

UNIVERSIDAD AMERICANA DE ACAPULCO

"EXCELENCIA PARA EL DESARROLLO"



FACULTAD DE PSICOLOGÍA

INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO CLAVE
DE INCORPORACIÓN 8852-25

"CREENCIAS EN LA SEXUALIDAD DE LOS ADOLESCENTES"

T E S I S

PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A

JESÚS MOTA NOLASCO

DIRECTOR DE TESIS

PSIC. CARLOS BETANCOURT SÁNCHEZ

ACAPULCO, GUERRERO.

2016





Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

AGRADECIMIENTOS

Un agradecimiento a todas las personas que permitieron que se realizara el presente trabajo, así como, un especial agradecimiento a los jóvenes de la Escuela Secundaria Federal No. 1 que brindaron una experiencia enriquecedora. Un agradecimiento al profesor Carlos Bentancurt y la profesora Angelina Romero, por su ayuda para realizar el presente trabajo.

DEDICATORIA

A mis padres que son ellos el soporte y el apoyo que siempre necesité.

A mi madre de quien aprendí la perseverancia y a mi padre que me enseñó la importancia de la esperanza.

A mi pareja, por apoyarme y alentarme en mis retos, para cumplir mis metas.

ÍNDICE

Agradecimientos

Dedicatoria

Introducción.....1

CAPITULO I. ADOLESCENCIA3

1.1 Cambios fisiológicos4

1.1.1 Maduración del eje hipotalámico hipofisario.....5

1.1.1.1 Hormonas estrogénicas y progesterona.....6

1.1.1.2 Hormonas androgénicas.....7

1.1.1.3 Hormona del crecimiento.....8

1.1.1.4 Hormonas adrenales.....8

1.1.2 Características sexuales.....9

1.1.2.1 Cambios sexuales secundarios.....9

1.1.2.1.1 Desarrollo mamario.....9

1.1.2.1.2 Aparición del vello.....10

1.1.2.1.3 Cambios corporales.....10

1.1.2.2 Características sexuales primarias.....11

1.1.2.2.1 Órganos sexuales femeninos.....11

1.1.2.2.1 Órganos sexuales masculinos14

1.1.3 Cerebro del adolescente.....15

1.2 Cambios psicológicos y sociales	16
1.2.1 Imagen corporal.....	16
1.2.2 La autoestima	17
1.2.3 Proceso de dependencia e independencia	19
1.2.4 Desarrollo de la identidad	20
1.2.5 Tareas evolutivas.....	22
1.2.6 Relaciones sociales	23
1.2.7 Las amistades.....	24
1.2.8 Noviazgo.....	25
1.2.9 Cambios intelectuales.....	26
1.2.9.1 Las operaciones formales.....	26
1.2.9.2 Egocentrismo.....	28
1.2.9.2 Habilidades intelectuales.....	28
1.2.9.3 Cambios en el procesamiento de la información.....	30
1.2.9.4 Razonamiento moral.....	30
CAPITULO II. SEXUALIDAD.....	32
2.1 Sexo y género.....	33
2.2 Identidad sexual.....	33
2.3 Orientación sexual.....	34
2.4 Homosexualidad.....	35

2.5 Respuesta sexual.....	35
2.6.1 El deseo.....	36
2.6.2 Fase de excitación.....	36
2.6.3 fase de mantenimiento.....	37
2.6.4 Orgasmo.....	37
2.6.4.1 Orgasmo femenino.....	38
2.6.4.2 Orgasmo masculino.....	38
2.6.5 Periodo de resolución o refractario.....	39
2.6.6 Consideraciones.....	40
2.7 Derechos sexuales y reproductivos.....	40
2.8 Educación sexual.....	41
2.8.1 Actividades de la educación sexual.....	42
2.9 Salud sexual.....	44
2.10 Medidas de autocuidado	46
2.10.1 Autocuidado en mujeres.....	47
2.10.2 Autocuidado en hombres.....	48
2.11 Infecciones de transmisión sexual (ITS).....	49
2.12.1 Enfermedad pélvica inflamatoria (EPI).....	51
2.11.2 Herpes.....	52
2.11.3 Gonorrea.....	53
2.11.4 Clamidia.....	54
2.11.5 Hepatitis B.....	55
2.11.6 Sífilis.....	57
2.11.7 Verrugas venéreas.....	59

2.11.8 Vaginitis.....	60
2.12 SIDA.....	62
2.12.1 Descripción.....	63
2.12.2 Factores de riesgo.....	63
2.12.3 Signos y síntomas.....	64
2.12.4 Tratamiento.....	65
2.13 Embarazos indeseados.....	66
2.13.1 Concepto y situación.....	67
2.13.2 Consecuencias del embarazo no deseado.....	67
2.14 Planificación familiar.....	69
2.15 Métodos anticonceptivos.....	70
2.15.1 Método de barrera.....	70
2.15.1.1 Preservativo masculino.....	71
2.15.1.2 Preservativo femenino.....	72
2.15.1.3 El diafragma.....	72
2.15.2 Dispositivo intrauterino.....	73
2.15.3 Métodos hormonales.....	73
2.15.3.1 Píldora combinada	74
2.15.3.2 Mini – píldora.....	74
2.15.3.3 Píldora anticonceptiva de emergencia.....	74
2.15.3.4 Anillo vaginal.....	75
2.15.3.5 Implantes.....	75
2.15.3.6 Inyectables.....	76

2.15.3.7 Parche transdermico.....	76
2.15.4 Métodos no fiables.....	76
2.15.4.1 Esponja.....	77
2.15.4.2 Espermicidas.....	77
2.15.4.3 Método de medición del calendario.....	77
2.15.4.4 Método de temperatura basal.....	78
2.15.4.5 Coito interrumpido.....	78
2.15.4.6 Amenorrea por lactancia.....	78
2.15.4.7 Duchas vaginales después del coito	79
2.15.4.8 Relaciones sexuales durante la menstruación.....	79
2.15.5 Métodos quirúrgicos (Aplicados solo para adultos)	79
2.15.5.1 Ligadura de trompas.....	80
2.15.5.2 Esterilización tubárica.....	80
2.15.5.3 Vasectomía.....	80
CAPITULO III. SEXUALIDAD EN LA ADOLESCENCIA.....	81
3.2 Inicio de la vida sexual en la adolescencia.....	81
3.3 Embarazo en adolescentes.....	82
3.3.1 Suicidios y homicidios.....	85
3.3.2 Prevención del embarazo no deseado	85
3.3.3 Interrupción del embarazo.....	86
3.4 Los adolescentes y las enfermedades de transmisión sexual.....	89
3.5 Los adolescentes y métodos anticonceptivos.....	89

3.6 Mitos sobre la sexualidad.....	90
3.7 Educación secundaria.....	96

CAPITULO IV. MÉTODO DE INVESTIGACIÓN

4.1 Planteamiento del problema.....	99
4.2 Justificación.....	100
4.3 Objetivo general.....	101
4.4 Objetivos específicos.....	101
4.5 Población.....	102
4.6 Materiales empleados.....	102
4.7 Tipo de investigación.....	103
4.8 Diseño.....	103
4.9 Enfoque.....	103
4.10 Procedimiento.....	104

CAPITULO V. ANÁLISIS DE RESULTADOS

5.1 Resultados de encuesta exploratoria	105
5.2 Resultados de la encuesta de mitos. (Antes y después).....	115
5.2.1 Prevención de los embarazos.....	118
5.2.2 Infecciones de transmisión sexual.....	120
5.2.3 Aspectos relacionados a la homosexualidad.....	122

5.2.4 Otros mitos.....	123
5.3 Aspectos cualitativos del taller de educación sexual para mitigar mitos.....	124
5.3.1 Actividad relacionada a las infecciones de transmisión sexual.....	124
5.3.2 Actividad relacionada en prevención de los embarazos.....	127
5.3.3 Actividad relacionada a la homosexualidad.....	130
5.3.4 Resultados significativos de diversas actividades.....	131
CAPITULO VI. CONCLUSIÓN Y DISCUSIÓN.....	132
6.1 Consideraciones.....	136
6.2 Sugerencias.....	137
CAPITULO VII. PROPUESTA DE TALLER DE EDUCACIÓN SEXUAL PARA MITIGAR MITOS SOBRE LA SEXUALIDAD EN ADOLESCENTES DE TERCER GRADO DE SECUNDARIA DE ZONA URBANA	
7.1 Justificación.....	140
7.2 Objetivo general.....	141
7.3 Objetivos específicos.....	141
7.4 Propuesta.....	141
Referencias bibliográficas.....	143
Anexos.....	155

INTRODUCCIÓN

La adolescencia es una etapa de la vida en la cual existen dudas, curiosidades e incertidumbres, por lo cual, para su comprensión se delimita en un rango de edad, es así, que la adolescencia es un proceso que marca la pauta de fin de la niñez dependiente del seno familiar, al mundo de interacción y responsabilidades del adulto. Es importante señalar que existe un vacío en el entendimiento de la etapa de la adolescencia, por lo consecuente, muchas veces se considera una amalgama, por catalogarse como una etapa caótica y de riesgos, cabe destacar que para el entendimiento del proceso de vida abordado, es necesario el estudio del ser humano, como un ser bio-psico-social, con una responsabilidad del actuar de acuerdo a normas establecidas.

En lo correspondiente a la sexualidad, es un aspecto necesario del ser humano, la sexualidad se encuentra presente en todo el desarrollo de la vida, por consiguiente se considera a el ser humano sano, cuando es un ser sexuado que disfruta y actúa ejerciendo su sexualidad con responsabilidad, lo cual, implica presentar bienestar a nivel físico, mental y social.

En la etapa de la adolescencia a comparación de las demás, existe un mayor riesgo relacionado con la actividad sexual, ya que se surgen nuevos riesgos, como lo son: los embarazos no deseados, las enfermedades e infecciones de transmisión sexual, los cuales, son factores críticos en materia de prevención. La educación sexual no es un método que sólo coadyuve, es de considerarse imprescindible para la sanidad en este sector de la población, por lo cual, los adolescentes requieren información de sustento teórico y científico que les beneficie en el mantenimiento de su bienestar, eliminando los prejuicios e ideas erradas sobre la sexualidad, lo cual, beneficiará de manera importante la salud de los adolescentes.

Dentro de esta tesis podremos encontrar en el primer capítulo el abordaje acerca de la adolescencia, así como definiciones que se relacionan con la misma, los cambios que se sitúan en la adolescencia, desde el ámbito hormonal, fisiológicos, sexuales, psicológicos, sociales, intelectuales y en el procesamiento de la información, incluyendo una posterior explicación de conceptos necesarios de la sexualidad. Además en la presente investigación, también se aborda temas de la sexualidad en el adolescente.

En el segundo capítulo se puede encontrar la definición de conceptos acerca de la sexualidad, orientación sexual, sexo y género, además se describen algunas de las enfermedades e infecciones que se pueden transmitir a través de una relación sexual, así como de los métodos anticonceptivos. Posteriormente en el tercer capítulo se abordan los embarazos indeseados y el efecto que tiene en la etapa de la adolescencia, además cifras en lo que concierne a los adolescentes con las enfermedades de transmisión sexual y el uso de métodos anticonceptivos, enseguida se muestran algunos de los mitos que existen relacionados con la sexualidad y se aborda la participación de la educación secundaria para la salud sexual en los adolescentes.

En el cuarto capítulo se presenta el método de investigación que se llevó a cabo, el cual contiene el planteamiento del problema, justificación, objetivos y tipo de investigación, así como información sobre la aplicación de las encuestas y ejecución del taller con los adolescentes de nivel secundaria. En el quinto capítulo se redactan los resultados obtenidos de las encuestas y aspectos cualitativos del taller, los cuales se acompañan con gráficas para su mejor entendimiento. En el sexto capítulo se compone de conclusiones y discusión, los cuales son de en base de los resultados obtenidos, y para finalizar, el séptimo capítulo contiene una propuesta, la cual fue diseñada de acuerdo a los resultados y conclusiones de la misma investigación.

CAPITULO I. ADOLESCENCIA

La adolescencia es entendida como un proceso de maduración y desarrollo, en donde surgen cambios necesarios para la vida adulta, de acuerdo a la OMS (Organización Mundial de la Salud) el rango de edad inicia a los 10 años y finaliza entre los 19 y/o 20 años (OMS, 2015), es así, que la definición de adolescencia es “Una transición del desarrollo del ser humano que implica cambios físicos, cognitivos, emocionales y sociales” (Papalia, Wendkos, Duskin 2010: 354).

Para su entendimiento, el Fondo para la Infancia de las Naciones Unidas (UNICEF) clasifica la adolescencia en 2 fases, en adolescencia temprana y tardía, los cambios que surgen en estas etapas son del tipo físico, psicológico, social y sexual. La adolescencia temprana es una etapa que abarca entre los 10 a 14 años, en la que surgen los cambios acelerados en el crecimiento, con un posterior desarrollo de los órganos sexuales y de las características sexuales secundarias, es importante señalar que las mujeres inician sus cambios físicos y sexuales antes que los varones. El adolescente emprende la búsqueda de una identidad, con los cuales a veces suelen surgir conflictos con la familia, debido a que se busca independencia pero no se tienen los elementos suficientes para obtenerla, además el adolescente se encuentra confundido por los cambios de los nuevos entornos en que se desenvuelve.

La adolescencia tardía abarca de los 15 a los 20 años, en esta etapa el adolescente se dirige a una maduración en la identidad personal, sexual y una adecuada integración social, el cerebro del adolescente sigue organizándose y desarrollándose, pero con un marcado aumento de sus capacidad de pensamiento reflexivo, que le permite realizar evaluaciones de riesgos y en la toma de decisiones conscientes (UNICEF, 2011).

Los cambios físicos y sexuales de la adolescencia comienzan con la pubertad (Papalia et al., 2010), es así, que la pubertad se entiende como “Un periodo de rápida madurez física en el que se producen cambios hormonales y corporales” (Santrock, 2006, p. 389), usualmente la pubertad tiene inicio a los 10 años en las mujeres, a los 11 años en los hombres, la cual, finaliza entre los 14 a 15 años (Sandoval, 2012).

1.1 Cambios fisiológicos

La pubertad es una parte del desarrollo del ser humano, en el que existen cambios fisiológicos y psicológicos, que están determinados por los genes, factores ambientales, nutrición, estado de salud general, entre otros factores (Serrano y Rangel, 2009). La biología de la pubertad marca la pauta del final de la niñez, mostrando cambios en la estatura, peso y proporciones corporales (Tembory, 2009). El comienzo de la madurez sexual es una de las señales de la pubertad, da inicio con la menstruación en las mujeres y la producción de semen en los hombres (Cruz, 2000).

En el organismo del ser humano durante la etapa de la pubertad, se originan diferentes cambios, uno de estos cambios, es el aumento de los niveles hormonales en el torrente sanguíneo, este proceso está directamente relacionado con los desarrollos físicos y sexuales del adolescente, tomando a los andrógenos y estrógenos, como las hormonas principales en este proceso. La testosterona, el cual es un andrógeno que actúa en los hombres, desarrolla cambios en los genitales, masa corporal, cambios en la voz, entre otros. El estradiol es un estrógeno que actúa en las mujeres, en cambios físicos como en el ensanchamiento de la pelvis, desarrollo de senos y del útero (Serrano y Rangel 2009). El inicio de los cambios de la pubertad usualmente se da en las mujeres antes que los hombres (Muñoz, 2003).

La pubertad habitualmente dura de 3 a 4 años (Temboury, 2009), con las hormonas participantes en el desarrollo de la pubertad, se crean una división de etapas (Papalia et al., 2010), en este caso es la adrenarquía, la cual se sitúa en la parte anterior de la activación hormonal del eje hipotálamo, hipófisis-gonadal (Iglesias, 2013) y la gonadarquía, la cual implica el aumento las hormonas relacionadas con los órganos sexuales, en los hombres existe un desarrollo en los testículos y en las mujeres hay un desarrollo importante a nivel ovárico (Pedreira y Martín 2000). Los cambios hormonales se presentan en las mujeres a los 11 o 12 años y en los hombres es de los 12 a 13 años de edad (Mezquita, 2011).

1.1.1 Maduración del eje hipotalámico hipofisario

Posteriormente al nacimiento, el eje hipotalámico hipófisis gonadal se encuentra en un estado de inhibición, debido a la retroalimentación negativa con las hormonas sexuales, que tiene el niño desde la etapa de gestación (Cattani, 2015).

La retroalimentación negativa y positiva sirve como medio regulador de la cantidad hormonal en la sangre (Guyton y Hall, 2011). La activación de este eje es posterior de la adrenarquía (Iglesias, 2013), lo que provoca que los cambios de tipo hormonales, y de sus posteriores implicaciones fisiológicas de la pubertad, ocurran de manera ordenada y progresiva. A pesar que no se llega a comprender el fenómeno precedente que sirve como activador específico del eje hipotalámico hipófisis y gonadal, se tiene establecido que la maduración de este eje es imprescindible para los cambios fisiológicos de la pubertad (Muñoz y Pozo, 2011).

El hipotálamo estimula de manera hormonal y nerviosa a la hipófisis (esta misma está dividida

en adenohipófisis y neurohipófisis). El hipotálamo segrega la hormona liberadora de gonadotropinas y estimula la parte anterior de la hipófisis (adenohipofisis), liberando las hormonas de crecimiento, adrenocorticotropina, estimulante del folículo, luteinizante, hormona estimulante de la tiroides (tirotropina) y la prolactina.

Por la parte posterior, la neurohipófisis son segregadas la oxitócina y a la vasopresina (Guyton y Hall, 2011). Las hormonas luteinizantes y estimulante del folículo, tienen acciones prioritarias en las glándulas encargadas de segregar los andrógenos en los hombres y los estrógenos en la mujer (Mezquita, 2011), es así, con el aumento de estas hormonas sexuales estimulan el desarrollo de la espermatogénesis y el inicio del control del ciclo sexual mensual. Durante la etapa de inhibición, el estradiol y la testosterona sirven como agente de una retroalimentación negativa, que inhibe la segregación a las hormonas gonadotropinas (Mezquita, 2011). Con la estimulación del eje empiezan y modulan los cambios de las características sexuales primarias y secundarias (Muñoz y Pozo, 2011).

1.1.1 Hormonas estrógenicas y progesterona

Las hormonas estrogénicas son producidas en el ovario, debido a la estimulación de las hormonas estimulante del folículo y las luteinizantes (Guyton y Hall, 2011), de las cuales son generadas la estrona, el estriol y el estradiol, este último actúa como principal factor en los cambios sexuales (Barrett, Barman, Boitano y Brooks, 2010). El estradiol estimula el desarrollo y crecimiento de las mamas, además de procesar los tejidos de la misma haciendo así la producción de la leche materna, (Temboury, 2009), también como de la distribución idónea de la grasa corporal en muslos y

caderas, con el cambio en el metabolismo se crea un aumento en el tejido adiposo (Guyton y Hall 2011), así mismo también hay fortalecimiento y densidad mineral de los huesos, además que debido a los estrógenos, la piel de la mujer es de textura suave y blanda (Mezquita, 2011).

