G., Baucum, D. (2009). *Desarrollo psicológico.* (pp. 346-355). México: Pearson Educación.
- Democracia y Sexualidad, DEMISEX. (2008). *PREVENIR con EDUCACION en las familias.* México.
- Egremy, G. (2009). Cultura Preventiva y Autocuidado. En *Género, Salud Sexual y Reproductiva y Adicciones: Estrategia Educativa de Capacitación dirigida a Docentes Multiplicadores y Multiplicadoras.* Tomo II, Capítulo 3. Gobierno del Distrito Federal, Fondo de Población de las Naciones Unidas, Secretaría de Seguridad Pública del DF, Inmujeres-DF. México
- Finger, W. (2000). *La educación sexual ayuda a preparar a los jóvenes.* Network en español, 20 (3).

- Fiscalía Especial para los Delitos de Violencia contra las Mujeres y Trata de Personas. (s/f). Ninguna persona elige ser vendida y explotada: esto es trata de personas. México: Procuraduría General de la República.
- Gayet C, Juárez F, Pedrosa L, Magis C. (2003). El uso del condón entre adolescentes mexicanos para la prevención de las infecciones de transmisión sexual. *Salud Pública de México*, 45 (5), pp. 632-640.
- Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. (2010). *Manual práctico para las personas que informan sobre las infecciones de transmisión sexual: Módulo 1. Fichas de información. Preguntas y respuestas*. Barcelona, España. Departamento de Salud.
- Generelo, J., et al. (s/f). *25 cuestiones de orientación sexual: Cómo abordar la orientación afectiva y sexual hacia las personas del mismo sexo en la enseñanza*. Colectivo de Lesbianas, Gays, Transexuales y Bisexuales en Madrid, Defensoría del menor de la comunidad de Madrid. Madrid. España: Colegio Oficial de Psicólogos.
- Hernández R, Fernández-Collado C, Baptista P. (2006). *Metodología de la investigación* (pp. 100-110). México.
- Hierro, G. (2003). Educación y Género: La ética del placer. *Revista GénEros*, 11(31), 5-9.
<https://www.plannedparenthood.org/esp/temas-de-salud/enfermedades-de-transmision-sexual>
- Instituto de las Mujeres del Distrito Federal Inmujeres DF. (s/f). *Tipos y modalidades de violencias contra las mujeres*. Recuperado el 18 de julio de 2015 de http://www.inmujeres.df.gob.mx/wb/inmujeres/tipos_y_modalidades_de_violencia_contra_las_mujere
- Instituto Mexicano de la Juventud. (2007). *Encuesta Nacional de Violencia en las Relaciones de Noviazgo*. México
- (2012). *Encuesta nacional de juventud 2010: resultados generales, Distrito Federal*. México.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía INEGI. (2003). *Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares ENDIREH*. México.
- (2006). *Estadísticas Vitales*. México
- (2010). *Censo de Población y Vivienda*. México.