La progesterona y los estrógenos se encargan de promover la preparación del recubrimiento de mucosa en el útero, las cuales son necesarias para la implantación del óvulo y posteriormente para la descamación del endometrio. A este proceso cíclico de recubrimiento de mucosa y descamación del endometrio, se le llega a denominar menstruación (Guyton y Hall 2011). También la progesterona coadyuva en el desarrollo mamario normal (Sandoval, 2012).

1.1.1.2 Hormonas androgénicas

Los andrógenos son generados primordialmente en los testículos de los varones, y también en pequeñas cantidades en las glándulas suprarrenales, de las hormonas androgénicas que existen son la testosterona, la dehidrostestosterona y la androstenodiona. De las mencionadas anteriormente, la hormona principal es la testosterona, la cual es producida en las células de Leydig (Barrett, et al., 2010).

La testosterona es la causante del crecimiento de vello facial, cambio de la voz (más grave) mayor acción de las glándulas sudoríparas y sebáceas (Arrondo, 2009), maduración en las vesículas seminales, como de la próstata, el escroto aumenta de tamaño volviéndose más rugoso y oscuro, el pene aumenta en longitud y circunferencia (Muñoz y Pozo 2011). El aumento de los andrógenos genera una mayor masa corporal, estatura, aparece el vello axilar y púbico. Una mayor concentración hormonal, en el varón implica la aparición del vello en el pecho, en abdomen, en la

espalda y predispone la caída del cabello (Guyton y Hall 2011).

1.1.1.3 Hormona del crecimiento

La hormona del crecimiento es producida por la adenohipofisis, la cual actúa en diferentes tejidos a lo largo de la vida, dicha la hormona del crecimiento humano también es denominada somatotropina, ésta coadyuva en el desarrollo y funcionamiento de los tejidos, huesos y cartílagos (Guyton y Hall, 2011), además es participe en la conversión de la grasa en energía (Mezquita, 2011).

Existe un aumento significativo de la segregación de esta sustancia, durante las fases III y IV del sueño profundo, siendo en la edad de los 15 a 19 años, los niveles más altos de esta hormona, después de los 20 años existe una disminución importante (Regalado, López y Juárez, 2012).

1.1.1.4 Hormonas adrenales

La glándula suprarrenal está dividida en dos partes, en la medula y la corteza, en la corteza se secreta la aldosterona, cortisol y andrógenos. La hormona primordial para este tema son los andrógenos, ya que su actividad principal está en el crecimiento del vello axilar, púbico (Barrett et al., 2010) facial, aumento de la grasa en la piel, aumento de la libido y participa en el desarrollo del aroma corporal (Papalia et al., 2010). Es importante considerar que los niveles de andrógenos de este tipo, son más importantes en la mujer que en el hombre (Mezquita, 2011).

1.1.2 Características sexuales

Las características sexuales de la adolescencia se dividen en las primarias y en secundarias, las primarias son las características de maduración de los órganos para la reproducción, las características sexuales secundarias se refieren a todas las características sexuales que no impliquen los órganos reproductores (Papalia et al., 2010).

La adolescencia es una etapa que se producen cambios importantes en la fisionomía y en las características sexuales, las cuales están determinadas por la edad cronológica (Iglesias, 2013).

1.1.2.1 Cambios sexuales secundarios

Los cambios que se constituyen con estas características, son el cambio de voz, aparición del vello púbico, axilar, corporal, desarrollo mamario y el desarrollo de la masa corporal en los hombres (Papalia et al., 2010).

1.1.2.1.1 Desarrollo mamario

La telarquía es el desarrollo mamario en la mujer, la cual se considera una de las primeras características que surgen durante la pubertad. La edad en la que se presentan los primeros indicios del desarrollo mamario es en un rango de entre 9 a 13 años de edad, es un crecimiento paulatino y progresivo, con el cual aparece el botón mamario, un posterior aumento en la mama en su elevación, y aumento de diámetro del pezón, por último el seno desarrolla un contorno redondeado (Muñoz y Pozo, 2011). En los hombres hay un aumento en la areola y una leve elevación en el

tejido (Arrondo, 2009).

1.1.2.1.2 Aparición del vello

La aparición del vello en la área genital y próximas a este, tiene crecimiento en medida de las hormonas androgénicas, en un principio el vello es lacio o un poco rizado, con el desarrollo (dura alrededor de 3 años) se vuelve oscuro y tiene una mayor extensión, en las mujeres su distribución es en forma de triángulo invertido y en los hombres es de forma de rombo (Iglesias, 2013).

El vello axilar tiende a aparecer a los 12 años, el desarrollo total de este llega a los 13 o 14 años de edad, este vello en las mujeres depende de las hormonas andrógenicas de tipo suprarrenales.

La aparición del vello en las demás áreas corporales depende de la genética, normalmente este vello termina su desarrollo posterior a la pubertad (Guyton y Hall 2011).

1.1.2.1.3 Cambios corporales

El estirón de la pubertad, es una aceleración de la velocidad del crecimiento con determinado periodo de tiempo, esta es una característica de la pubertad que se presenta en ambos sexos, se considera que termina en un proceso normal de 5 años posteriores al comienzo de la pubertad, al finalizar esta aceleración, marca la pauta de la talla próxima de la persona adulta, además es importante señalar que hay un incremento mayor en los hombres en comparación de las mujeres (Sepúlveda y Merico, 2011).

A los 14 años de edad existe un cambio de la voz, en los hombres se vuelve grave, debido al

cambio en la laringe y las cuerdas vocales (Mezquita, 2011). Los huesos adquieren mayor resistencia y dureza (Graciela, Docampo, Peralta y Stradella, 2011), hay un aumento del 50% de peso al término del desarrollo en comparación de la niñez (Sepúlveda y Merico 2011). En las mujeres el tejido adiposo tiene un porcentaje más importante que el de los varones, con una distribución corporal en las caderas, glúteos, piernas, pelvis y en las mamas (Guyton y Hall 2011), en los varones la masa muscular tiene un aumento significativo debido a la carga de testosterona, con este cambio, a los varones se les ensanchan los hombros, tórax y espalda (Papalia et al., 2010).

Existen cambios en las glándulas sudoríparas y sebáceas de la piel, principalmente las áreas genitales y de las axilas, se segrega una sustancia que produce un olor característico, las glándulas sebáceas liberan la grasa por medio de conductos, los cuales si llegaran a obstruirse procede a la oxidación de la grasa, creando un punto negro, además por medio de la contaminación cutánea, se crea acné (Mezquita, 2011).

1.1.2.2 Características sexuales primarias

Los órganos encargados de la reproducción en la mujer son los ovarios, trompas de falopio, útero, vagina y clítoris, en los hombres son el pene, testículos, vesícula seminal, escroto y próstata (Papalia et al., 2010).

1.1.2.2.1 Órganos sexuales femeninos

Para el entendimiento y estudio el sistema reproductor femenino se divide considerando la ubicación de los órganos, están divididos en órganos internos y externos, el externo desempeña un

papel importante durante el acto sexual y los internos se encargan de la fecundación y la gestación.

Los órganos sexuales femeninos externos tienen cambios importantes, principalmente los labios mayores, menores y el clítoris (Graciela et al., 2011), los cambios que se presentan son el aumento en el monte de venus, en los labios mayores y en los labios menores tienen un aumento de su proporción y pigmentación, además existe un ligero aumento del tamaño del clítoris (Barrett et al., 2010).

En los cambios de mayor importancia en la parte de anatómica interna de los órganos sexuales femeninos, lo componen los ovarios, las trompas de falopio, el útero y la vagina (Graciela et al., 2011). El útero tiene aumento en longitud y anchura, el cual se da de manera gradual desde los 7 años de edad, durante el periodo próximo a la menarquía tiene su principal aumento en grosor, posteriormente el cuello uterino aumenta de tamaño, de igual manera debido a la carga hormonal, la vagina tiene cambios en la longitud, también existe un aumento del volumen ovárico y el PH se vuelve ácido (protección de infecciones vaginales) (Barrett et al., 2010).

De los cambios que surgen en la mujer también está la menarquía, que es el primer periodo menstrual que experimentan las adolescentes, el cual es un indicador del desarrollo a una sexualidad madura, esta depende de la carga hormonal gonadotropinas por parte de la adenohipofisis, que estimula al ovario (Sepúlveda y Merico 2011), así mismo, el ovario segrega las hormonas sexuales que inhiben la cantidad de gonadotropinas, con esta conexión de retroalimentación se crea un ritmo cíclico, que dura regularmente 28 días, en algunas mujeres puede llegar a durar entre 20 hasta 45 días (Mezquita, 2011).

Debido al aumento de estrógenos y de progesterona, se da inicio a la menarquía, este cambio usualmente sucede a los 2 años posteriores del inicio del desarrollo mamario, sin embargo hay

consideraciones en la actualidad, de una menarquía que se presenta a edad más temprana (Muñoz y Pozo 2011). La menarquía es parte de un proceso fisiológico con vinculación psicológica, ya que culturalmente es símbolo concreto del cambio de niña a mujer (Sepúlveda y Merico, 2011: 29).

Los primeros ciclos menstruales en la pubertad son anovulatorios e irregulares (Guyton y Hall 2011), siendo los factores como el aumento de grasa corporal, que puede llegar a estimular el comienzo de la menstruación y los ejercicios extenuantes tienden a retrasar la aparición de la misma (Sandoval, 2009).

A la edad de los 11 a 15 años de edad, se inicia el ciclo sexual mensual, esto debido a la estimulación de las hormonas gonadotropinas que estimulan al ovario llevando el desarrollo de los folículos, realizando así el crecimiento de dos a tres veces el diámetro de un óvulo, durante un periodo de 12.5 a 13 días. Por medio de la retroalimentación de la hipófisis y el ovario, existen cambios de la hormona leutenizante y posteriormente en el nivel de progesterona, que dan inicio a la ovulación a los 14 días posteriores a la menstruación.

La menstruación ocurre con la degeneración del cuerpo lúteo (si es que no hubo una concepción), esto debido a los cambios hormonales de los estrógenos y primordialmente de la progesterona, hay una descamación del endometrio uterino, que junto con los vasoespamos crean una hemorragia en la cavidad uterina, así mismo, con las contracciones uterinas se expulsa el contenido durante un periodo de 4 a 7 días, posteriormente de la descamación viene el recubrimiento paulatino del endometrio uterino, que propicia el ambiente adecuado para la fecundación de un óvulo, este proceso dura regularmente 28 días (Guyton y Hall 2011).

1.1.2.2.1 Órganos sexuales masculinos

El sistema reproductor masculino se comprende de los testículos, conductos de transporte, la próstata, vesícula seminal y el pene (Graciela et al., 2011). La maduración de los genitales tiene su génesis a partir de los 9 años de edad y la finalización de su proceso puede durar hasta 5 años, hay cambios en la longitud y el diámetro del pene, aumento de volumen de los testículos, la bolsa escrotal aumentada en proporción y una mayor pigmentación.

La espermarquia es la primera eyaculación emitida, es la marca de producción y emisión del esperma, debido a la carga hormonal que tiene lugar alrededor de los 12 a 15 años de edad (Arrondo, 2009), su aparición usualmente es acompañado con un sueño erótico (Papalia et al., 2010), este cambio coincide en tiempo con el aumento testicular y del estirón de la pubertad (Arrondo, 2009).

Debido a la estimulación hormonal de la adenohipofisis, como las hormonas estimulante del folículo y lutenizante, en la pubertad, el espermatozoide pasa un proceso de maduración de una forma de célula primordial, que emigra a los testículos, que posteriormente estas células se desarrollan hasta formarse un espermatozoide maduro.

Los testículos tienen la capacidad de almacenar aproximadamente 120 millones de espermatozoides diarios, al momento de una eyaculación los espermatozoides están contenidos en el semen, el cual es un líquido que contiene nutrientes y enzimas que brinda al espermatozoide un ambiente que le permite sobrevivir de 24 a 48 horas en temperatura corporal, las glándulas seminales y la próstata son las responsables en proporcionar al semen sus características (Guyton y Hall 2011).

1.1.3 Cerebro del adolescente

Hace varios años se consideraba que la maduración del cerebro se lograba en los primeros años de vida (niñez), pero con el uso de las técnicas actuales de estudio, se comprendieron los cambios del desarrollo que tiene el cerebro en la etapa de la adolescencia (Blakemore, Burnett y Dahl, 2010).

El adolescente durante sus primeros años, se caracteriza por los cambios súbitos del estado de ánimo, poca planeación hacia el futuro y tendencias en conductas riesgosas, esto es debido a que el cerebro aún no termina de madurar, dicho proceso de maduración termina entre los 20 a 23 años de edad. De los primeros cambios que tiene el cerebro, es la maduración del eje hipotalámico hipofisis gonadal, el cual permite los cambios de hormonales que se suscitan en la pubertad (Logatt, 2010).

Durante el desarrollo del encéfalo hay un cambio gradual del adelgazamiento de la sustancia gris, que es la poda de conexiones detriticas que no fueron útiles, este proceso selectivo de las estructuras neuronales que no fueron eliminadas, llegan a modificarse en los axones, teniendo mayor número de ramificaciones y son cubiertas con mielina, lo que permite una mejor conducción del impulso nervioso (Iglesias, 2013). Esta eliminación de conexiones dependen del ambiente donde se desenvuelve la persona, donde las sinapsis usadas se fortalecen y las que no son usadas, en ese ambiente son eliminadas, a este proceso denominado como poda (Blakemore, et al., 2014), va desde las zonas posteriores del cerebro dirigiéndose a los lóbulos frontales, sin embargo durante la mayor parte de la adolescencia, este proceso no llega por completo hasta los lóbulos frontales (Papalia et al., 2010).

Por los estudios de imagen cerebral, como la resonancia magnética, se pueden entender los cambios estructurales y funcionales del cerebro, uno de los cambios es la corteza prefrontal que está encargada en la planificación, controlar el comportamiento inapropiado, control de impulsos

y también se involucra en la interacción social (Blakemore, et al., 2014). La maduración de este lóbulo está relacionada también con la capacidad del retardo de la gratificación y la perseverancia en la obtención de los objetivos. Los aspectos de la falta de maduración previamente considerados, son los responsables, de que los jóvenes tengan conductas riesgosas y que las encuentren gratificantes, es así, que buscan experiencias donde encuentren estímulos novedosos e inusuales, y tienen dificultades en divisar planes en el futuro lejano, es en esta etapa donde prefieren la compañía de sus amistades y crean un fuerte vínculo con estos (Logatt, 2010).

1.2 Cambios psicológicos y sociales

El desarrollo de las características físicas usualmente conllevan implicaciones psicológicas y sociales (Oliva, 2007), esto se puede comprender o considerar en ciertos aspectos que son: El proceso de dependencia e independencia (Iglesias, 2013), la imagen corporal (Santrock, 2001), la autoestima (Sandoval, 2012), el desarrollo de la identidad, además el desarrollo de las relaciones sociales (Craig, 2001) y los cambios intelectuales (Papalia et al., 2010).

1.2.1 Imagen corporal

Los adolescentes tienden a preocuparse por su aspecto físico y desarrollan construcciones de imágenes mentales de sus características físicas. Los adolescentes durante la pubertad se muestran usualmente insatisfechos con su cuerpo, además del acentuado esmero por tener un aspecto físico agradable.

La preocupación por la imagen corporal es significativamente mayor en las mujeres, es así, que

con los cambios físicos, las mujeres llegan a preocuparse debido al aumento de grasa corporal, mientras que los hombres tienden a mostrarse más satisfechos en ese aspecto (Santrock, 2006).

En las mujeres el cuidado de su aspecto físico llega a ser un arduo trabajo, debido a que existe la tendencia por el control de su peso, esto aunado a una percepción negativa de su imagen corporal, puede desembocar en el inicio de desarrollar un trastorno de alimentación, como son la bulimia y la anorexia, dichos padecimientos de patrón anormal en la ingesta de alimentos, llegan a tener derivaciones severas en la salud física y mental de las personas que los padecen, es importante considerar que en la explicación del desarrollo de los trastornos de alimentación, se contemplan factores culturales, genéticos y biológicos (Papalia et al., 2010).

1.2.2 La autoestima

Por la influencia de los cambios sociales, el adolescente se sitúa en una búsqueda del concepto de sí mismo. El autoconcepto es un constructo en que el sujeto se representa así mismo, en el cual comprende características físicas, introyectos morales, sociales y psicológicos, a consideración de estos aspectos, la descripción que tiene el adolescente sobre sí puede llegar hacer ambivalente, se considera como una persona diferente, dependiente del ámbito que se desenvuelve (familia, escuela y amistades) y encuentra dificultades en adaptarse a nuevos entornos.

El joven puede llegar a experimentar cambios bruscos, del sentirse admirable por sus demás compañeros y al mismo tiempo sentirse que está por debajo de ellos, es común durante la esta etapa, que exista el temor al ridículo, el cual usualmente llega a radicar en la autoestima del sujeto (Sandoval, 2012), de igual manera, se muestran dificultades en la autoestima, con lo cual los

adolescentes pueden llegar a considerarse como ominosos al evaluar y comparar su aspecto físico (Oliva, 2007).

La autoestima es entendida como la percepción que tiene una persona sobre sus características y habilidades personales (Marchant, Haeussler y Torretti, 2002 citado en Olivari y Barra 2005). En la etapa de la pubertad, la autoestima puede decaer, que si bien ésta llega a una estabilidad durante las últimas etapas de la adolescencia, muchos adolescentes con una deficiente autovalía pueden llegar a tener conductas que perjudican su salud, debido a que con su baja autoestima llegan a ser jóvenes con un precedente de adicciones, conductas sexuales riesgosas y depresión (Rodríguez y Caño 2012).

El decaimiento de la autoestima puede ser por los cambios físicos que el adolescente trata de adaptarse, como los cambios del contexto educativo (la exigencia, competitividad académica, cambios de profesores, zona escolar, amistades) y la búsqueda de una pareja con implicaciones sexuales, con la cual puede llegar a experimentar rechazo o dificultades para establecer dicha relación.

El adolescente está envuelto en presiones, dudas en su capacidad y valía para poder adaptarse a los nuevos desafíos que se presentan (Oliva, 2007), en esta cuestión existen diferencias en el género ya que las mujeres presentan niveles más bajos en su autoestima en comparación de los hombres, esto presuntamente porque las mujeres tienden a tener una preocupación y percepción negativa mayor que los hombres en la imagen de su cuerpo (Santrock, 2006).

La autoestima puede llegar a fluctuar debido a los factores estresantes en el ambiente del sujeto, sin embargo la motivación en los adolescentes es una herramienta idónea para una construcción de una autoestima adecuada, es con esta autoestima que las personas experimentan con gozo las

experiencias que son percibidas de manera positiva, afrontan las experiencias negativas de forma eficiente y funcional, mejorando la capacidad para adaptarse ante nuevas situaciones, con un buen desempeño académico, además con una desarrollada empatía y una convivencia adecuada (Rodríguez y Caño, 2012). Los adolescentes con baja autoestima tienen sentimientos de aislamiento, una menor valía, se consideran torpes, con dificultad en desenvolverse en situaciones sociales, son más susceptibles al rechazo (Rice, 1997), llegan a ser agresivos, experimentan con drogas y es un aspecto que coadyuva en el desarrollo de un trastorno alimenticio (Rodríguez y Caño, 2012).

1.2.3 Proceso de dependencia e independencia

En el desarrollo de independencia se experimentan de manera diferente, considerando la edad de la adolescencia en que se viva, en el rango de edad de los 12 a 14 años de edad (adolescencia temprana), se dan inicios unas series de confrontaciones y desconfianza con los padres, la desobediencia por parte de los hijos y las normas estrictas familiares crean dificultades en la relación padre e hijo, en la edad de 15 a 17 años, los conflictos llegan a un auge, se podría llegar a considerar que algunas relaciones son conflictivas (Iglesias, 2013), en este periodo los adolescentes se muestran reacios a considerar opiniones, juicios o recomendaciones de sus padres o de otras personas adultas.

Las pautas del desarrollo óptimo de la independencia consta con una familia que apoye en un ambiente sano de convivencia, implementando normas adecuadas a la edad del sujeto, estos aspectos son los generadores de un joven con una conducta constructiva o en el caso de no existir, estos factores puede desencadenar una conducta destructiva, el adolescente con la conducta

constructiva es un persona con un adecuado desarrollo de su independencia, que se perfila para la vida adulta, en la otra consideración, el adolescente con conducta destructiva, es una persona con conductas riesgosas que se reflejan en actividades delictivas, abusos de sustancias nocivas, actividad sexuales prematuras e irresponsables (Shutt-Aine y Maddaleno 2003).

Es en la edad de los 18 a 21 años, el adolescente se espera que tenga una integración a la familia y conduzca a una adecuada independencia (Iglesias, 2013), la persona en esta etapa tiende a generar lazos de amistades y emocionales profundos (Monroy, 1994).

1.2.4 Desarrollo de la identidad

La formación de la identidad en la teoría Eriksoniana (1968), es un proceso con varios componentes, con el propósito que la persona tenga una identidad lograda, los componentes de la identidad son sexuales, sociales, físicos, psicológicos, morales, ideológicos y vocacionales (Rice, 1997), en este proceso, el adolescente está en una búsqueda de ¿quién es?, ¿cómo es? y ¿hacia dónde se dirige?, este factor depende a la cultura que interactúa el adolescente, a este periodo de búsqueda se le denomina moratoria psicosocial (Craig, 2001).

En el desarrollo de la identidad del adolescente puede tener un desarrollo positivo o negativo, las personas de identidad positiva son emocionalmente más estables y adaptables en diferentes circunstancias, por su parte las personas con identidad negativa no aceptan sus características y les causa desagrado (Rice, 1997), el individuo que no es capaz de superar esta etapa considerada por Erikson como crisis de identidad, entran en una confusión de identidad, los individuos que no tienen un definición clara de su identidad, se separan o se aíslan de los distintos ámbitos sociales

(Santrock, 2006).

El desarrollo de la identidad personal se considera un factor importante para la vida adulta, ya que en este se albergan aspectos de valores, proyectos de vida, ideologías, creencias, entre muchas más, el tipo de identidad que el adolescente desarrolle tiene influencia por factores culturales, vivencias, familia y el periodo de crisis (Oliva, 2007).

James E. Marcia (1979) en sus indagaciones teóricas, desarrolló una categoría del desarrollo de la identidad en estadios, de las cuales son la identidad lograda, exclusión, moratoria e identidad difusa (Papalia et al., 2010), para Marcia la crisis es el periodo en que el adolescente busca y evalúa sus opciones posibles, junto con un compromiso, el cual es entendido como el empeño que el adolescente ejerce para cumplir lo que pretende hacer o ser (Craig, 2001), la identidad lograda se basa en los individuos que han superado la crisis y tiene un compromiso concreto (Santrock, 2006), en lo consecuente se forma un adolescente maduro y autónomo, con un equilibrio emocional y una integración idónea en la familia (Papalia et al., 2010).

La identidad hipotecada o de exclusión, es de un estadio que no se ha experimentado el periodo de crisis, a la persona le imponen compromisos (usualmente por los padres) sin que pueda contemplar opciones, el adolescente se comporta a base de las presiones de su entorno social y familiar, del tipo conformista, convencional y con obediencia total hacia autoridad (Oliva, 2007), en la identidad en moratoria, el adolescente está en el periodo de crisis, se encuentra en una búsqueda y reflexión en diferentes alternativas, sin tomar una decisión contundente (Craig, 2001). Por último la identidad difusa se entiende como la ausencia del compromiso, búsqueda y de la exploración (sin periodo de crisis), el adolescente se muestran apáticos, distantes y aislados (Oliva, 2007).

Para Waterman (1992) existe un progreso paulatino del desarrollo de la identidad, de los años anteriores al bachillerato hasta los años escolares de universidad, en la que va desde la identidad difusa hacia una identidad lograda (Santrock, 2006).

1.2.5 Tareas evolutivas

El desarrollo psicosocial propuesto por Havighurts (1972), considera ocho etapas en la que el individuo adquiere capacidades, conocimientos y actitudes en determinado tiempo de vida.

Respecto a la adolescencia, Havighurst en sus consideraciones modernas, se contempla la presente etapa, en un primer punto, al individuo que es consciente de sus cambios físicos, a los cuales se adapta de manera adecuada, además de la existencia del esmero por la apariencia física y la imagen corporal, en su segunda consideración del desarrollo del adolescente, es la autonomía emocional hacia los padres junto con la capacidad de tener una relación madura con estos, en la tercera, el adolescente puede ser capaz de indagar, desarrollar y ejercer un rol sexual (aspecto sujetado a la cultura), en una cuarta consideración el adolescente es capaz de generar relaciones profundas de amistades con ambos sexos y tener un desarrollo de las habilidades sociales, que le haga ser partícipe y adaptable a diferentes grupos sociales, en la quinta consideración de Havighurst consideró, que el adolescente tenga un conjunto de valores sociales, que le otorguen un criterio maduro y responsable sobre su realidad social, en una sexta consideración, el adolescente genera valores morales y personales que le sirvan como guía para una conducta socialmente responsable. En el penúltimo punto de desarrollo, el adolescente para que pueda prepararse para una vida independiente, debe tener una sustentabilidad económica, lo cual, implica una elección vocacional y provechoso crecimiento universitario previo, en la octava y última consideración, el

adolescente desarrolla habilidades sociales y una madurez emocional, para prepararse para la vida en matrimonio.

Para Havighurst (1972) el desarrollo deficiente en estas ocho consideraciones, generan un adolescente con incertidumbre y sin un claro propósito para su vida adulta (Rice, 1997).

1.2.6 Relaciones sociales

La búsqueda de pares es debido al sentimiento de afiliación, se considerada una parte importante en la vida del adolescente (Craig, 2001). Con el desarrollo humano existe un cambio del significado de las relaciones sociales, en la niñez, las amistades son tomadas primordialmente como compañeros de juegos y de actividades, es así, que en el desarrollo durante la pubertad, las amistades tiene un cambio, debido a que estas son tomadas como medios para satisfacer sus necesidades emocionales (Santrock, 2006).

A partir de la adolescencia media, crecen las intensidades de las relaciones emocionales, empiezan las relaciones de noviazgo, los clubs y pandillas, surgen actividades de hobby, actividades conjuntas con los amigos y adoptan signos particulares de su grupo, de los que puede ser una conducta, vestimenta, tatuajes o percings, posteriormente hay un declive en la cantidad y actividad con las amistades, pero empiezan a haber relaciones estables, profundas de amistad y de relación pareja (Iglesias, 2013).

La amistad, relaciones de pareja, relaciones sexuales, el rol que se espere que desempeñe, el ambiente familiar y el cambio en la educación, son entendidas como factores que están determinadas en respuesta de la sociedad que desenvuelve el adolescente, y que pueden causar

desadaptaciones en el sujeto, es así, que desembocan un comportamiento ilícito, en la ingesta de sustancias que perjudican la salud, embarazos no deseados, abandono escolar, apatía y abandono de la familia, incluso conductas adictivas y el suicidio (Sandoval, 2012).

El establecimiento de las amistades e integración en un grupo, sirve en el adolescente para desarrollar su identidad y mejorar sus habilidades sociales. Las amistades del adolescente funcionan como los padres, en el aspecto que los amigos cubren necesidades emocionales y dan soporte en momentos difíciles para este (Santrock, 2006).

1.2.7 Las amistades

Para Sullivan (1953) los seres humanos tienen necesidades básicas sociales, que son importantes para tener un bienestar emocional, en la etapa que nos compete, la necesidad de ternura es importante en la adolescencia, ya que en esta se encuentra la aceptación social, la compañía, intimidad y las relaciones sexuales, dichas características son indispensables en el adolescente, debido a que el proceso de independencia se alejan de los padres y el ambiente de las amistades se vuelven el medio para tener una estabilidad emocional (Craig, 2001).

Las elecciones de las amistades están guiadas por características afines o similares que tengan los vinculados, la permanencia de las amistades depende en medida de que estas sean capaces de satisfacer las necesidades emocionales, si se consideran insuficientes o no afines se desechan conforme al crecimiento.

El adolescente busca la intimidad, lealtad y una relación estable, para poder expresar sus sentimientos y pensamientos privados, es importante considerar las diferencias de género, ya que

las mujeres llegan a tener relaciones de amistad más íntimas que los hombres (Papalia et al., 2010).

1.2.8 Noviazgo

En medida que hay mayor intimidad con el género opuesto surgen las relaciones de noviazgo, en la fase temprana del noviazgo, es un acto del tipo exploratorio, de experimentación y de un vago compromiso, es así, que los adolescentes más jóvenes se inclinan por el atractivo físico, la vestimenta y que sea una persona de aspecto agradable, en el caso de los adolescentes más maduros, buscan rasgos de personalidad, afinidad y así poder tener planes para el futuro, con una sola persona (Rice, 1997).

El noviazgo es una relación social en pareja en el que se conoce y se desarrolla la capacidad de dar y recibir afecto, esta relación conforma parte de las interacciones que el adolescente le permite independizarse (Sandoval, 2012), tener intimidad y además de desarrollar su identidad (Papalia et al., 2010), el noviazgo se entiende como un proceso que inicia con un enamoramiento, en el que se depositan los deseos, necesidades, expectativas idealizadas en la otra persona, posteriormente del enamoramiento, la pareja experimenta una crisis, la cual si llegan a superar, entrar a una etapa de aceptación, de las características reales de cada vinculado, es así, que la pareja se sitúa en una estabilidad, donde hay trato con respeto, una comunicación adecuada, y se establecen acuerdos y planes. En el caso de la fase de despedida, uno o ambos miembros tiene una carencia emocional y de afecto, la cual afecta la convivencia de la relación, esto usualmente es debido a un acumulo de problemas individuales sin resolver (Sandoval, 2012).

El noviazgo durante la adolescencia es un amor romántico idealizado, se predomina los celos, se

idealiza a la pareja como una persona sin defectos, los adolescentes solo consideran el momento sin pensar en consecuencias, predomina la atracción física y surgen peleas a menudo (Bueno, 2006).

La vinculación amorosa de los jóvenes está construido a base de aspectos culturales, los cuales son interiorizados, es así, que tanto hombres como mujeres están inmersos de construcciones sociales que influyen en la manera como ama cada género, lo cual puede generar conflictos a distintos niveles, que son desde la comunicación, afecto y sexual. La mujer ha aprendido amar, de acuerdo al concepto de fusión, el cual se refiere al sentido de pertenencia, reciprocidad y vinculación, con que la mujer desarrolla el valor por cuidar, entregarse a los demás, de amar y ser amadas. El hombre de acuerdo al concepto de separación, prevalece la construcción de la identidad, obteniendo valores de dureza, reconocimiento social y profesional (Sanz, 1995).

1.2.9 Cambios intelectuales

En la transición del desarrollo del adolescente, existen cambios intelectuales, en los que se considera la capacidad de pensamiento abstracto, juicios morales complejos y desarrollo de una perspectiva realista, al considerar el futuro (Papalia et al., 2010).

1.2.9.1 Las operaciones formales

En la adolescencia se experimentan cambios en las capacidades del pensamiento y razonamiento. De los cambios principales son el desarrollo del pensamiento abstracto, complejo, lógico y sistemático en comparación a la niñez, estos son cambios que se consideran imprescindibles para afrontar las condiciones que se presentan en la vida adulta (Vaca, 2006).

En la edad promedio de 11 a 12 años, los sujetos son capaces de aprender álgebra, cálculo, entender metáforas y alegorías, es así, que Piaget (1959) coloca a estos sujetos en el nivel más alto de su categorías del desarrollo cognoscitivo (Papalia, et al., 2010).

Las operaciones formales es un periodo del desarrollo cognitivo, el cual abarca de los 11 a los 15 años de edad, en este periodo, la persona puede llegar a considerar más allá de lo concreto (Vaca, 2006), es capaz de considerar una gran cantidad de posibilidades sobre un fenómeno y crear una hipótesis (Papalia, et al., 2010).

Es importante considerar que las pasadas etapas o periodos de desarrollo, no se olvidan o se excluyen, al momento de encontrarse en una etapa más avanzada, ya que en la consideración de la epistemología de la genética, las etapas están entrelazadas, haciéndose necesarias cada una de las precedentes (Vaca, 2006).

Unas de las características principales de este pensamiento son: El razonamiento científico y el razonamiento combinatorio. El razonamiento hipotético deductivo o a veces también llamado razonamiento científico, se refiere a la capacidad que tiene una persona en poder formular una hipótesis sobre un fenómeno, diseñar un experimento o prueba que le permita corroborar su previa hipótesis, en este diseño sistemático de hipótesis, sirve como medio para corroborar distintas posibilidades de un resultado, para poder llegar a este periodo se consideran pertinentes factores como el ambiente, la maduración encefálica, la educación y la pertinente etapa precedente (pre-operacional). La implicaciones de este razonamiento en la vida diaria son variados, van desde poder adquirir nuevos conocimientos, tener una crítica sobre un conflicto familiar o social (Papalia, et al., 2010). El razonamiento combinatorio tiene un desarrollo gradual, en que la persona realiza relaciones y clasificaciones concretas, teniendo una restricción en la construcción de distintos tipos

de relación, con diferentes tipos de clases, el sujeto en pleno uso de esta facultad puede idealizar y realizar combinaciones con lo tangible, por ejemplo, pueden ser objetos cotidianos en casa o escuela, las combinaciones con lo intangible, son en el uso de ideas o de premisas. Este tipo de razonamiento es necesario en la lógica simbólica, la lógica proposicional o en el uso para resolver un problema cotidiano (Cano, 2007). La capacidad combinatoria es un componente básico del razonamiento formal, en cuanto constituye un recurso para la elaboración de la lógica proposicional en los adolescentes (Roa, 2000).

1.2.9.2 Egocentrismo

Los adolescentes están ensimismados en sus pensamientos, sus cambios cognoscitivos los llevan a una introspección, que lo sitúan en preocuparse más en sí mismo que en los demás.

En esta etapa del desarrollo, las personas se consideran objeto de crítica de las demás (Rice, 1997), también de ser únicas e invulnerables, es así, que el adolescente se considera incomprendido, que nadie es capaz de entender sus pensamientos y sentimientos, además pocas veces llegan a considerar la magnitud de las consecuencias a largo plazo, de sus actos y consideran que no será víctima de actos riesgosos (Craig, 2001).

1.2.9.2 Habilidades intelectuales

En la adolescencia, las redes neuronales se hacen más complejas, la maduración del encéfalo permite a las personas tener capacidades, que en sus etapas anteriores no tenían, las perspectivas sobre los hechos se vuelven complejos, se teorizan y crean un entramado cognoscitivo al momento

de analizar un fenómeno.

En lo que concierne al proceso de maduración, puede ser variado en las personas, sin embargo en un crecimiento saludable se espera que las capacidades intelectuales en la adolescencia tengan un crecimiento, en la facilidad para manipular abstracciones, en lo cual el adolescente se adueña de significados, ideas, conceptos y elabore hipótesis más precisas, también se presenta la capacidad de hacer análisis y síntesis, que el sujeto puede buscar, conocer y separar los elementos esenciales, de un hecho para extraer conclusiones, reunir elementos separados y organizarlos para extraer una conclusión, otra capacidad intelectual es la habilidad para hacer discriminaciones más reforzadas, en la cual el adolescente realiza observaciones y críticas puntuales, también está la capacidad para hacer generalizaciones más exactas, por la cual el adolescente infiere de forma sistemática los sucesos para emitir sus propias conclusiones.

El adolescente da un paso del método de ensayo y error al método hipotético, haciendo así el cambio de experiencias concretas para poder realizar abstracciones. La apreciación de metas a largo plazo es otra habilidad intelectual del adolescente, que le da la posibilidad de posponer recompensas próximas, para la consideración de proyectos y planes futuros, también está la habilidad intelectual de autoevaluación y autocrítica, la cual consiste en el cuestionamiento y reflexión sobre las características personales, por último la habilidad de concebir conclusiones lógicas dirigidas hacia una meta, dicha habilidad consiste en una actividad de concebir pensamientos, ordenando los elementos de manera sistemática para una finalidad. El adolescente considera más que lo presente, tiene la habilidad de generar, reinventar los hechos y es capaz de elaborar una utopía (Martínez, 2010).

1.2.9.3 Cambios en el procesamiento de la información

El procesamiento humano de la información se basa en diferentes teóricas, las cuales explican la manera que el cerebro hace posible el aprendizaje o se maneje la información.

En la maduración encefálica de los lóbulos frontales conllevan implicaciones en la capacidad cognoscitiva, dichas capacidades difieren en las personas debido a las experiencias que pueden beneficiar las conexiones neuronales o perjudicarlas (Cabrera, 2003).

Los cambios en el procesamiento de información son en categorías de estructura y funcionamiento. Los cambios de la primera categoría son en la memoria de trabajo, la cual implica que el individuo puede manejar planteamientos complejos, o demandas de manejo de información que impliquen diversos elementos, otro cambio es la capacidad de memoria a largo plazo, en que la información puede ser declarativa (conocimientos sobre hechos), procedimental (conocimiento en relación de cómo sabemos hacer) y conceptual (adquisición de información por interpretación), los cambios funcionales pueden ser desde la velocidad del procesamiento de la información, mejor atención selectiva y manejo adecuado de respuestas impulsivas (Papalia et al., 2010).

1.2.9.4 Razonamiento moral

La moral es la interiorización de las normas culturales que implican un proceso evolutivo. Poder entender la perspectiva de otra persona y el desarrollo cognitivo, son las bases para el juicio moral, el juicio de la moralidad permite a la persona cuestionarse sobre los valores personales, y darles un orden de mayor a menor importancia, además discrimina entre lo es incorrecto y lo correcto, ante lo que es y no es aceptable (Grimialdo y Merino, 2010).

Kohlberg (1973) desarrolló una teoría del razonamiento moral, basada en niveles y etapas, consta en tres niveles divididos en dos etapas cada uno, el primer nivel se sitúa la moralidad preconvencional, la cual maneja que las personas acatan las normas debido a las consecuencias, en el nivel dos, está la moralidad convencional, la cual se maneja un orden social, hay un esmero por agradar a otras personas y reconocen ordenes jerárquicos sociales, y el tercer nivel se sitúa la moralidad posconvencional, en ésta se manejan valores, una ética universal y valoran de forma razonada para el bienestar social (Papalia et al., 2010).