- Instituto Nacional de las Mujeres INMUJERES. (s/f). *Vida sin violencia*. Recuperado el 1º de julio de 2015 de <http://vidasinviolencia.inmujeres.gob.mx/>
- International Planned Parenthood Federation. (Mayo 2006). *Marco de la IPPF para la Educación Integral de la Sexualidad*. Recuperado el 1º de julio de 2015 de http://www.ippf.org/system/files/ippf_framework_for_comprehensive_sexuality_education_spanish_0.pdf
- Jornadas del Foro Nacional por la Salud Sexual y Reproductiva. (2001, Septiembre). Ponencia presentada en la mesa redonda sobre derechos sexuales. *Conciencia Latinoamericana*, 13(3), 13-17.
- Lamas, M. (2006, 2 de febrero). ¿Qué es la diversidad sexual? La jornada Sección Opinión. Recuperado 10 de agosto de 2015 de <http://www.jornada.unam.mx/2006/02/02/ls-opinion.html>
- (2012, 5 de octubre). Embarazo adolescente. PROCESO Sección Análisis. Recuperado 3 de agosto de 2015 de <http://www.proceso.com.mx/?p=321744>
- Laplanche, J y Pontalis J.B. (2004) *Diccionario de Psicoanálisis*. (3ª. Ed.) Barcelona, España. Labor.
- Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia del Distrito Federal. Publicada en la Gaceta Oficial del Distrito Federal el 29 de enero de 2008. Última reforma publicada en la Gaceta Oficial del Distrito Federal el 18/ de diciembre de 2014.
- Menkes, C. y Suárez L. (Julio 2013). El embarazo de los adolescentes en México: ¿es deseado?, *Coyuntura Demográfica*, (4), pp. 21-28.
- Mesa, A. (2008). Capítulo III. La educación sexual. Fundamentos internacionales sobre los derechos sexuales de los adolescentes. En *Adolescentes en México. Investigación, experiencias y estrategias para mejorar su salud sexual y reproductiva*. Stern Claudio (Coordinador). (pp. 255 – 293). México. El Colegio de México.
- Mesa, A., Suárez, C., Brenes, V. Rodríguez, G. Mayén, B, y Santos, E. (2006). *Marco Internacional y Nacional de los Derechos Sexuales de Adolescentes*. México: Comisión de Derechos Humanos de Distrito Federal (CDHDF). Afluentes S.C.
- Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura. (2008). *Declaración Ministerial Prevenir con Educación*. Recuperado el 1º de julio de

2015

de

<http://unesco.org/new/fileadmin/MULTIMEDIA/FIELD/Santiago/pdf/declaracion-prevenir-educacion-espanol.pdf>

Organización Mundial de la Salud. (2015). *Planificación familiar Nota descriptiva No. 351*. Recuperado el 1º de julio de 2015 de

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs351/es/>

Ovejero, A. (2009). *Fundamentos de psicología jurídica e investigación criminal*. Salamanca, España. Universidad de Salamanca.

Palma, Y. (2008). Capítulo II. La investigación su estado actual. Comportamiento sexual y reproductivo en adolescentes. En *Adolescentes en México. Investigación, experiencias y estrategias para mejorar su salud sexual y reproductiva*. Stern Claudio (Coordinador). (pp. 115 – 132). México. El Colegio de México.

Plannedparenthood. (Mayo 2012). *¿Qué es el género?* Recuperado el 1º de julio de 2015 de http://plannedparenthood.org/nyc/files/NYC/Gender_2008SPA.pdf

----- (2014). *Enfermedades de transmisión sexual*. Recuperado el 8 de julio de 2015 de

<https://www.plannedparenthood.org/esp/temas-de-salud/enfermedades-de-transmision-sexual>

Rodríguez, G. (2008). Capítulo III. La educación sexual. Introducción. En *Adolescentes en México. Investigación, experiencias y estrategias para mejorar su salud sexual y reproductiva*. Stern Claudio (Coordinador). (pp. 187-192). México. El Colegio de México.

----- (2011). *Género y educación sexual integral*. México. Cal y Arena.

Scott, J. (1996). El género: una categoría útil para el análisis histórico. En *El género: la construcción cultural de la diferencia sexual*. Lamas, M. (compiladora). (pp. 265-302). México: PUEG.

Secretaría de Seguridad Pública (2012). *Guía del taller: prevención de la violencia en el noviazgo* (pp. 5-19). México

Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Distrito Federal (2000). *Estudio de niñas, niños y jóvenes trabajadores en el Distrito Federal*. DIF DF y UNICEF (pp. 35-48). México