CAPITULO II. SEXUALIDAD

La sexualidad está presente en todo el desarrollo del ser humano, ésta tiene implicaciones biológicas, psicológicas y sociales, por lo cual, la sexualidad es un hecho complejo y dinámico, el cual es importante comprender que tiene características particulares en los humanos, que se transforma y evoluciona (Carballo, 2006). En la vida del ser humano, la sexualidad es un elemento que modula la percepción, que tiene la persona sobre sí mismo y de su mundo real, el ser humano es sexuado con características físicas, un género, una identidad, intimidad e impulso sexual reproductivo. Como previamente se había mencionado, la sexualidad está presente en el ser humano en todo su desarrollo y a diferencia de los animales, el ser humano maneja su sexualidad en una sociedad, que la misma tiene un influencia cultural sobre la sexualidad del individuo (SEP, 2000).

De acuerdo con la OMS, la sexualidad humana se define como “Un aspecto central del ser humano, presente a lo largo de su vida, abarca el sexo, las identidades y los rol de género, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual, se vivencia y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas, roles y relaciones interpersonales” (OMS, 2006).

La sexualidad construye la personalidad del ser humano, su desarrollo adecuado está en medida de la satisfacción de necesidades de la intimidad, placer, contacto, ternura y expresión emocional, con el desarrollo pleno y adecuado de la sexualidad se otorga bienestar interpersonal y social para el individuo. El ser humano como ser que emplea y modula su sexualidad, encuentra en ella un medio de disfrute, goce, amor y afecto característico, que solo en la especie humana se reconoce,

esto es el resultado de la interacción de factores biológicos, psicológicos, socioeconómicos, culturales, éticos y religiosos o espirituales (Velázquez, 2013).

2.1 Sexo y género

Sexo y género, son dos conceptos con características que juegan un papel importante en la sociedad, es así, que el termino de género tiene una evolución antropológica, debido a que el entendimiento de éste, se ajusta a la sociedad y a la época en que se encuentre, los cambios de la determinante del género, son en la gama de las características, de lo que se entiende por mujer y por hombre. El sexo es un término que implica los roles en la reproducción como especie, cuya condición no puede ser modificable en las funciones sexuales (Montecino y Rebolledo, 2009).

De acuerdo a la OMS, el género describe las características que distinguen al hombre entre la mujer (OMS, 2002), es una categórica social que existen introyectos psicológicos (Álvarez, 2011) y el sexo implica las características determinadas biológicamente entre macho y hembra (OMS, 2002), además el termino sexo es aplicable a toda especie natural y el género es una categórica social- cultural valida solo en humanos (Montecino y Rebolledo, 2009).

2.2 Identidad sexual

La identidad es un proceso que empieza desde la niñez, el cual considera aspectos genéticos y culturales (Castro, 2005), asimismo, la identidad sexual se entiende como el grado que una persona se siente identificado como masculino o femenina, y/o combinación de ambos. Para el adolescente

es importante, ya que la identidad tiene una conexión recíproca, con el autoconcepto y da la pauta del comportamiento sexual que el adolescente desenvuelve en la sociedad (Velázquez, 2013). El desarrollo de la identidad sexual durante la adolescencia indica la orientación sexual, además de actividades de intereses y estilos de conducta relacionados a la sexualidad (Santrock, 2011).

2.3 Orientación sexual

La orientación sexual es la capacidad que tiene cada persona en sentir atracción emocional, afectiva y sexual, por personas de un género diferente al suyo, de su mismo género o de ambos, es así, que la orientación sexual está dividida en tres tipologías, las cuales son la homosexualidad, bisexualidad y la heterosexualidad, esta última es la atracción dirigida hacia el género opuesto, la homosexualidad es la atracción dirigida hacia el miembro de mismo género, que en lo coloquial, se le denomina lesbiana a la homosexualidad femenina y gay se le denomina a la homosexualidad masculina. La última tipología está la bisexualidad, en la que existe atracción dirigida a personas del mismo género y del género opuesto (NUDH, 2013).

La heterosexualidad es la tipología más común y a pesar de que muchos jóvenes tengan experiencias homosexuales aisladas, fantasías o atracciones del mismo género, esto no determina la orientación sexual, asimismo, es importante contemplar que los factores como la genética, ambiente y la familia, tienen incidencia sobre el origen la orientación sexual (Papalia et al., 2010). La orientación sexual juega un papel importante durante la adolescencia debido a que se establece a partir de esta etapa de desarrollo (Papalia et al., 2010).

2.4 Homosexualidad

La homosexualidad es la práctica de relaciones eróticas en las personas que se sienten atraídos por su mismo sexo, anteriormente se consideraba como una enfermedad que posiblemente se podía curar con medicinas y diversos tratamientos, también con el paso del tiempo se llegó a pensar que la psicología era el remedio eficaz para solucionar la homosexualidad, actualmente la homosexualidad ya no es considerada de la misma forma, sino como una alternativa en la preferencia sexual, asimismo, la OMS no tuvo criterios claros hasta que en el año de 1994, se consideró que el deseo homosexual no es enfermizo o que constituye una enfermedad mental (Soriano, 1999), por lo consecuente se debió de excluir a la homosexualidad del Código Internacional de Enfermedades (Soriano, 1999). American Psychiatric Association eliminó de su manual a la homosexualidad, poco tiempo después de que la OMS lo realizará (Alvarez, 2011).

La situación de la homosexualidad es una manifestación universal, debido a que se encuentra presente en todos los seres humanos, porque su descubrimiento es diferente en cada persona y esto puede ocurrir en las diversas etapas de la vida, dependiendo de la relación que cada persona tenga con su sexualidad y plano sentimental (Barra, 2004). Se considera que en la homosexualidad pueden intervenir factores genéticos, hormonales y psicosociales (Alvarez, 2011).

2.5 Respuesta sexual

El estudio de Masters y Johnson (1966) sobre la respuesta sexual humana describió el conjunto de reacciones fisiológicas que surgen a partir de un estímulo sexual, Masters y Johns detallaron cuatro fases, las cuales son: Excitación, mantenimiento, orgasmo y resolución (Mezquita, 2011).

De manera complementaria las investigaciones, Kaplan (1982) añadió la etapa del deseo (Montiel, 2000), la fase del deseo está situada previa de la excitación y ésta es considerada de un carácter más del tipo psicológico que del tipo fisiológico.

2.5.1 El deseo

El deseo es el interés que muestra una persona sobre la sexualidad de otra y es acompañado con el impulso sexual (Campos, Civera, Córdoba, Del amo, Díaz y Ferrí, 2012). El impulso sexual es la sensación de estar sexualmente necesitado, este es controlado por las hormonas como es la testosterona, factores emocionales, la dieta y estrés, también las normas sociales y culturales ejercen efecto sobre el impulso sexual, mediándolo su manifestación (Montiel, 2000).

Otra manera de manifestación que provoca la respuesta sexual, se le denomina estímulo sexual efectivo (ESE), los cuales pueden ser de tipos reflexogénicos y psicogénicos, los cuales a su vez se dividen en exteroceptivos e interoceptivos, es así, que los estímulos reflexogénicos de tipo exteroceptivos son los que provienen del exterior, los reflexogénicos de tipo interoceptivos son los que provienen de un fenómeno de arco reflejo. Los psicogénicos del tipo exteroceptivos proceden del exterior y se perciben con los órganos de los sentidos, y los estímulos psicogénicos de tipo interoceptivos son los que se originan en los procesos superiores, así como los sueños, recuerdos y fantasías (Álvarez, 2011).

2.5.2 Fase de excitación

En esta fase existe una estimulación que provoca cambios en los genitales, los estímulos sexuales

pueden ser del tipo psicógenos y somato-sensoriales. Los psicógenos son del tipo visual, auditivos, olfatorios y los somato-sensoriales son los estímulos táctiles en regiones erógenas como los genitales, labios, lengua y en las areolas mamarias. Es importante considerar que pueden existir cambios en la consideración de lo erótico, esto en función de la cultura (Mezquita, 2011).

En la mujer en esta fase tiene cambios como la lubricación vaginal, el útero se expande (permitiendo una mejor recepción del semen), se lleva a cabo la vasocongestión, con lo cual hay elevación de los labios mayores, aumento del tamaño del clítoris (incrementa la estimulación), erección de pezones, aumento en las mamas. En lo hombre la vasocongestión produce la erección del pene (Gorguet, 2008), junto con una secreción glandular uretral que genera un moco que facilita el coito (Guyton y Hall, 2011), una leve elevación en los testículos, pezones con una pequeña elevación y firmeza en el tejido próximo (Gorguet, 2008).

2.5.3 Fase de mantenimiento

En esta fase solo hay un aumento de los cambios de la fase anterior y una mayor intensidad de placer y excitación que se dirige al orgasmo (Mezquita, 2011).

2.5.4 Orgasmo

El orgasmo es un reflejo de la medula espinal, generado por la estimulación alcanzando la intensidad máxima de la excitación sexual, esta viene acompañada de contracciones rítmicas con una intensa sensación de placer (Guyton y Hall 2011), la duración del orgasmo es de 3 a 15 segundos (Campos et al., 2012).

2.5.4.1 Orgasmo femenino

La mujer tiene contracciones rítmicas en el útero, en el tercio externo de la vagina y el esfínter rectal, las cuales son provocadas por los impulsos simpáticos que radican en la medula espinal. Las contracciones del útero facilitan el transporte de los espermatozoides hacia el óvulo (Guyton y Hall 2011).

En el orgasmo hay un aumento del ritmo cardiaco y de la respiración (Gorguet, 2008), además experimenta una fuerte tensión muscular en todo el cuerpo (Guyton y Hall 2011). A diferencia de los hombres, las mujeres pueden tener varios orgasmos (Mezquita 2011), también, muchas mujeres tiene la capacidad de producir orgasmos sucesivos en breve periodo de tiempo (Campos, et al., 2012).

Además de los cambios fisiológicos presentes durante el orgasmo, se experimentan estados emocionales con conductas variadas, por lo cual, el placer generado por el orgasmo hay sentimientos de bienestar y satisfacción, los cuales pueden provocar en ocasiones gritos, llantos o incluso risas (Campos et al., 2012). Al terminar la relación sexual la mujer experimenta la resolución o periodo refractario que percibe la sensación de una apacible y profunda relajación (Guyton y Hall, 2011).

2.5.4.2 Orgasmo masculino

El orgasmo en el hombre es debido a la intensa estimulación sexual actuando en la medula espinal, por medio de los nervios parasimpáticos, que envían un impulso dirigido hacia los órganos genitales, para dar inicio a la emisión, con las contracciones en el conducto deferente se provoca la

expulsión de los espermatozoides a la uretra media, consecuentemente por medio de las contracciones que estimulan la glándula prostática y vesícula seminal, se expulsa líquido prostático y seminal hacia la uretra provocando la emisión de los espermatozoides.

Las contracciones en la uretra y del tejido del pene son provocados por la eyaculación del semen, aunado con las contracciones rítmicas de la pelvis y tronco, provocan un movimiento de vaivén en el pene, el cual ayuda a depositar el semen en áreas profundas de la vagina (Guyton y Hall, 2011). Posteriormente de la eyaculación, el hombre entra en el periodo refractario, dicho periodo en que le imposibilita volver a excitarse (Campos et al., 2012), la sensación de excitación termina de 1 a 2 minutos al término de una erección (Guyton y Hall, 2011).

2.5.7 Periodo de resolución o refractario

En esta fase está la culminación del acto sexual, con la cual se experimenta la sensación de satisfacción y de relajación, además de restablecer los cambios fisiológicos previos de la relación sexual, los cuales son el ritmo cardiaco, respiratorio y la respuesta genital (Mezquita, 2011).

2.5.8 Consideraciones

Durante el acto sexual en algunas ocasiones, el hombre llega a alcanzar la excitación y el orgasmo con mayor facilidad que la mujer, en lo sucesivo la mujer puede encontrarse en la etapa de mantenimiento del alcance del orgasmo, y el hombre puede encontrarse en el periodo de resolución (Campos, et al., 2012).

El acto sexual además de su función de fecundación, puede ayudar en la salud, además con las investigaciones de Oldent (1999) y Weeks (2002) se concluyó que la oxitócina generada durante el orgasmo estimula los sentimientos de afecto, intimidad y cercanía a la pareja, las relaciones sexuales satisfactorias en la pareja es un factor que le da estabilidad y genera un mayor afecto y apego (Whipple, Knowles y Davis, 2007).

2.7 Derechos sexuales y reproductivos

De acuerdo a Uriostegui (2013), los derechos sexuales deben de ser ampliamente respetados, de carácter universal e incondicional. Los derechos sexuales se enfocan en el respeto de la integridad física, al derecho a la información, al servicio de salud sexual, al derecho de tomar decisiones sobre la sexualidad y la reproducción.

En los derechos sexuales humanos, considera la salud como derecho básico, así como el respeto y el ejercicio de la sexualidad de los individuos que procure su bienestar. De los 11 derechos que se contemplan, está el derecho a la libertad sexual, el cual se refiere a que una persona pueda expresar su sexualidad sin que perjudique a otra, también está el derecho sexual a la autonomía, integridad y seguridad sexual del cuerpo, con la cual refiere a la posibilidad de tomar decisiones para ejercer una vida sexual con responsabilidad moral y social. Igualmente la privacidad está como derecho sexual, el cual, está a favor de proteger la intimidad de las personas al ejercer su sexualidad. Como otro derecho se encuentra el placer sexual, el cual comprende el autoerotismo, el ejercer la sexualidad que gratifique en el bienestar físico, psicológico y espiritual, otro derecho sexual es la expresión sexual emocional, el cual está en atención a poder expresar la sexualidad por medio de la comunicación, el contacto, la expresión emocional y del amor. El derecho a la libre asociación

sexual, es otro derecho que indica la posibilidad de contraer matrimonio o no, de divorciarse y establecer distintos tipos de vínculos sexuales responsablemente. El derecho a la toma de decisiones reproductivas, libres y responsables, manifiesta la libertad de decidir cuándo y cuantos hijos tener, así como la posibilidad de tener acceso a métodos anticonceptivos. En el derecho a la información está basada en un conocimiento científico, éste implica el libre acceso y difusión a la información de investigaciones científicas respectiva a la sexualidad. El derecho a la educación sexual integral es el penúltimo derecho contemplado, refiere un proceso de enseñanza que abarca toda la vida. El derecho a la atención de la salud sexual y reproductiva, comprende la disposición a la prevención y tratamiento con calidad (Asociación Mexicana para la Salud Sexual, 2015).

2.8 Educación Sexual

La educación sexual es el conjunto de actividades en la que se difunde y enseña conocimientos sobre la sexualidad humana, las actividades pueden ser llevadas a cabo con las pláticas, cursos, talleres y foros (Secretaría de Salud, 2008).

La educación integral contempla temas étnicos, biológicos, emocionales, sociales, culturales y de género, además de llevar una orientación sexual y ayudar a los jóvenes para que tomen decisiones responsables e informadas sobre las relaciones sexuales. La educación sexual promueve conductas que esté a favor de la salud, en las que disminuyen las conductas riesgosas, además es una guía de fomento para el pensamiento crítico que conduzca hacia actitudes positivas de la sexualidad, así como mejorar la comunicaciones, valores, promover el respeto a los derechos sexuales, conocimiento en medidas preventivas de planificación familiar, métodos anticonceptivos y prevención de las infecciones de transmisión sexual (SEP, 2011).

La falta de información pone en riesgo a los adolescentes ante el abuso y la explotación sexual, embarazos no planificados y de las infecciones de transmisión sexual, así también existe gente adulta que tiene información confusa sobre el género y la sexualidad, lo que crea una incapacidad de tener un acercamiento sobre sexualidad adecuado de una madre o padre, hacia su hijo adolescente. La educación sexual tiene impacto en las creencias de las personas, especialmente en los jóvenes, además tienen la capacidad de reducir la información incorrecta, aumentar conocimiento y manejo de la información, consolidar actitudes positivas hacia la sexualidad, formar criterios para la toma de decisiones adecuadas en función de la sexualidad, mejorar la convivencia entre pares, mejorar la comunicación, abstenerse de la actividad sexual o retardar su inicio, reducir la actividad sexual sin protección, evitar tener varias parejas sexuales y fomentar el uso de métodos anticonceptivos, para el embarazo no planificado y las ITS (UNESCO, 2010).

2.8.1 Actividades de la educación sexual

La educación sexual se puede emplear de actividades, pláticas, cursos, talleres y foros. La plática es una conversación entre el educador y el adolescente para facilitar información sobre el tema a tratar, la plática tiene una duración usual de 40 a 60 minutos, es importante considerar la adaptación del educador, el cual debe tomar en cuenta las necesidades del grupo, también es importante señalar el necesario para los casos de consulta por parte de los participantes, es necesario el asesoramiento individual de un médico, enfermera y/o trabajadora social. Los talleres se componen en tres elementos que son, la adquisición de conocimientos de un tema, desarrollo de habilidades prácticas y una revisión de las actitudes. Un taller está destinado para una población de 15 a 30 personas, con un tiempo de 24 a 40 horas, esto depende de la demanda de la planeación del taller, de igual

manera, para la realización de un taller se organizan de manera sistemática, con una primera consideración de las características de la población que participará, sus necesidades e intereses, es así, que se escogen un conjunto de temas idóneos para la población. En las actividades de foro, son reuniones con el propósito de compartir información científica y vivencial, sobre el tema de interés. Las distintas actividades educativas para los adolescentes son beneficiosas, porque reciben información fidedigna que aclaran sus dudas (Secretaría de Salud, 2008).

Al contrario de la consideración popular, la educación sexual no induce a los adolescentes a que inicien una vida sexual, el conocimiento adecuado y oportuno sobre la sexualidad crea adolescentes responsables de su vida sexual, evitando infecciones de transmisión sexual y embarazos no deseados (Ubillos, Navarro 2006). Los temas usualmente tratados para los adolescentes son los cambios puberales, ciclo menstrual, relaciones sexuales, derechos sexuales, infecciones de transmisión sexual, embarazo en la adolescencia y los métodos anticonceptivos (Secretaría de Salud, 2008).

Para todo inicio de actividad es importante comenzar con un diagnóstico, ya que permite tener una perspectiva de las características con importancia atender y poder formular actividades adecuadas para el taller. Los diagnósticos pueden realizarse por medio de una observación, entrevistas semi estructuradas y análisis de los datos (CONAFE, 2011). En el diseño del taller son necesarios tres tiempos de ejecución, los cuales son: El inicio, el desarrollo y el cierre. Durante este proceso se implementará el contenido teórico aunado con actividades didácticas, por lo cual todas las actividades, deben llevar a los participantes a un aproximación sucesiva del temario contemplado, también se implementan material de trabajo, con la finalidad que se tenga la apertura para abordar diferentes aspectos y que estos queden bien asentados (Secretaría de salud, 2008). En

la propuesta didáctica debe existir un objetivo general y particulares, una estructura y una evaluación de los temas impartidos, igualmente cada actividad didáctica debe considerar objetivo, materiales, tiempo y desarrollo (IAM, 2011)

2.9 Salud sexual

La salud sexual es la libertad con responsabilidad de ejercer la sexualidad, dando bienestar en ámbitos sociales e individuales (OMS, 2012).

En la revisión de la definición de salud sexual, la OMS (2002) deja la definición como: “un estado de bienestar físico, emocional, mental y social con relación a la sexualidad; no es la mera ausencia de enfermedad, disfunción o incapacidad. La salud sexual necesita un acercamiento positivo y respetuoso a la sexualidad y a las relaciones sexuales, así como, la posibilidad de obtener experiencias placenteras y seguras, libres de coacción, discriminación y violencia. La salud sexual debe defender, proteger, mantener y respetar los derechos sexuales de todas las personas”(Antona, Martín, Sojo, Dorado, Arrieta, Liébenas, Serrano, Hernández y, García 2013:8). Por su parte, la Organización Panamericana de la Salud (2000) define a la salud sexual como "La experiencia del proceso permanente de consecución de bienestar físico, psicológico y sociocultural relacionado con la sexualidad" (Fondo de Población de Naciones Unidas, 2010:71). La salud sexual considera varios conceptos como son las enfermedades de transmisión sexual, derechos sexuales, el bienestar mental, biológico y social. (Antona et al., 2013).

Con la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (2012) dirigida a los adolescentes correspondientes a la edad de los 12 a 19 años, se reportaron que el 23% de los hombres ya habían

iniciado su vida sexual y un 80.6% mencionó que utilizó condón en su primera relación sexual, en el caso de las mujeres era un 20.5% y un 61.5% que había utilizado condón. La consideración medica nacional ubica a las enfermedades sexuales en su décimo lugar de incidencia, en la población de 15 a 44 años de edad, el VIH es una enfermedad considerada como un problema de salud pública, en México la población entre 15 a 19 años de edad se reportaron 2,744 de un total de 149, 883 casos (1.8%) casos en los años de 2002 hasta el 2011, siendo la vía sexual la principal forma de transmisión (Campero, Atienzo, Suarez, Hernández y Villalobos, 2013).

No es el hecho meramente biológico el ser adolescente lo que provoca una prevalencia mayor para el contagio de las infecciones de transmisión sexual (ITS), es la educación, la cultura, sociedad, que envuelven a las y los adolescentes, influenciándolos en conductas sexuales que ponen en riesgo la salud. Los adolescentes son más vulnerables frente a las ITS porque saben muy poco sobre ellas, les falta información y la que tienen está sesgada por los prejuicios, por lo consiguiente, el manejo de información adecuada es de especial interés, ya que se mitiga el vago conocimiento y las conductas riesgosas, que llevan al adolescente a tener un embarazo no deseado, tener relaciones sexuales con varias parejas sin protección exponen a los adolescentes a las ETS (Campero, et al., 2013).

Las mujeres adolescentes mantienen falsas creencias, como el contagio de ITS con determinado estereotipo de persona, un desconocido, promiscuo, consumidor de drogas y personas con aspecto de parecer enferma, muchas veces no consideran que un amigo a quien conocen desde años pueda ser portador de alguna ITS, por lo consecuente, en la existencia de una alguna relación sexual no consideran utilizar algún método anticonceptivo, incluso les parece una prueba de desconfianza hacia la pareja sexual, que puede ser mal interpretada si reclaman el uso del preservativo, en su

parte los chicos adolescentes también funcionan con estereotipos, y siguen creyendo que las buenas chicas solo practican sexo cuando están muy enamoradas y se lo reclaman sus amantes, por supuesto las buenas chicas no tienen ITS y por eso no llevan, ni exigen el uso del preservativo, temen a las chicas que demandan sexo, que presumen como ellos de relaciones sexuales libres, y es con este tipo de mujeres que suelen utilizar condones por miedo a las ITS (Antona et al., 2013).

Uno de los principales logros de la salud sexual, es que todas las sociedades tengan una salud integral, que se promueva y mantenga la sanidad, por lo cual, son considerados métodos de intervención, de los cuales la prevención, puede lograr la salud sexual por medio de la educación sexual, de manera integral en toda la población, además de la existencia de lugares de atención integrales sobre sexualidad y realizar investigaciones sobre la salud sexual, así como darle difusión a los resultados (OMS, 2012).

El método de prevención adecuado sobre las ITS, es la educación de la salud sexual (Antona et al., 2013), la cual sirve en la prevención de embarazos no deseados de los adolescentes, pero en lo específico el conocimiento sobre la planificación familiar, se considera imprescindible para este tipo de situaciones (Secretaría de Salud, 2002).

2.10 Medidas de autocuidado

Para la prevención es necesario que los adolescentes conozcan sus cuerpos y sean conscientes de los cambios físicos que son típicos de su ciclo de vida, esto permite promover la salud sexual, conocer su cuerpo y sus cambios, así como algunos síntomas propios de las ITS, es así, que los adolescentes tendrán los indicios para ir a solicitar auxilio a un profesional de la salud. El

autocuidado es la búsqueda de las condiciones físicas y emocionales que indican tener un cuerpo saludable, esta medida de autoexploración, requiere de recomendaciones para diferenciar el estado normal y el estado de alteración (Secretaría de Salud, 2002).

2.10.1 Autocuidado en mujeres

En el cuidado de las mujeres es importante que presten atención a señales básicas de estado físico, como son los síntomas de sensación de cansancio recurrente, agitación, alteración en el ritmo cardiaco, fiebre, escalofrío, etcétera. De igual manera como es bien considerado que la higiene es un aspecto crucial en la prevención, así como la limpieza del cuerpo, áreas genitales, limpieza de las manos antes de comer y después de ir al baño, uso de ropa interior limpia cada día y de preferencia de algodón.

Durante el periodo de menstruación es importante tener un registro en la cantidad de días de sangrado, si este es intenso o leve y si se presentan molestias no usuales, además en estos días es necesario el cambio con regularidad de toallas sanitarias, utilizar tampones solo en escasas ocasiones y realizar cambios regulares. Observar cambios en la secreciones vaginales antes y después de orinar, tener atención si hay cambios al momento de orinar como son la frecuencia, color, la sensación de urgencia al orinar, goteo y ardor (Secretaría de Salud, 2002).

La exploración de las mamas, se focaliza en la búsqueda de hundimiento, inflamación, abultamientos o enrojecimiento, la observación debe realizarse parada, sentada y acostada, cuando se está parada frente a un espejo con los senos descubiertos se deben poner juntas las manos detrás de la nuca, con los codos hacia adelante y observar. Otra manera es con las manos en la cintura,

inclinarse hacia adelante junto con los codos y observar, es por medio de las palpaciones se deben buscar zonas que causen dolor, abultamientos, formaciones redondeadas, se debe realizar con la yema y las palmas digitales, realizando movimientos circulares con la colocación de las posiciones similares a las previas indicadas en la observación, como último paso se debe apretar levemente el pezón y observar si hay secreción, blanca, verde o sanguínea (Secretaría de Salud, 2009).

Es importante realizar una observación de la vulva frente a un espejo, para la búsqueda de algún cambio o alteración, si se está en una vida sexual activa, es necesario usar condón como medio preventivo de transmisión sexual y utilizar un método de planificación familiar para embarazos no deseados. En caso de cualquier duda de algún cambio o alteración que considere fuera de común es imprescindible la consulta profesional de la salud y realizar una revisión médica periódicamente.

2.10.2 Autocuidado en hombres

Las observaciones generales son en percepción de bienestar, ya que los síntomas que podrían indicar alguna enfermedad son la sensación de cansancio recurrente, fiebre, alteración en la respiración, sensación de tener el corazón acelerado, escalofrío, entre otras. En los hombres al igual que las mujeres los cuidados de higiene son básicos, esto incluye la limpieza general de cuerpo, lavarse las manos antes de comer y después de ir al sanitario, es crucial resaltar la limpieza genital, ya que esto puede prevenir malestares de infección de dicha área, para la limpieza del pene es necesario descubrir el glande, deslizando el prepucio durante el momento del baño, con manos limpias enjuagar y lavar con suavidad, al igual se sugiere el cambio diario de ropa interior y el uso de algodón como material de estas prendas.

Como método de prevención es la observación del pene y testículos, en que se puede buscar escoriaciones, secreciones e irritaciones, esto como señal de alguna enfermedad, también es necesario prestar atención a los cambios en el orina de color, frecuencia y la sensación de urgencia al orinar, estas medidas son signos que puede el adolescente tomar en cuenta para solicitar un servicio de salud. El autoexamen en los testículos se realiza después de la ducha, en el cual se mueven los testículos con los dedos, con fin de buscar alguna protuberancia debajo de la piel. Si se cuenta con vida sexual activa es importante el uso de preservativo masculino como método de prevención de ITS, y el asesoramiento para un método de prevenir embarazos no deseados (Secretaría de Salud, 2002).

2.11 Infecciones de transmisión sexual (ITS)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomendó que es preferible no utilizar el término de “Enfermedades de Transmisión Sexual” (ETS), ya que en la primera etapa de un contagio, se debe hablar primeramente de una infección. Las siglas ITS se emplean para referirse a las Infecciones de Transmisión Sexual, las que, como su nombre indica, se transmiten entre diferentes formas, por medio de las relaciones sexuales (anales, vaginales u orales) que pueden ser causadas por más de 30 bacterias, virus, hongos y parásitos.

Las ITS se transmiten durante las relaciones sexuales por medio de la vagina, el pene, el ano o durante el sexo oral, los organismos causantes de las ITS también se pueden propagar por medios no sexuales, por ejemplo, las transfusiones de productos sanguíneos y los trasplantes de tejidos, muchas ITS especialmente clamidia, gonorrea, hepatitis B, VIH, VPH, herpes y sífilis, se pueden transmitir también de la madre al niño durante el embarazo y el parto. Es importante mencionar que

la mayoría de los microbios causantes de estas enfermedades necesitan lugares tibios y húmedos para poder vivir, por eso se llega a infectar la boca, el recto y los órganos sexuales (vagina, vulva, el pene y los testículos).

Es necesario conocer sobre este tema porque una persona puede tener una ITS sin manifestar síntomas de enfermedad, o ser poco expresivos al contraerlos, por consiguiente, el concepto de “Infección de Transmisión Sexual” es más amplio que el de “Enfermedad de Transmisión Sexual” (ETS).

Actualmente se disponen de tratamientos eficaces contra algunas ITS, por ejemplo, tres ITS bacterianas (clamidiasis, gonorrea y sífilis) y una parasitaria (tricomoniasis) son generalmente curables con los eficaces regímenes de antibióticos de dosis única existente, para el herpes y el VIH, los medicamentos más eficaces disponibles son los antivíricos, que pueden atenuar la evolución de la enfermedad, pero no llegan a curar la patología, para la hepatitis B, los moduladores del sistema inmunitario (interferón) y los medicamentos antivíricos pueden ayudar a luchar contra el virus y frenar los daños al hígado. Una persona puede llegar a tener más de una ITS al mismo tiempo y si no se atiende en el momento correcto, puede llegar a contraer la misma enfermedad de nuevo, por esa misma razón es importante estar en constante chequeo junto con tu pareja sexual, para así poder evitar a tiempo una ITS (Papalia et al., 2010).

Ante la sospecha de tener una ITS es conveniente acudir con un médico para realizarse una revisión, debido a que existe una serie de síntomas que pueden indicar que se tiene una ITS, por ejemplo, en el caso de las mujeres: se presenta el flujo anormal en la vagina con o sin olor desagradable, llagas, ronchas o ampollas cerca de los órganos sexuales, ano o boca, también inflamación en uno de los ganglios cercanos a las llagas, dolor en la zona de la pelvis que es entre

el área del ombligo y los órganos sexuales, picazón alrededor de la vagina, ardor o dolor al orinar y defecar, sangrado por la vagina (no menstruación) en la relación sexual, sangrado excesivo de la regla o poco sangrado en la menstruación y dolor en la vagina durante la relación sexual. En el caso de los hombres: se presentan síntomas como: secreción por la uretra, llagas, ronchas o ampollas cerca de los órganos sexuales, ano y boca, inflamación de uno o más ganglios cercanos a la llaga, dolor en los testículos, inflamación o dolor alrededor de los órganos sexuales, dolor o ardor al orinar o defecar y picazón en los órganos sexuales.

Existen algunas enfermedades e infecciones que pueden llegar a transmitirse durante un acto de relación sexual, tal como los siguientes: Enfermedad pélvica inflamatoria, herpes, gonorrea, clamidia, hepatitis B y SIDA.

2.11.1 Enfermedad pélvica inflamatoria (EPI)

Esta enfermedad presenta un espectro amplio de problemas en el aparato genital superior de la mujer, causadas por microorganismos de transmisión sexual y por otras bacterias que ascienden de la vagina, a menudo, también es conocida como salpingitis. El término EPI es impreciso, ya que la inflamación no necesariamente es consecuencia de infección (Basquedo, 2014)

Los síntomas más comunes que puede presentar una EPI son dolores que van desde moderados hasta intensos en el abdomen bajo, también puede llegar a presentarse fiebre, sensibilidad cervical y descargas vaginales anormales. Se debe sospechar de una EPI en toda mujer joven sexualmente activa con dolor abdominal, ya que una vez descartado el embarazo, ante la sospecha clínica, ha de instaurarse un tratamiento lo antes posible para evitar secuelas.

En esta enfermedad lo más recomendable es tratarse con antibióticos que ofrezcan cobertura contra un amplio espectro de patógenos, para disminuir el problema, generalmente se comienza con una pauta antibiótica domiciliaria y si la paciente no presenta mejoría, se indica tratamiento hospitalario para hacer una terapia intravenosa. En casos muy severos, puede llegar a recomendarse una histerectomía, la cual consiste en la remoción de todos o parte los órganos reproductivos implicados en el padecimiento, usualmente para esta intervención se recomienda consultar y tener una segunda opción (Soper, 2010).

2.11.2 Herpes

El herpes es una enfermedad causada por un virus (el virus del herpes simple HSV), existen diferentes tipos de virus en la familia del herpes, cada uno de ellos son virus separados y distintos uno del otro. Existen dos tipos de herpes simple, el herpes simple tipo 1 (HSV-1) y el herpes simple tipo 2 (HSV-2), el primero también conocido como el herpes labial, afecta cara, labios, boca y parte superior del cuerpo, y el tipo 2, también conocido como el herpes genital, afecta los genitales y parte inferior del cuerpo, este tipo de herpes aumenta la posibilidad de contraer VIH y causar complicaciones graves a personas con un sistema inmunológico débil. De igual manera, existe otro tipo de herpes llamado “Zóster”, el cual no debe confundirse con herpes simple, debido a que este es una enfermedad producida por una reactivación del virus latente varicela-zóster, que afecta a los nervios periféricos y a la piel, donde puede producir pequeñas ampollas dolorosas en forma de anillo, agrupadas en diferentes partes del cuerpo de la persona.

Los brotes del herpes genital pueden variar enormemente de persona a persona, pueden ser moderados o severos, ya que el primer brote de una persona puede durar de tres a cuatro semanas,

pero los síntomas tienden a desaparecer entre dos a doce días. Asimismo el herpes se presenta con ampollas que se van abriendo y expandiendo de forma muy dolorosa en las diferentes áreas del cuerpo, presentan demasiado dolor cuando las heridas entran en contacto con la orina, cualquier persona que esté sexualmente activa o que tenga relaciones sexuales puede contraer el herpes genital, debido a que se transmite a través del contacto directo de piel a piel, esto ocurre cuando el área infectada está en contacto con una membrana mucosa, especialmente en la boca y los genitales.

La manera más segura de evitar el herpes genital es la abstinencia sexual, o tener relaciones sexuales con alguien que no esté infectado y que sólo tenga relaciones sexuales con la misma persona no contagiada, también los condones pueden reducir el riesgo de contraer herpes genital si se usan adecuadamente cada vez que tenga relaciones sexuales, pero el condón sólo protege el área del cuerpo que cubre, o sea que las áreas que el condón no cubre se pueden infectar, ahora incluso las mujeres embarazadas pueden contraer este tipo de enfermedad, pero es muy arriesgado y peligroso para el bebé, debido a que puede llegar a contagiarse o incluso morir, en caso de que el bebé llegue a tener herpes durante el parto, los síntomas de éste pueden llegar a presentarse unas dos o tres semanas después de su nacimiento. No existe una cura para el herpes genital, pero sí hay tratamientos para los síntomas, algunos medicamentos pueden evitar las ampollas o hacer que sanen más rápido (Martínez y Castro, 2009).

2.11.3 Gonorrea

La gonorrea es otra de las infecciones que son causadas por una bacteria, ésta lleva por nombre (*Neisseria gonorrea*) y se transmite durante las relaciones sexuales, pueden ser por vía vaginal, anal

y oral. Los síntomas que los hombres presentan son por la vía uretral, acompañado de un líquido de color amarillo y en ocasiones esto hace que arda o duela al momento de orinar, en el caso de las mujeres, es más difícil de percibir esta infección, puesto a que en ocasiones no presentan síntomas, a menos que se descubra durante un examen médico, si la mujer presenta síntomas, puede llegar a incluir a que salga un líquido por su vagina y/o dolor al ir al orinar, pero estos síntomas pueden variar de persona a persona porque pueden presentarse desde muy leves a muy severos.

Un dato muy importante es que la gonorrea es curable, gracias a los avances de los medicamentos, la gonorrea se cura utilizando diversos antibióticos y se llega a curar muy rápido si se atiende en etapa temprana, por otro lado, si se deja avanzar la infección, puede ser un problema severo, puesto que tanto a hombres como a mujeres puede llegar a hacerlos estériles, ahora bien, en el caso de las mujeres embarazadas, la gonorrea puede llegar a infectar al bebé y ocasionará que el bebé nazca muerto o ciego (Conde y Uribe, 1997).

2.11.4 Clamidia

La clamidia es una enfermedad que se transmite por vía sexual y es causada por una bacteria que se transmite durante el sexo, a menudo, muchas mujeres no llegan a presentar síntomas o en ocasiones pueden ser muy leves. Los síntomas que presenta una mujer que tiene clamidia es secreción de un líquido que sale por la vagina y dolor al orinar, también llegan a presentar dolor durante el sexo, dolor en la parte baja del abdomen y escurrimiento de sangre abundante durante los periodos de la menstruación. En el caso de los hombres, emiten un líquido por la uretra, acompañado con ardor y dolor al orinar, también puede que los hombres en esta ocasión, no tengan síntomas, pero es muy recomendable que ambos realicen estudios clínicos y pruebas con un médico para descartar dicha

infección.

La clamidia es curable si se trata a tiempo, gracias a los antibióticos que ahora existen, los médicos recomiendan a la persona que está infectada que tome estos antibióticos junto con las parejas sexuales de antes (aunque no presenten síntomas) y presentes, para evitar contraer clamidia a otras personas. Si una mujer no se trata de clamidia, puede llegar a convertirse en una enfermedad más seria llamada enfermedad inflamatoria de la pelvis” (PID) y puede llegar a ser tan dañina que ocasionará la infertilidad de la mujer, además la infección puede subir a las trompas de falopio, causar dolores permanentes y cicatrices, en ocasiones, también puede llegar a causar embarazos dentro de las trompas de falopio (en vez de dentro del útero) y causar que el bebé no crezca adecuadamente, es por eso que es muy importante que la madre embarazada se atienda porque puede transmitir clamidia a su bebé a la hora del parto (Ostos y Mérida, 2003).