- Sociedad Española de Contracepción. (s/f). Campaña sexo con seso: métodos anticonceptivos. España: Federación de planificación familiar de España.
- Stern, Claudio. (2008). Introducción Capítulo II. La investigación: su estado actual. En *Adolescentes en México. Investigación, experiencias y estrategias para mejorar su salud sexual y reproductiva*. (pp. 61 – 71). México. El Colegio de México.
- (2012). *Embarazo adolescente: significado implicaciones para distintos sectores sociales*. México. El Colegio de México/Secretaría de Educación Pública.
- Villaseñor, M. (2008). Capítulo II. La investigación su estado actual. Qué sabemos de la perspectiva que los adolescentes tienen sobre la sexualidad y la educación sexual. En *Adolescentes en México. Investigación, experiencias y estrategias para mejorar su salud sexual y reproductiva*. Stern Claudio (Coordinador). (pp. 73 – 114). México. El Colegio de México.
- Weeks, J. (s/f). La invención de la sexualidad. En *Programa de Formación Curso -taller diseñado para formadores de formadores. Volumen I*. Red Democracia y Sexualidad. SEP. Subsecretaría de Educación Superior. Dirección General de Educación Superior para Profesionales de la Educación UNESCO (Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura). (pp. 55 - 87). México.
- (1998). *Sexualidad*. México. Paidós/PUEG/UNAM.
- Zamora, A. (2014, 27 de agosto). Actualizan cartilla por los Derechos Sexuales de la Juventud. CIMACNOTICIAS Sección Nacional Salud. Recuperado 3 de agosto de 2015 de <http://www.cimacnoticias.com.mx/node/67451>
- Zúñiga, E. (2008). Capítulo I. Panorama general. La situación demográfica de los jóvenes. En *Adolescentes en México. Investigación, experiencias y estrategias para mejorar su salud sexual y reproductiva*. Stern Claudio (Coordinador). (pp. 27 - 57). México: El Colegio de México.

ANEXOS

Anexo 1. Oficios para muestra.

Anexo 2. Carta programática.

Anexo 3. Formato para la evaluación de la calidad de las sesiones educativas.

Anexo 1. Oficios para Muestra

Oficios de la Jefatura de Protección a Menores en el Trabajo, de la Subdirección de Protección a Mujeres y Menores en el Trabajo, adscrita a la Dirección para el Trabajo y la Previsión Social, de la Secretaría del Trabajo y Fomento al Empleo (STFE), del Gobierno del Distrito Federal.



Dirección para el Trabajo y la Previsión Social
Subdirección de Protección a Mujeres y Menores en el Trabajo
Jefatura de Unidad Departamental de Protección a Menores



Talleres Programados para las tiendas de autoservicio a menores empacadores, a cargo de la organización Afluentes:

Fecha	Tienda	Horario
14 – julio – 2012	Bodega Aurrera Pantitlán	09:00 a 11:00
14 – julio – 2012	Bodega Aurrera Zaragoza	13:00 a 15:00
21 – julio – 2012	Bodega Aurrera Tulyehualco	09:00 a 11:00
21 – julio – 2012	Bodega Aurrera Xochimilco	13:00 a 15:00
28 – julio – 2012	Chedraui Polanco	09:00 a 11:00
28 – julio – 2012	Wal-Mart Torea	13:00 a 15:00
04 – agosto – 2012	Wal-Mart Miramontes	09:00 a 11:00
04 – agosto – 2012	Bodega Aurrera La Virgen	13:00 a 15:00
11 – agosto – 2012	Wal-Mart Eduardo Molina	09:00 a 11:00
11 – agosto – 2012	Wal-Mart Tepeyac	13:00 a 15:00
18 – agosto – 2012	Wal-Mart Félix Cuevas	09:00 a 11:00
18 – agosto – 2012	Wal-Mart Universidad	13:00 a 15:00
25 – agosto – 2012	Wal-Mart Cuajimalpa	09:00 a 11:00



Izazaga No. 89, • Quinto Piso, • Col. Centro • C.P. 06090
Deleg. Cuauhtémoc • Tel. Conmutador: 5709 2878, 2880 y 2907 Ext.33





Dirección para el Trabajo y la Previsión Social
 Subdirección de Protección a Mujeres y Menores en el Trabajo
 Jefatura de Unidad Departamental de Protección a Menores