2.11.5 Hepatitis B

El significado de la palabra Hepatitis significa inflamación en el hígado, el cual es un órgano vital que se encarga de procesar los nutrientes ingeridos, procesar la sangre y combatir diversas infecciones, es por eso, que si el hígado se encuentra con algún daño o inflamación, todas las funciones que tiende a cumplir se verán afectadas, en la mayoría de los casos, la hepatitis es provocada por un virus, por lo tanto existen diferentes tipos, como son el hepatitis A, hepatitis B y hepatitis C, y eso se concibe por el consumo excesivo de alcohol, toxinas, algunos medicamentos y determinadas afecciones médicas, las cuales pueden causar algún tipo de hepatitis.

La Hepatitis B, la cual es una enfermedad que se encuentra en el hígado, generalmente se

contagia cuando la sangre, el semen u otros líquidos corporales de una persona infectada entran en el cuerpo de alguien que no está contagiada, esto puede ocurrir a través del contacto sexual, compartir agujas, jeringas u otros equipos para inyectar drogas, no obstante, las mujeres embarazadas también pueden afectar al bebé durante el nacimiento si ésta se encuentra infectada de la hepatitis B (Beltrán, Rosas, Garzon, 2005).

La hepatitis B no llega a contagiarse en diversas maneras, por ejemplo, no es posible contagiar a través de la leche materna, ni al compartir utensilios para comer, acciones tales como abrazarse, tomarse de las manos, toser o incluso estornudar, tampoco puede infectarse, por medio de la comida o aguas que están contaminadas, todo esto a diferencia de algunas formas de hepatitis, un dato muy importante es que la hepatitis B es entre 50 y 100 veces más infeccioso que el VIH, por esa misma razón, las personas que se encuentren infectadas deben de acudir al médico lo más rápido posible.

Existen dos tipos de hepatitis B, los cuales son la aguda y la crónica, la hepatitis B aguda se desarrolla en los primeros seis meses después de que alguien ha estado expuesto al virus y no todas las personas presentan síntomas, en especial los niños pequeños, los síntomas que se pueden presentar son los siguientes: Fiebre, cansancio, pérdida de apetito, nauseas, vomito, dolores abdominales, orina de color oscuro, heces de color gris y dolores en las articulaciones, algunas personas pueden llegar a combatir la infección y eliminar el virus por completo, pero en otras ocasiones, la infección puede permanecer y dar lugar a una enfermedad crónica o de por vida, ésta se refiere a una enfermedad que ocurre cuando el virus de la hepatitis B permanece en el cuerpo de la persona infectada, los síntomas de la hepatitis B crónica pueden tardar hasta 30 años en aparecer, pues el daño del hígado puede ocurrir de manera silenciosa durante todo el tiempo, cuando los

síntomas llegan a aparecer, son similares a los de la hepatitis B aguda.

Para detectar la hepatitis, es necesario realizarse estudios en donde se destaque dicha enfermedad, o incluso, visitar al médico en caso de presentar algunos de los síntomas antes mencionados, los médicos por lo general recomiendan un descanso, una nutrición adecuada, tomar muchos líquidos y una estrecha supervisión médica, es posible que algunas personas necesiten ser hospitalizadas dependiendo del grado de avance de la enfermedad, aquellos que tienen hepatitis B crónica deben ser evaluados en busca de problemas hepáticos y deben ser monitoreados con regularidad para ir mejorando cada vez más la enfermedad. Para combatir esta enfermedad se utilizan una serie de tres inyecciones por un periodo de 6 meses y es necesario completar este tratamiento, para lograr obtener una protección contra el virus en un periodo de largo plazo (OMS, 2012).

2.11.6 Sífilis

La sífilis es una infección que se transmite por vía sexual, ya sea vaginal, anal u oral, puede transmitirse también por el contacto directo con la lesión o herida húmeda de la sífilis y es causada por una bacteria llamada *treponema pallidum*, esta bacteria solo vive en los seres humanos. Las lesiones que causa la sífilis se le conocen como “Chancros”, los cuales aparecen principalmente en los genitales y no llegan a presentar dolor, por lo cual muchas personas no buscan ayuda médica, por otro lado existen otras formas de transmitirse, por ejemplo puede infectarse al besar o a través del contacto manual u otro contacto personal cercano, además, en las relaciones entre hombre y mujer es más fácil que se contagie el hombre (Carrado, 2003).

Esta enfermedad se busca en toda gestante, ya que las mujeres embarazadas con sífilis pueden transmitir esta infección a sus bebés durante el embarazo, y a esta forma de enfermedad se llama sífilis Congénita.

El período donde más personas se contagian es entre los 20 y los 25 años de edad, y una persona que ha tenido Sífilis se puede volver a contagiar de esta infección si no se atiende con un médico, además, es importante recalcar que la Sífilis no se contrae por compartir los baños, ropa o cubiertos, simplemente hay que tener contacto de alguna forma con las lesiones mencionadas. La sífilis tiene varias etapas: La sífilis primaria es la primera etapa, en donde aparece una o más úlceras en los genitales, éstas úlceras o chancros no presentan dolor, estas lesiones aparecen en promedio de 2 a 3 semanas después del contacto con una persona infectada y se han descrito hasta 90 días después, a veces las personas puede que no noten la úlcera ya que no duele ni se presenta ningún otro síntoma, tiempo después, si se acude con un médico, las úlceras desaparecerán en un período de 4 a 6 semanas. La sífilis secundaria se presenta de 2 a 8 semanas después de la aparición de las primeras úlceras, en esta etapa de la enfermedad se pueden observar lesiones por todo el cuerpo que incluye desde palma de manos y planta de pies, también pueden aparecer otros síntomas durante esta fase, como fiebre, inflamación de los ganglios, dolor de garganta, dolor de cabeza, pérdida de peso, dolores musculares y fatiga. Los signos y síntomas de la sífilis secundaria desaparecerán con o sin tratamiento, pero la infección progresará hasta la fase latente (enfermedad de más de un año) y terciaria de la enfermedad, si no se administra ningún tratamiento y se deja continuar con esta enfermedad. La persona infectada seguirá teniendo sífilis aun cuando no presente síntomas, puesto que la infección permanece aún en el organismo, cuando la persona deja progresar la enfermedad, entonces se llega a la etapa final de la sífilis llamada sífilis terciaria y en ella la infección se puede dirigir directamente al cerebro (sistema nervioso en general), al corazón,

a la piel y a los huesos, ya en esta etapa se encuentran grandes dificultades para coordinar los movimientos musculares, se llega a presentar parálisis, ceguera gradual, demencia y muchos otros signos neurológicos que pueden causar la muerte de la persona infectada.

La sífilis se puede curar con antibióticos, además existen inyecciones que contienen penicilina y son completamente efectivas contra la sífilis, hay personas que son alérgicas a esta medicina, pero existen otros medicamentos que también son efectivos, una vez iniciado el tratamiento, los médicos recomiendan no mantener relaciones sexuales después de que se haya iniciado la curación, ante todo esto es necesario conocer que ningún medicamento puede llegar a reparar el daño que se le causó al cuerpo (Porvén, Ortiz, Sanchez, 2002).

2.11.7 Verrugas venéreas

Las verrugas venéreas también son conocidas como condilomas, las cuales constituyen una enfermedad de transmisión sexual, provocada por el virus del papiloma humano (VPH), el cual es una de las infecciones más frecuentes en todo el mundo, estas verrugas afectan principalmente la piel o más membranas mucosas, el virus comienza a producirse con la aparición de bultos carnosos similares a una coliflor que se encuentran ubicados en los órganos sexuales de las personas, en muchos casos, estas verrugas se pueden detectar a simple vista. Las verrugas venéreas generalmente se contagian a través del contacto directo de piel con piel durante un acto sexual vaginal, anal u oral con una persona infectada, este virus también puede contagiarse de madre a hijo (por lo general en los niños aparece en la garganta o en la boca), durante el parto.

Las verrugas venéreas tienen dos presentaciones según el lugar en donde se encuentren

ubicados, pero ocasionalmente, ambos casos causan sangrado y secreción a causa de la infección, por ejemplo, si se encuentra en zonas húmedas, van a ser lesiones hiperplásticas de base pediculada de base ancha, color rosado o blanco, carnosas, blandas, pueden tener forma de cresta de gallo y pueden infectarse fácilmente, por lo contrario, si se encuentra en zonas secas, su aspecto es semejante a una verruga vulgar, puede presentarse como lesiones secas con capa gruesa, pigmentadas de color marrón o gris azulado, éstas verrugas pueden presentar las características anteriores y extenderse de forma progresiva, en este último caso, las lesiones que se encuentran muy evolucionadas, pueden formar grandes masas con aspecto de coliflor que pueden incluso borrar las características anatómicas de la zona. Los lugares del cuerpo en donde se llegan a encontrar estas verrugas son, en el caso de las mujeres, en la vagina, vulva y ano y en el caso de los hombres, se pueden localizar principalmente en el ano y en el pene, pero con frecuencia pueden aparecer en varios lugares del cuerpo.

La persona que se encuentre infectada debe acudir de inmediato con un médico para iniciar rápidamente con el tratamiento adecuado, existen cirugías, productos que congelan las verrugas, pomadas, gel, etc. que hacen que sean extraídas por completo, los médicos recomiendan varias sesiones de tratamiento, por lo contrario, si la persona infectada no se atiende, puede ocasionar que las verrugas sigan propagándose y creciendo y poco tiempo después puede aumentar el riesgo de contraer cáncer del cuello del útero, la vulva, el pene o el ano (OMS, 2015).

2.11.8 Vaginitis.

La Vaginitis, conocida también como vulvovaginitis, inflamación vaginal o de la vagina, es una inflamación de la vulva y de la vagina, es causada por bacterias, hongos, virus y otros parásitos que

pueden transmitirse durante las relaciones sexuales, así como por sustancias químicas variadas que se encuentran en baños de espumas, jabones y perfumes, los factores ambientales y una mala higiene, es uno de los primeros síntomas que causa esta infección, algunos de los síntomas son la sensación de picazón en el área genital, irritación, inflamación (enrojecimiento e hinchazón) de los labios mayores, menores o la zona perineal, también se encuentra flujo vaginal, mal olor y una gran molestia o ardor a la hora de ir a orinar.

Existen varias causas que se relacionan con la vaginitis, por ejemplo, la candidiasis es una de las causas más comunes de vaginitis en mujeres de todas las edades, por lo general produce comezón (Prurito) genital, un flujo vaginal blanco y espeso, entre otros síntomas, otra causa de la vaginitis es la vaginosis bacteriana, una proliferación de cierto tipo de bacterias en la vagina, esta infección puede provocar flujo vaginal color gris denso y olor a pescado. Otra causa común es una enfermedad de transmisión sexual denominada infección de vaginitis por trichomonas, que produce prurito genital, olor vaginal y un flujo vaginal abundante que puede ser de color amarillo-verdoso o verde. Por último se encuentra la vaginitis por hongos, que ocasiona el crecimiento excesivo de un hongo, que normalmente está presente en la vagina, sus síntomas son una secreción lechosa espesa junto con una comezón muy intensa (Perea, 2010).

El tratamiento para eliminar la vaginitis depende de lo que esté causando la infección, por eso es recomendable acudir a un médico cuando se noten los primeros síntomas, los tratamientos pueden incluir cremas o antibióticos de acuerdo a lo que el médico asigne, por lo regular, es importante tener una limpieza íntima adecuada para así poder evitar contraer cualquier tipo de infección, en caso de mantener relaciones con otra persona, es necesario que ambos se encuentren en tratamiento, así podrán estar protegidos de cualquier enfermedad, de lo contrario, las infecciones

nunca desaparecerán y las consecuencias pueden ser más graves de lo esperado (Donald, Brocklehurst, Gordon, 2007).

2.12 SIDA

El SIDA es una enfermedad infecciosa causada por un virus denominado Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) o virus del SIDA, este virus infecta las células del sistema inmunitario y las destruye o trastorna su funcionamiento, lo que acarrea con el deterioro progresivo de dicho sistema y acaba produciendo una deficiencia inmunitaria, cuando se considera esto, es porque el sistema inmunitario ya no cumple su función de combatir las infecciones y otras enfermedades. Esta infección fue descubierta por Montagnier (1983) (Secretaría de Salud, 2002).

El VIH afecta tanto al sistema inmunitario que hace que se debilite y lo dañe progresivamente, con esta definición, podemos entender la vulnerabilidad que alcanzan las personas con esta deficiencia, ya que su débil sistema inmunitario se expone a todo tipo de infecciones que pueden agravar su estado, por otro lado, el sida produce los síntomas posibles y causas que sufre el sistema inmunitario como consecuencia de la infección por VIH.

Es necesario hacer la distinción entre VIH y SIDA, puesto que a la hora de determinar los síntomas de la infección es importante conocer en qué fase se encuentra el enfermo, por lo tanto, se puede decir que el SIDA constituye el grado avanzado del VIH. (Secretaría de Salud, 2002).

2.12.1 Descripción

El SIDA es un trastorno de la inmunidad que contiene células, es caracterizado por infecciones oportunistas, malignas, disfunciones neurológicas y una gran variedad de diversos síndromes, por esta misma razón, el sida es la manifestación más grave de una gama de trastornos relacionados con el VIH (Virus de inmunodeficiencia humana). También el SIDA es considerado como un trastorno clínico grave y que puede llegar a ser mortal, el cual se identificó como un síndrome definido e independiente desde el año de 1983, este virus lo definen algunas afecciones, tales como ciertas infecciones, procesos tumorales, estados de desnutrición severa o una afectación importante de la inmunidad (OMS, 2013).

2.12.2 Factores de riesgo

El virus del SIDA puede aislarse a través de la saliva, las lágrimas, la orina, el semen, el líquido preseminal, los fluidos vaginales, el líquido amniótico, la leche materna, la sangre, entre otros fluidos corporales humanos, es así, que el VIH puede ser transmitido por diversas formas, una de ellas es a través de las relaciones sexuales, que puede ser de forma vaginal, anal u oral, esto sucede cuando se realiza el acto sexual sin protección, cuya sangre, semen o secreciones vaginales entran en el cuerpo de la otra persona, puede transmitirse a través de sangre infectada, esto se lleva a cabo cuando el individuo comparte agujas y jeringas que se encuentran infectadas para inyectarse drogas o quienes reciben transfusiones de sangre o derivados igualmente contaminados, debido a esto, en los laboratorios, hospitales, etc., en donde se manejen muestras sanguíneas, es importante que antes de realizar cualquier transmisión sanguínea y/o al utilizar un instrumento cortante se encuentren altamente esterilizados, para evitar algún tipo de contagio y causar algún tipo de enfermedad, así

mismo, puede transmitirse de la madre al hijo durante el embarazo, el parto o la lactancia, esto sucede siempre y cuando la madre sepa que es portadora del virus (Secretaría de Salud, 2002).

2.12.3 Signos y síntomas

La infección por el VIH es mayormente igual para los hombres que para las mujeres, una vez que la persona se encuentre infectada, es posible que no se encuentre consiente de la infección, puesto que los síntomas no tienen una manifestación clara al momento de contraer el virus, por eso es importante recalcar que si presenta o no síntomas de la infección, existe el riesgo de contagiarlo a las demás personas, por lo tanto, es necesario conocer si se porta el VIH, y solo va a ser posible si se realizan las pruebas específicas que detecten la infección.

Los síntomas van a comenzar a hacerse visibles una vez que exista un deterioro en el sistema inmunitario, para esto, existen distintas fases por las que pasa el virus, en función de los síntomas que presentan los pacientes, primeramente se encuentra la infección primaria, la cual puede que no existan síntomas, o bien, llegue a presentar el síndrome retroviral agudo, que provoca fiebre, dolor articular, erupciones, entre otras cosas, ahora bien, desde este punto, el virus puede llegar a contagiar a otras personas, a pesar de que no lleguen a presentarse síntomas, después nos encontramos con la primer fase, llamada asintomática o inflamación de nódulos linfáticos, que comienza a dañar el sistema inmunitario, en la segunda fase, la cual se presenta con fiebre, sudoración, pérdida de peso, manifestaciones leves tales como dermatitis, o infecciones en las vías respiratorias, después continua la tercera fase, en la que se comienza con diarrea crónica, fiebre severa, infecciones bacterianas, tuberculosis pulmonar y muchos síntomas más, y por último la cuarta fase, la cual se trata de 22 infecciones oportunistas o tipos de cáncer relacionados con el

VIH.

Es importante aclarar, que el tiempo aproximado que tarda una persona en desarrollar el SIDA, una vez que está infectado de VIH, oscila entre los 10 y 15 años, pero entre los 5 y 10 años es cuando mayor es el riesgo de desarrollar enfermedades relacionadas con el VIH, si no se recibe ningún tipo de tratamiento, por lo tanto cuanto más tiempo haya permanecido el virus sin tratarse, mayor cantidad y gravedad alcanzarán los síntomas (OMS, 2013).

2.12.4 Tratamiento

Realizar el diagnóstico de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) en forma adecuada y oportuna, es el primer paso para la implementación de una serie de intervenciones, que permitan realizar un adecuado tratamiento en el paciente y evitar la rápida progresión y control de la enfermedad en la persona (Secretaría de Salud, 2012).

En la actualidad aún no se ha encontrado una vacuna o fármacos que curen con el padecimiento, por esta misma razón, el SIDA es considerada como una de las principales enfermedades que son incurables y que solamente puede ser controlada. Existen tratamientos generales que su acción es disminuir la cantidad de VIH en el cuerpo y bloquea la acción que destruye el virus, haciendo que el paciente que lo padezca mejore su calidad de vida, por lo tanto, el principal tratamiento consiste en una combinación de fármacos antirretrovirales que buscan neutralizar el VIH en el cuerpo, tratando de anular lo más posible el virus y restaurar el sistema inmunológico del paciente.

El tipo de tratamiento que se le administre al paciente tiene que ser revisada constantemente por un especialista, para obtener un resultado exitoso y observar la evolución que el paciente ha tenido con el tratamiento, si se lleva a cabo de esta forma, el paciente podrá incluso hasta reducir los

riesgos de transmisión y contagio a demás personas. Hay que recalcar que es necesario cumplir de forma exigente todas las indicaciones que el medico asigne sobre el tratamiento (dosis, horarios, régimen de comidas, etc.), ya que, por lo contrario, podría obtenerse una menor concentración del fármaco y esto, provocaría que el virus se hiciera resistente a los antirretrovirales y de esta forma, anularía toda su eficacia.

Una vez que el paciente decida someterse a algún tipo de tratamiento o terapias, es necesario que el medico indique al paciente la enorme responsabilidad que desde en ese momento se tomará, como se había mencionado anteriormente, el SIDA, es una enfermedad incurable, y hasta ahora no existe una vacuna o cura total que elimine por completo esta enfermedad, así que el tratamiento que se realice con el paciente deberá ser de forma permanente, es decir, que lo más probable es que el paciente continúe con la terapia por toda su vida, en estos casos el apoyo que debe recibir el afectado debe de estar presente por sus familiares, amigos, etc., para que de esta forma, motive a la persona a seguir luchando por querer vivir (Secretaría de Salud, 2009).