"2012 Año por la Cultura de la Legalidad"

México, D.F. a 24 de septiembre de 2012
 Oficio No. JUDPM/362/2012
 Asunto: Talleres para menores empacadores

**LIC. VERÓNICA PÉREZ ALVARADO
 SUBGERENTE DE RECURSOS HUMANOS
 DEL CORPORATIVO NUEVA WAL*MART, S. DE R.L. DE C.V.
 P R E S E N T E**

Por este conducto, hago de su conocimiento que la Jefatura de Unidad Departamental de Protección a Menores de la Dirección General del Trabajo y Previsión Social, en colaboración con la Sociedad AFLUENTES, solicita su apoyo para la presentación de una serie de talleres dirigidos a las y los menores empacadores, que tienen como finalidad prevenir la violencia en el noviazgo, el embarazo no deseado, la trata de personas y darles a conocer sus derechos sexuales y reproductivos.

Por lo anterior, le solicitamos su valioso apoyo para impartir dichos talleres en las tiendas que a continuación se mencionan, mismas que forman parte del Corporativo Nueva Wal*Mart.

Fecha	Tienda	Horario
29-septiembre-2012	Bodega Aurrera Insurgentes Sur	09:00 a 11:00
29-septiembre-2012	Bodega Aurrera Insurgentes Sur	12:00 a 14:00
06-octubre-2012	Wal-Mart Plateros	09:00 a 11:00
06-octubre-2012	Wal-Mart Plateros	12:00 a 14:00
13-octubre-2012	Bodega Aurrera Ángeles Iztapalapa	09:00 a 11:00
13-octubre-2012	Bodega Aurrera Ángeles Iztapalapa	12:00 a 14:00

Asimismo, solicito que para realizar estos talleres, se deberá contar con un número aproximado de 25 a 35 menores, brindar un espacio, un proyector, reproductor de DVD, televisión, con el fin de presentar información de manera visual.

Sin otro particular, aprovecho la ocasión para enviarle un cordial saludo

**ATENTAMENTE
 LA JEFE DE UNIDAD DEPARTAMENTAL
 DE PROTECCIÓN A MENORES**

LIC. PATRICIA PATIÑO MARTINEZ
 PPM/naa



Izazaga No. 89, • Quinto Piso, • Col. Centro • C.P. 06090
 Deleg. Cuauhtémoc • Tel. Conmutador: 5709 2878, 2880 y 2907 Ext.33



Anexo 2. Carta programática

Promoción de la educación integral de la sexualidad con adolescentes empacadoras y empacadores del Distrito Federal

Carta programática Sesiones educativas de Información y sensibilización

INTRODUCCIÓN

En México, como en la mayoría de los países de la región latinoamericana, existe un reconocimiento de las y los adolescentes como un grupo que posee características y necesidades propias, y que demandan atención de manera especial. Este periodo se caracteriza por un conjunto de cambios físicos, psicológicos, cognoscitivos, emocionales y sociales que determinan la transición entre la infancia y la edad adulta.

Diversos eventos significativos, entre ellos la maduración sexual, la disminución de la edad en la menarca, la postergación de la vida en pareja a edades mayores, la transformación de valores, el enfrentamiento con culturas diferentes como resultado de la globalización y migración, y la influencia de los medios de difusión, así como la transformación de las familias, evidencian la necesidad de tratar en forma lo más integral posible los aspectos del desarrollo psicosocial de las y los adolescentes, mediante un abordaje principalmente de tipo educativo que enfatice los aspectos tendientes a identificar, prevenir, disminuir o evitar conductas de riesgo que afecten su desarrollo psicosocial.

Estas sesiones de información y sensibilización buscan ser una alternativa para dar respuesta a las necesidades detectadas sobre educación sexual del adolescente, como resultado de la experiencia del trabajo implementado con este sector de la población a través de varios años. A lo largo de ellas, se busca proveer a la y el adolescente de elementos que le permitan la reflexión y le faciliten la toma de decisiones informada, libre y consciente, evitando así la manipulación. La inclusión de temas como noviazgo, orientación sexual, abuso sexual, consumo de drogas, embarazo de adolescentes, uso correcto y consistente del condón femenino y masculino, anticoncepción de emergencia, interrupción legal del embarazo y trata de personas, contribuyen de manera

significativa a mejorar la salud sexual y reproductiva y de las y los adolescentes, y a facilitarle la búsqueda y construcción de su identidad. Además, le permiten contar con elementos y conceptos útiles para la toma de decisiones determinantes en el diseño y desarrollo de su plan de de vida.

PROPÓSITO

Informar y sensibilizar a adolescentes empacadores y empacadoras que se emplean en tiendas de autoservicio del Distrito Federal, acerca de temáticas que conforman la educación integral de la sexualidad.

METODOLOGÍA

La defensa y promoción de los derechos sexuales y reproductivos de las y los jóvenes en el presente programa se plantea estrechamente relacionado a una pedagogía de aprendizaje participativo y vivencial. Esto significa que se utilizan metodologías de aprendizaje interactivas, tales como el uso de materiales audiovisuales, debates, análisis de situaciones, juegos y solución de problemas de forma individual y colectiva.

La sesión de información y sensibilización es un espacio para la construcción del conocimiento, a través de la exploración desde el plano individual que promueve actitudes encaminadas a acciones concretas en la vida cotidiana, donde recuperar el juego como principio lúdico de aprendizaje es una premisa por demás importante así, las y los participantes se divierten, comparten y aprenden estrategias útiles para la toma de decisiones en su vida cotidiana.

Para su instrumentación es necesario contar con un espacio amplio, iluminado, ventilado y con sillas apilables, hojas blancas o reciclables, hojas para rotafolios, reproductor de DVD, cinta adhesiva y marcadores de colores. Adicionalmente, los grupos de aprendizaje deben estar conformados entre 15 y 25 participantes, preferentemente.

DURACIÓN

La sesión de información y sensibilización está diseñada para desarrollarse en una sesión de trabajo de 2 hrs. aproximadamente.

DIRIGIDO A

La sesión está dirigida a adolescentes de 14 y 15 años de edad, que se emplean como empacadoras y empacadores en tiendas de autoservicio del Distrito Federal.

CONTENIDOS TEMÁTICOS

- Sexualidad
- Noviazgo
- Violencia en el noviazgo
- Trata de personas
- Embarazo de adolescentes
- Derechos sexuales
- Orientación Sexual
- Uso correcto y consistente del condón femenino y masculino
- Pastilla de Anticoncepción de Emergencia

- Interrupción Legal del Embarazo

PROGRAMA

ACTIVIDAD	TIEMPO ESTIMADO
Bienvenida, presentación e integración	10 min.
Proyección de un video educativo	20 min.
Discusión y análisis del video (mensajes, personajes, situaciones planteadas, etc.)	20 min.
Exposición participativa (exposición temática, realización de ejercicios didácticos y clarificación de dudas)	60 min.
Aplicación de formato de evaluación	10 min.

Anexo 3. Formato para la evaluación de la calidad

EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LA SESIÓN EDUCATIVA

Fecha: _____ Lugar: _____

Edad: _____ Sexo: _____ Grado que cursas: _____

INSTRUCCIONES: En una escala del 1 al 5, donde 5 es la puntuación más alta y 1 es la más baja, por favor califica los siguientes aspectos:

1.	Utilidad de la información que recibiste	5	4	3	2	1
2.	Claridad del lenguaje utilizado por la instructora	5	4	3	2	1

3. La instructora:

¿Respondió las preguntas que se le plantearon? Sí _____ No _____

¿Tuvo un trato respetuoso? Sí _____ No _____

¿Tuvo un trato cordial? Sí _____ No _____

4. ¿Qué mensaje te llevas de la sesión educativa?

¡Muchas gracias por tu participación!