2.13 Embarazos indeseados

La reproducción sexual en las parejas deberían ser actos planeados y debidamente deseados por la pareja, pero lamentablemente existe ocasiones que no es así, a consecuencia de esto existen los embarazos no deseados, que pueden llegar a la vida de las parejas en un momento importuno y que llegan desequilibrarlos en diversas formas (Langer, 2003). Los embarazos no deseados pueden ser el resultado de un acto sexual, en el cual fracasa un método anticonceptivo, además en una relación sexual sin preservativo, violación, etc. Para cada caso de riesgo, existen medidas de

prevención, sin embargo en numerosos casos no llegan a ser suficientes (Winkler, Salas y López, 2005).

2.13.1 Concepto y situación

El embarazo no deseado también denominado como un embarazo no previsto, no querido, no planeado, no planificado, inesperado, imprevisto o inoportuno, el cual es aquel que se produce sin el deseo y/o planificación previa de la pareja en la relación sexual, esto puede llegar a suceder cuando se presenta una ausencia o falla en los métodos anticonceptivos adecuados, entre otros factores. Los embarazos no deseados son especialmente comunes en adolescentes, mujeres solteras y mayores de 40 años, siendo esto que puede llegar a pasar en todas las mujeres, sin importar edad o clase social, sin embargo, existen varias consecuencias que no solo afectan a las mujeres, sino también a los hombres y a las familias (Langer, 2003).

2.13.2 Consecuencias del embarazo no deseado

Cuando existe un embarazo no deseado se llegan a presentar diversas consecuencias y se deben tomar decisiones muy difíciles en las mujeres o en las parejas, pero básicamente se llegan a presentar dos únicas decisiones que son las que se consideran las más importantes, primeramente se trata de interrumpir el embarazo mediante un aborto, tomando en cuenta todos los riesgos que se pueden llegar a presentar en la mujer, y la segunda cuando la mujer continua con el embarazo no deseado.

Es necesario recalcar que cualquier decisión que se llegue a tomar tiene enormes consecuencias relacionadas con la salud del adolescente, situación social y económica en la mujer, la pareja y la familia. Se puede denotar la diferencias en la manera en que el hombre o la mujer, al momento de la toma de decisiones, ya que incluso llegan a resolver la situación de dicho embarazo en diferente manera, por ejemplo, existen hombres que cuando se enteran que su pareja está embarazada, llegan a desentenderse de la situación y dejan que la mujer lo resuelva sola, otros hombres también se encargan de presionar a la mujer para que aborte, o permiten que la mujer decida lo más conveniente para ella y así llegar a una posible solución, las mujeres son quienes deben de tomar quizás la decisión más importante de su vida, debido a esto, algunas mujeres se sienten tan presionadas y pueden llegar a cometer actos que conllevan consecuencias futuras. Las mujeres, son quienes experimentan en su cuerpo el embarazo o la interrupción del mismo, es por eso, que la mujer es quien tiene la decisión de considerar lo mejor para ella misma, además, la mujer es quien más íntimamente se relaciona con el desarrollo del gestante. Las mujeres tienen sentimientos emotivos cuando están frente a la maternidad, pero llega suceder que aún no puedan asumir la responsabilidad de manera moral y económicamente de un bebé (Langer, 2003).

En un embarazo podemos encontrarnos con consecuencias positivas, las cuales se consideran la bienvenida y compañía del bebé, el cual le otorga a la madre, estados de bienestar, también de provocar mayor responsabilidad, cuidados y atención, en diversos casos también evita que la mujer ya no consuma alcohol y/o llegue a consumir drogas y se dedique a su bebé, estos cambios lleva a mujer a una formación de madurez. Por otra parte, las consecuencias negativas de asumir la maternidad pueden llegar a presentarse al interrumpir temporal o totalmente los estudios, dificultad para asumir el rol de madre primeriza, ocasionar frecuentemente problemas y

conflictos en su vida cotidiana con la pareja, familia y falta de responsabilidad en el bebé, entre otras causas (Winkler, Salas, López, 2005).

2.14 Planificación familiar

La planificación familiar permite a las personas controlar la cantidad de hijos que desean y en los tiempos que consideren convenientes, esto por medio de los métodos anticonceptivos, los cuales proporcionan el bienestar y autonomía en las mujeres. La utilidad de la planificación familiar permite que los más jóvenes puedan tener los embarazos en el tiempo que considere conveniente, así reduciendo problemas relacionados con la procreación prematura, este método sirve para prevenir riesgos, además de disminuir los abortos y sus posibles riesgos.

El uso adecuado de la planificación familiar puede prevenir y disminuir el riesgo de contagio de ITS y del SIDA, teniendo efecto en la disminución del número de recién nacidos infectados. Las adolescentes embarazadas se consideran un grupo de riesgo debido a las circunstancias pueden ocurrir, las cuales pueden ser, el nacimiento de bebés de bajo peso, probable complicación durante el parto y existe incidencia alta de mortalidad neonatal en esta población de mujeres, es por esta circunstancia que el uso de métodos anticonceptivos se considera imprescindible en esta población, con la finalidad de mitigar los riesgos posibles para la mujer y del bebé, los métodos anticonceptivo permiten al adolescente ejercer su sexualidad con responsabilidad, manteniendo su bienestar físico y emocional (OMS, 2015).

2.15 Métodos anticonceptivos

Los métodos anticonceptivos permiten a las personas tener relaciones sexuales, sin temor al embarazo, también ejercer una sexualidad responsable y satisfactoria, además poder planificar el número de hijos y evitar embarazos no deseados. El manejo de métodos anticonceptivos, rescata la idea de la reproducción planeada de manera conjunta, tener descendencia valorada y la toma de medidas responsables en pareja. Por lo anterior planteado es importante un asesoramiento, debido a que cada persona, por sus condiciones y su tipo de vida sexual, les puede ser conveniente un método que otras no sería el ideal, es así, que el uso de métodos anticonceptivos es una elección que no debe ser forzada o impuesta, la persona debe estar consciente de las características y uso correcto de cada método. Existen variedad de métodos que pueden adecuarse a cada pareja, es por esto, que los métodos se clasifican en tipos de barrera, irreversibles, hormonales, no fiables o naturales y de dispositivo (Trillo, Navarro, Luque y Seone, 2011).

2.15.1 Método de Barrera

El método de barrera impiden la entrada del espermatozoides al útero, siendo estos métodos eficaces para prevenir un embarazo, al igual que otros métodos anticonceptivos, como el implante y la inyección anticonceptiva o el dispositivo intrauterino, esto solamente si se usa adecuadamente (Trillo, et al., 2011).

2.15.1.1 Preservativo masculino

Uno de los métodos de barrera es el preservativo masculino o condón masculino, el cual está constituido por látex o de poliuretano, éste se coloca en el pene al momento de la erección cubriéndolo en totalidad, al surgir la eyaculación este impide que los espermatozoides entren en el útero, siendo este un método sencillo, útil y bastante confiable, para aumentar la seguridad del embarazo no planeado, puede estar acompañado de espermicidas, los cuales ayudan a la eliminación de los espermatozoides. Este método aparte de impedir el embarazo, ayuda a prevenir enfermedades de transmisión sexual y en lo general no tiene ninguna contraindicación, sin embargo puede darse el inconveniente de tener reacción alérgica al látex, impidiendo su uso adecuado, otro posible problema del preservativo, que puede llegar a romperse durante la relación sexual, pero en lo general es un método fácil y de uso seguro.

Es importante saber el uso y mantenimiento adecuado del preservativo masculino, debido a que puede llegar a romperse, por lo tanto, el condón debe mantenerse en un lugar fresco y seco, evitando el sol y calor, es necesario como en todo producto checar fecha de caducidad y estar adecuadamente dentro de la envoltura, una vez tomado en cuenta lo anterior, el preservativo debe abrirse con cuidado sin dañarlo, para el cual no debe usarse tijeras o los dientes, posteriormente para la colocación de este, realiza cuando el pene está totalmente erecto, se va oprimir la parte superior, tomando la base del condón para deslizarlo hasta la base del pene, en el caso necesario, para una mejor colocación, se puede utilizar lubricantes, al terminar la eyaculación el condón se retira lentamente del pene antes que se finalice la erección, sujetando el preservativo desde la base, evitando la salida del semen, es aconsejable utilizar una servilleta o papel para no entrar en

contacto directo con los fluidos de la pareja, es importante verificar que el condón no esté roto y utilizar un condón nuevo en cada nueva relación sexual (OMS, 2011, p.199- 2010).

2.15.1.2 Preservativo femenino

El preservativo femenino es una bolsa de forma cilíndrica hecho de poliuretano o de nitrilo, el cual recubre la vagina, se constituye de dos anillos, un anillo interno que es introducido en la vagina como si fuera un tampón, con lo cual se impide el paso de los espermatozoides, y el anillo externo queda por fuera de la vagina cubriendo genitales externos, para su extracción se toma el anillo exterior girándolo empezando su extracción de manera suave.

Una de las desventajas a considerar es la estética debido a que sobresale, y es un poco más difícil en su colocación en comparación del preservativo masculino. En su recomendación de mantenimiento es similar al preservativo masculino, no debe usarse el preservativo femenino y masculino al mismo tiempo (OMS, 2011, p.211).

2.15.1.3 El diafragma

Es un preservativo en forma de disco hecho de látex, colocado en el interior de la vagina horas antes de tener la relación sexual, este preservativo cubre el cuello del útero impidiendo el paso de los espermatozoides, para su uso se requiere la guía del ginecólogo, el cual dará indicaciones del tamaño, y medidas requeridas.

El preservativo debe cubrir adecuadamente el cuello de útero, además es esencial el uso de cremas espermicidas, el diafragma puede ser utilizado si hay más relaciones sexuales, siempre y cuando se coloque crema espermicida, no debe ser retirado por al menos 6 horas después de la última penetración y debe retirarse en un plazo menor a las 24 horas después de su colocación (OMS, 2011: 221).

2.15.2 Dispositivo intrauterino

Es un aparato pequeño con la forma de T, con dos variantes que son el DIU de cobre, el cual no permite el paso de espermatozoides en el útero y dificulta la permanencia de estos, y el aparato del DIU hormonal que inhibe la ovulación y dificultando la anidación de los espermatozoides, este dispositivo puede durar de 2 a 5 años y su colocación varía de acuerdo al modelo que se utilice, este método es uno de los métodos más eficaces, para el cual es necesaria la consulta ginecológica (OMS, 2011: 131). El DIU no previene enfermedades de transmisión sexual, y debe existir una evaluación médica pertinente para saber si es método es el adecuado (Trillo et al., 2011: 104).

2.15.3 Métodos hormonales

Los métodos hormonales se caracterizan por sustancias sintetizadas similares a las hormonas corporales, teniendo el efecto de inhibir la ovulación o impidiendo el paso a los espermatozoides. Los métodos hormonales tienen distintas presentaciones como son las pastillas, parche sobre la piel, inyección, anillo vaginal y dispositivos dentro del útero.

2.15.3.1 Píldora combinada

La píldora anticonceptiva es la combinación de hormonas sintetizadas, que son similares a las encontradas en el organismo, inhiben la producción y liberación del proceso de ovulación, además espesa el moco cervical y adelgaza la mucosa uterina, impidiendo con esto el paso de los espermatozoides e interrumpiendo la implantación. Es un método seguro, sí solo, se sigue las prescripciones indicadas por el médico, no es un método aconsejable para las mujeres con problemas cardiacos, diabetes, enfermedades hepáticas e hipertensión arterial, es importante contemplar que este método no tiene efectos preventivos en las enfermedades de transmisión sexual, la pastilla pierde su efecto si es vomitada, si no es ingerida en el plazo permitido o si presenta diarrea en cuatro horas después de haber ingerido la píldora (OMS, 2011: 11).

2.15.3.2 Mini-píldora

Es una píldora con carga hormonal que genera aumento de la viscosidad del moco uterino, con el cual dificulta el paso de los espermatozoides.

2.15.3.3 Píldora anticonceptiva de emergencia

Esta píldora ayuda a evitar el embarazo, su ingesta debe ser lo más próximo posible después de la relación sexual sin protección, de un plazo no mayor de 72 horas, es una pastilla preventiva, así que no tiene efecto en el embarazo en curso, es así, que estas pastillas con carga hormonal tienen efecto en la ovulación, es importante considerar que este método no es efectivo para las

enfermedades de transmisión sexual, además viene acompañado de posibles efectos secundarios como dolor de cabeza, mareo, vomito, nauseas, sensibilidad en los senos y dolor abdominal (Trillo et al., 2011: 139).

2.15.3.4 Anillo vaginal

El anillo flexible se introduce en la vagina durante tres semanas, es de liberación hormonal, con lo cual se inhiben la ovulación y espesa el moco cervical, su introducción debe realizarse entre cinco días posteriores a la menstruación y en un tiempo de tres semanas debe ser retirado, para su colocación es necesario oprimir los bordes y empujarlo con suavidad dentro la vagina hasta que esté en una posición cómoda, para retirarla se debe de jalar el borde del anillo cuidadosamente, en su uso es recomendable acompañarle con otros métodos como espermicidas para un mejor efecto preventivo (OMS, 2011: 105). Este método no previene enfermedades de transmisión sexual y no es recomendable en mujeres de 35 años y en fumadoras (Trillo et al., 201: 93).

2.15.3.5 Implantes

Son estructuras de plástico flexibles insertadas bajo la piel, con liberación de progesterona con efecto en el moco cervical, los implantes dificultan los avances de los espermatozoides, es un método eficaz que desde su puesta tiene un efecto durante 3 años, para su uso es necesaria la intervención médica, este solo es un método anticonceptivo así que no previene las enfermedades de transmisión sexual. (OMS, 2011: 109).

2.15.3.6 Inyectables

Es un método anticonceptivo preparado con suspensión inyectable, contiene una carga hormonal de progestágeno, su aplicación es vía intramuscular, debe ser solamente aplicada por un experto y para su indicación es necesaria la consulta médica por mayor seguridad. Sus administraciones son trimestrales con la aplicación en los primeros 5 días del ciclo menstrual, como todos los demás métodos hormonales tiene efecto sobre el tiempo de ciclo menstrual normal, no es indicado para mujeres con cáncer de mama o genital y hemorragias uterinas, este método no previene enfermedades de transmisión sexual (OMS, 2011: 181).

2.15.3.7 Parche transdérmico

Es una lámina fina con adhesivo puesta sobre la piel durante una semana, puede colocarse en los glúteos, abdomen, parte superior del brazo y espalda a nivel de omoplatos, el parche tiene carga hormonal de estrógenos y progestágeno, teniendo efecto durante siete días, con la cuarta puesta del parche se suspende, y con el tiempo indicado se vuelve a colocar. En casos del desprendimiento o mala colocación tiene un margen de seguridad de 48 horas, solo correspondiente a la semana en la segunda semana del ciclo menstrual, este método no previene en las enfermedades de transmisión sexual (OMS, 2011: 101).

2.15.4 Métodos no fiables

Estos métodos no tienen margen de seguridad confiable para prevenir embarazos, como en la prevención de enfermedades de transmisión sexual.

2.15.4.1 Esponja

La esponja es un objeto de poliuretano, está conformada de un hongo con un asa pequeña que permite la extracción, éste se introduce en la vagina evitando el paso de los espermatozoides y permaneciendo seis horas después de la relación sexual. No es método eficiente en la prevención del embarazo y no tiene efecto sobre las enfermedades de transmisión sexual (Trillo et al., 2011: 56)

2.15.4.2 Espermicidas

Tienen presentaciones en cremas, geles y supositorios vaginales, este método dificulta la movilidad y elimina los espermatozoides, su aplicación es antes del coito, con un efecto durante una hora aproximadamente, y para mayor eficacia debe repetir la aplicación en cada coito. Este método es ideal como auxiliar en otros métodos, pero si se utiliza por sí solo, simplemente tiene un nivel bajo de eficacia, los espermicidas no previenen las enfermedades de transmisión sexual (OMS, 2011: 221).

2.15.4.3 Método de medición del calendario

Este método se basa en realizar las relaciones sexuales en los días menos fértiles, siendo los días fértiles los marcados por el proceso de la ovulación, el cual se contempla que durante 10 días al término de la menstruación no hay riesgo del embarazo, tratando de evitar que el espermatozoide permanezca antes de la ovulación. Sin embargo se debe considerar que algunas mujeres pueden llegar a ser irregulares sus periodos ciclos, dificultando la deducción de la eficacia del método.

2.15.4.4 Método de temperatura basal

Se realiza una medición de la temperatura, vía vaginal u oral al levantarse, debido a que en los días fértiles la temperatura es más elevada de lo usual, por dicha cuestión se practica las relaciones sexuales en los días con una temperatura baja, este método no es confiable, debido a que los cambios de temperatura pueden ser variables a otros factores fisiológicos (OMS, 2011: 239).

2.15.4.5 Coito interrumpido

El coito interrumpido consiste en retirar el pene de la vagina antes que se produzca la eyaculación. No se considera un método anticonceptivo y no es fiable, debido a que durante la relación sexual se liberan espermatozoides en el líquido lubricante emitido por el pene durante el acto sexual (OMS, 2011: 255).

2.15.4.6 Amenorrea por lactancia

En el periodo de lactancia hay una interrupción del ciclo menstrual normal, haciendo disminuir la fertilidad. No se considera un método anticonceptivo fiable y no previene las ETS.

2.15.4.7 Duchas vaginales después del coito

Usar duchas vaginales no se considera un método anticonceptivo y no es fiable, se basa en una creencia falsa que el agua elimina a los espermatozoides, pero a contrario de la creencia, el agua sirve para mantener al espermatozoide, ayudando así a la concepción (OMS, 2011: 257).

2.15.4.8 Relaciones sexuales durante la menstruación

Se basa en la creencia de realizar las relaciones sexuales durante el periodo de menstruación, con la consideración de que la mujer es infértil en dicho periodo. Existe la posibilidad de embarazo ya que, aunque es muy poco frecuente, lo cual podría surgir debido a que algunas mujeres son irregulares (Trillo et al., 2011: 56).

2.15.5 Métodos quirúrgicos (Aplicados para adultos)

Son métodos anticonceptivos permanentes o de un alto nivel de seguridad, requieren de una operación, dichos métodos tienen efectos secundarios y son implementados solo para adultos. Con esta intervención no es necesario el uso de métodos de barreras o del tipo hormonal.

2.15.5.1 Ligadura de trompas

Es una operación que consiste en bloquear las trompas de falopio, impidiendo el paso del óvulo, con efecto en el proceso normal de ovulación, sus requerimientos son de una intervención con hospitalización.

2.15.5.2 Esterilización tubárica

Se implanta un dispositivo en las trompas de falopio, produciendo un bloqueo en proceso normal de ovulación. Tienen efecto a partir de los tres meses después de la operación (Trillo et al., 2011: 133 -137).

2.15.5.3 Vasectomía

Es una operación en que se bloquean los conductos en la parte superior testicular, donde los espermatozoides se trasladan. Su requerimiento es la intervención médica, al igual que los demás de la misma categoría, es un método efectivo (OMS, 2011: 183).

CAPITULO III. SEXUALIDAD EN LA ADOLESCENCIA

La adolescencia es un periodo de experimentación y exploración sexual, el cual es el camino del paso de una niñez con ausencia de actividad reproductiva, hacia una vida sexualmente activa en la adultez, para esto, es necesario desarrollar una identidad sexual (Santrock, 2011). Tener una conciencia de la sexualidad se considera un factor importante, en la formación de la identidad del sujeto, lo cual tiene impacto en las relaciones sociales del adolescente y en su autoimagen.

La curiosidad y el impulso sexual, son uno de los motores que lleva al adolescente a explorar y experimentar su cuerpo, esto incrementa el deseo por la expresión erótica del sexo (Rice, 1997), el cual, es de acuerdo al desarrollo de la sexualidad en el adolescente, es así, que el impulso es un factor biológico, el cual es necesario, al igual que otros factores, como son la cultura, vivencias y la interacción social de la persona, que influyen en el desarrollo de su sexualidad (Papalia, et al, 2010).

3.2 Inicio de la vida sexual en los adolescentes

Con el inicio de la vida sexual, se conllevan a nuevas demandas de salud para las personas, ya que se puede encontrar en posibles riesgos de embarazos no deseados e infecciones de transmisión sexual. En los adolescentes mexicanos existe un aumento lento en la edad de inicio de la vida sexual (Gayet y Gutiérrez, 2014), así como se muestra en el estudio del Centro Latinoamericano Salud y Mujer (CELSAM), el cual indicó que el inicio de la vida sexual en

promedio es de los 15 años, así mismo, de acuerdo a la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, señaló que 44.9% de los adolescentes, en su primera relación sexual, no utilizaron anticonceptivo (INEGI, 2015), esto llega a ser algo considerable, ya que las posibles consecuencias para una mujer adolescente que ha iniciado su vida sexual a temprana edad, son de tener un embarazo no previsto y el contagio de enfermedades, con lo que pueden derivar en el abandono escolar, dificultades laborales, problemas graves de salud e incluso decesos (Olguin, 2015).

3.3 Embarazo en adolescentes

El embarazo en los adolescentes es un fenómeno que se viene presentando a nivel mundial, aproximadamente cada año 15 millones de jóvenes se convierten en padres y madres antes de que cumplan la mayoría de edad (Secretaría de Salud, 2002).

En los países que conforman miembros de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), México ocupa el primer lugar en adolescentes embarazadas, además de acuerdo a datos de investigación estadística de la ENSANUT, relevan que los el cambio en el porcentaje de adolescentes que iniciaron su vida sexual entre los 12 a 19 años fue del 15% en 2006 al 23% en el 2012, además de acuerdo a la encuesta demográfica (2009) las tendencias de nacimientos registrados en las adolescentes aumento del 15.6% al 18.7% del 2003 al 2012, otro dato interesante para ilustrar el problema del embarazo en adolescentes, son las parejas jóvenes que utilizan anticonceptivos con menor frecuencia que los adultos, determinando un alto grado de embarazos en los mismos (Romero, 2004). Con el registro del 2013, los egresos

de mujeres de 15 a 19 años de edad en los hospitales fue del 83.9%, por cuestiones de causas de embarazo, aborto, complicaciones de embarazo, parto e infecciones (INEGI, 2015).

El aumento del número de embarazos en mujeres jóvenes llega estar asociado a la alza en mortalidad infantil, cifras en México es del 5.4 por cada 1000 nacimientos, dicha estadística es cuatro veces mayor en el promedio de los países integrantes de la OCDE (OCDE, 2009). Se considera que las adolescentes tienen mayor riesgo de presentar complicaciones durante el parto, además entre los principales problemas se destaca el parto prematuro, partos prolongados, desproporción céfalo-pélvica y formación de fistulas recto-vaginales o cistovaginales (INEGI, 2015).

Los riesgos de los embarazos son para el hijo y para la madre, así lo revela cifras de la OMS, ya que cada día mueren alrededor de 800 mujeres por causas relacionadas con el embarazo y el parto, en México de acuerdo al Observatorio de Mortalidad Materna el indicador aumento del 32.0 al 37.3 defunciones por cada 100 mil nacidos vivos, estas cifras son de considerar ya que está en la población de adolescentes (especialmente menores de 19 años) entre las fechas del 2012 al 2013, teniendo una mortalidad materna del 13.8% (OMS, 2014), además, los bebés de las adolescentes corren mayor riesgo en comparación de una mujer adulta, como ejemplo pueden llegar a tener poco peso durante el embarazo, sufrir hipertensión inducida por el embarazo, anemia, infecciones de transmisión sexual y desproporción cefalopélvica.

Es importante recalcar que los adolescentes corren mayor riesgo a sufrir de violencia y abuso sexual, es por ello, que dentro de esta etapa, nos encontramos con embarazos indeseados que afectan la vida de los jóvenes. El embarazo que un adolescente puede contraer condiciones muy severas, puesto que la mayoría de los jóvenes suelen carecer de conocimientos, recursos y

orientaciones para poder resolver de esta situación, lo anterior mencionado, dependerá obviamente de la persona, puesto que muchos adolescentes no cuentan con el apoyo de sus padres y/o familiares y esto puede afectar tanto a la joven como al futuro bebé, por esto, mujeres adolescentes deciden ocurrir a diferentes métodos para interrumpir el embarazo (Secretaría de Salud, 2002).

En general, este conjunto de problemas resulta de una combinación de factores, como son el bajo nivel socioeconómico, la inmadurez física de la madre, la falta de atención prenatal, los hábitos inadecuados relacionados con la salud (por ejemplo la nutrición y tabaquismo) y la inmadurez emocional, entre otros.

Las consecuencias para las adolescentes embarazadas menores de 18 años llegan a perjudicar en sus derechos a la educación, la salud, protección y tener un nivel de vida adecuado. Debido al cambio abrupto en la vida de los adolescentes, no experimentan adecuadamente la etapa de su niñez, que en su lugar son tomadas obligaciones de adultos y además del riesgo de morir por un embarazo que complique su estado de salud (UNICEF, 2015).

Es imprescindible destacar los aspectos psicológicos del embarazo en la población adolescente, en lo que se encuentran sentimientos de ambivalencia hacia el embarazo, temor a morir o sufrir durante el embarazo, temor por malformación en el infante, rechazo hacia embarazo, esmero excesivo por el bienestar del feto, conflictos con la pareja, resentimiento a la figura materna, culpabilidad hacia los padres, entre otros (Hernández, 2009). El embarazo en adolescentes desencadena situaciones que dificultan la vida de la mujer joven y aún más en las adolescentes, como uniones o matrimonios prematuros donde la pareja puede no estar de acuerdo, dificultades de empleo, educación interrumpida o trunca, existe un mayor índice de violencia en

los matrimonios jóvenes, además que estos tiene una mayor probabilidad de divorcio. Además durante el 2010, se estima que el 17.7% de mujeres de 18 años y el 30.7% de mujeres de 15 años embarazadas dejan los estudios y durante el 2011 se encontró que el 8.3% de las madres adolescentes no tiene actividad laboral (Grupo Interinstitucional, s.f).

3.3.1 Suicidios y homicidios

Cuando se presenta un embarazo no deseado, una mujer puede llegar a pensar en el suicidio, esto es una de las consecuencias más trágicas que puede existir para tratar de resolver este problema, debido a que las adolescentes carecen de elementos individuales suficientes, para afrontar las vicisitudes, además por los desacuerdos con la pareja u otros miembros de la familia, surgidos por el embarazo (Mora y Hernández, 2015).

3.3.2 Prevención del embarazo no deseado

Debido a la alta responsabilidad que conlleva un embarazo, es necesaria que toda la sociedad cuente con la información necesaria para llevar una vida plena, considerando todos los riesgos que tienen las acciones que se realicen, es por esto, que algunos adolescentes tienen dificultades, ya que deben de considerar que un embarazo es un acto que necesita ser ejecutado correctamente, que primeramente se necesita una estrecha relación en la pareja, para esto, la comunicación debe de ser constante para descartar cualquier desacuerdo, también es necesario tener una buena relación con la familia, puesto que siempre debe de estar unida y apoyarse cuando más se necesite. Lo más recomendable, es que el embarazo se planifique y no permitir que sea a causa de

un descuido, es por eso que se deben de tomar las medidas necesarias para que el embarazo se ejecute adecuadamente, para esto se debe de acudir con un médico para que lleve un control durante el embarazo y atienda cualquier suceso que vaya ocurriendo. En cambio, cuando el embarazo no es deseado, lo más importante es pensar detenidamente en la situación que se está viviendo y buscar posibles soluciones positivas a este suceso (Mora y Hernández, 2015).

3.3.3 Interrupción del embarazo

Se estima que cada año 208 millones de mujeres quedan embarazadas, de las cuales 129 millones (59%) son de embarazos indeseados. De acuerdo al ENADID el 9.4% de adolescentes embarazadas de 14 a 19 años interrumpieron su embarazo, además la tasa de hospitalizaciones por abortos de adolescentes de 15 a 19 años aumento del 6.1 a 9.5 por cada mil embarazadas entre los años 2000 al 2010. Como otro aspecto significativo la proporción de los abortos que son inseguros aumentó de 44 % en 1995 y 47 % en el 2003 al 49 % en 2008. Casi todos los abortos inseguros tienen lugar en los países en vías de desarrollo, donde las tasas de mortalidad materna son altas y el acceso al un interrupción del embarazo sin riesgos es limitado (OMS, 2014).

Cuando una mujer se encuentra embarazada y el bebé no es deseado, muchas veces la mujer puede considerar la interrupción del embarazo, pero éste, en caso de ser mal practicado, conlleva diversas complicaciones, una de ellas es que puede llegar a perforar el útero, contraer una hemorragia, llegar a tener una infección y puede llegar a ser infértil. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el aborto inseguro como un procedimiento para interrumpir un embarazo no deseado, el cual es practicado por personas sin capacitación o experiencia alguna (OMS, 2013). El tema del aborto genera importantes controversias en toda la sociedad, debido a que

involucra aspectos relacionados con los derechos humanos, sexuales y reproductivos de las mujeres, obviamente se tiene que presentar una alteración con las leyes y la política, con los valores éticos, morales y religiosos, también se presenta dentro de las condiciones socioeconómicas de las mujeres, y con las ideas que predominan en nuestro contexto cultural respecto a la feminidad y la maternidad de las mujeres, actualmente en México, la realización de la interrupción voluntaria del embarazo, se encuentra en penalización, excluyendo a la ciudad de México, esto debido a que se considera grandes riesgos que puede llegar a tener esta acción, pero aun así, no impide que mujeres de todas las edades que se encuentren embarazadas lleguen a presentarse a un consultorio o clínicas privadas a realizarse la interrupción del embarazo (Hernández, 2010).

En el caso de la interrupción legal del embarazo, el cual es aplicable en distintas zonas del país, siempre y cuando sea producto de una violación, excluyendo esto, solo se encuentra en hospitales autorizados en la ciudad de México, el cual está bajo ciertas restricciones. Este cambio de despenalización fue durante el 2007, esto con la finalidad de brindar un servicios de calidad a quienes decidieran interrumpir su embarazo. Generalmente los procedimientos son por vía de medicamentos y aspiración manual endouterina, estos métodos son aplicables en toda mujer que cumpla con las condiciones de salud adecuadas y con menos de 12 semanas de gestación (Secretaria de Salud, 2008)

Son relativamente pocas las mujeres que tienen acceso a servicios médicamente seguros para interrumpir un embarazo no deseado, ya que sus costos son en general elevados y están fuera del alcance de la mayoría, en zonas rurales por ejemplo, puede que lamentablemente no se puedan contar con personas altamente capacitadas, hospitales y equipos necesarios para realizar un

aborto, es por eso que las mujeres en esta zona, utilizan diversos métodos con el fin de resolver su problema, por ejemplo pueden llegar a ocasionar una caída de las escaleras, remedios caseros y hasta golpes que ellas mismas se llegan a causar, incluso pueden llegar a obligar a que lo haga otra persona (Langer, 2003). El interrupción del embarazo llega a estar acompañado de sentimientos de culpa y puede que la mujer se encuentre en una condición traumática, puesto que el aborto se acompaña de consecuencias psicológicas, tales como depresión, ansiedad y miedo, no obstante, es importante también conocer que cuando la mujer continua con el embarazo aun en contra de su voluntad, también suele tener consecuencias emocionales graves tanto a ella como al bebé.

La interrupción del embarazo mal practicado es la principal causa de una muerte en una mujer embarazada, pero es importante reconocer que este tipo de muertes son totalmente prevenibles, debido a que se podría evitar conscientemente y totalmente un embarazo no deseado, simplemente esto no llegaría a pasar si la pareja hubiera realizado los cuidados y medidas necesarias para su prevención, lo que hace que esta realidad sea verdaderamente inaceptable en las personas. Las consecuencias en la salud en un aborto inducido e inseguro son una hemorragia, septicemia, peritonitis, traumatismo del cuello del útero y órganos abdominales e infecciones en el aparato reproductor y tracto genital superior (OMS, 2012). La interrupción del embarazo, puede ser por cuestiones ajenas a la decisión de la mujer, como son causas del desarrollo del feto, accidentes en la mujer como son golpes, patologías y condiciones que afecten al producto, esfuerzos físicos, etc.

Cuando una mujer queda embarazada sin desearlo, sus alternativas son básicamente dos: intentar interrumpir el embarazo mediante un aborto inducido, o continuar con el mismo y dar a

luz a un hijo que, probablemente, tampoco será deseado, es un compromiso de todos responder ante ambas situaciones, ya que los embarazos no deseados son, en gran medida, una responsabilidad social (Hernández, 2010).

3.4 Los adolescentes y las enfermedades de transmisión sexual

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Juventud del 2010 reportó que el 90.3% de la población total de adolescentes, recibió información sobre prevención de enfermedades de transmisión sexual (INEGI, 2011). De acuerdo a cifras del Instituto Mexicano de Seguridad Social, en la población de 18 a 30 años de edad, el 30% han llegado a padecer alguna enfermedad de transmisión sexual, además aproximadamente 15% de la población mayor de 15 años van a consulta por malestares de esta índole. Los padecimientos más frecuentes son la sífilis, gonorrea, clamidia, tricomoniasis y con mayor tasa de incidencia de enfermedad no curable lo ocupa el virus del papiloma humano (IMSS, 2014). En el mundo, la OMS ha calculado una incidencia de 340 millones de casos anuales de ITS curables (OMS, 2014).

3.5 Los adolescentes y métodos anticonceptivos

Con la Encuesta Nacional de Juventud del 2010, se encontró que en la población de 15 a 29 años de edad, el 97.2% frecuenta el uso de condón durante una relación para prevenir enfermedades de transmisión sexual, el 82.5% se abstiene de tener relaciones como medida preventiva, el 60.1% mantienen relaciones solo con su pareja y el 14.2% frecuenta el lavado vaginal como medida preventiva (INEGI, 2011).

De acuerdo con la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID), en 2014 el 98.7% de las mujeres de edad fértil, conocen al menos un método anticonceptivo, en 2014, el 52.9% de la población de las mujeres de 15 a 49 años de edad, reportaron que usan al menos algún método anticonceptivo, el 15.3% solían usarlos y 31.8% no conocen métodos anticonceptivos. Es importante recalcar que de acuerdo a la entidad federativa el estado de Guerrero, se ubican en la entidades con más bajos porcentaje de número de personas, que dan uso de los métodos anticonceptivos, esto con un 47.8% durante 2014.

El principal método empleado por las mujeres en edad fértil, actualmente usuarias, es la Oclusión Tubárica Bilateral (OTB) utilizada por el 48.6%, seguida por los métodos no hormonales o de barrera con un 30.4%, 13.5% usan hormonales, 4.8% métodos tradicionales y 2.7% vasectomía. El método de OTB es mayormente utilizado en mujeres de 45 a 49 años y los métodos hormonales, son utilizadas con mayor frecuencia por mujeres de 15 a 19 años. Del año 2009 en comparación al 2014 hubo un aumento del 16.3%, de mujeres que reportaron haber utilizado un método anticonceptivo en su primera relación sexual (ENADID, 2014)

3.6 Mitos sobre la sexualidad

Los mitos o tabús tienen su origen en la historia y están creados en base de la cultura (Cordón, 2008). El mito por su definición es “Persona o cosa a las que se atribuyen cualidades o excelencias que no tienen, o bien una realidad de la que carecen”(Real academia española, 2014). En lo que concierne a la sexualidad y su historia, tienen un grado de estigmatización social, en la que las nociones sin fundamento científico marcaban la pauta de lo que se debería creer, practicar y lo que no debería realizarse en torno a la sexualidad, es así, que las creencias en la

sexualidad sin fundamento, se difunden en las comunidades y pasan a través de las generaciones, creando así los mitos (Consejo Nacional de Fomento Educativo, 2012). Los mitos pueden crear conducta de riesgo, ya que no tienen ningún fundamento, por lo que se considera imprescindible la educación sexual para mitigar o desaparecer el desconocimiento y errores que pasan de generación en generación, pues solo con la educación sexual adecuada se puede otorgar una información que atiende a una realidad sociocultural, y logre coadyuvar en la sanidad sexual de las personas (Cordón, 2008).

La sexualidad durante la adolescencia debe de ser percibida como natural, con apertura en el momento de charlar sobre esta, sin tabú que pueda cuestionar y poder aclarar dudas al respecto de la misma, esto se considera necesario para ejercer una sexualidad responsable en el comportamiento.

Unos de los tabús, errores y dudas más comunes de los adolescentes sobre la sexualidad son:

En el mito de las mujeres no se masturban, se basa en la creencia de la masturbación femenina considerada un tabú, sin embargo es algo natural y sano, de acuerdo a McCary (2000) es un hecho que las mujeres que no se masturban son más propensas a sufrir problemas emocionales de aquellas que si lo hacen y de acuerdo con el instituto de Kinsey entre 20% y 60% de las mujeres se autoestimulan.

La creencia del pene prominente provoca más satisfacción a las mujeres, es un mito ya que según Vázquez (2012), afirma que el tamaño no tiene nada que ver con la satisfacción y el goce con el tamaño del pene, debido a que las zonas más sensibles de la mujer se encuentran en la zona exterior de la vagina, en los labios externos y clítoris, por lo que la profundidad de la penetración no están importante (IMESEX, 2014).

La consideración del esquema machista de las mujeres debe ser pasiva y el hombre activo, es una idea retrograda, ya que de acuerdo a Masters y Jhonson (2009), en el estudio sobre el informe de la sexualidad masculina, indica que los varones tienen una necesidad de sentirse deseados y de saber que actúan sobre ellos, además en la consideración de Beach (1978) las sociedades exigen a las mujeres ser recatadas y sumisas, que producen mujeres que no experimentan orgasmos definidos, ambas partes de la pareja deben actuar con igualdad y sin complejos.

El mito de las pastillas anticonceptivas causan infertilidad, es una idea errónea, ya que a pesar pueden existir efectos secundarios (Por ejemplo: Aumento de presión arterial y de peso), por lo que siempre será conveniente acudir con un médico que sea quien les recete, las pastillas anticonceptivas no causan esterilidad, el mito va más allá de la infecundidad, muchos jóvenes, incluso universitarias, creen que esto es cierto. Estos mitos son falsos y se propagan por las amistades, esto lo indica Miranda (2012) (IMESEX, 2014).

La masturbación causa acné, lo cual según Torre (2004) no existe relación alguna entre la aparición de una erupción en la piel y la masturbación, salvo que ambas comienzan a presentarse durante la pubertad, es presuntamente por esto que existe esta asociación, la conducta autoerótica a lo único que puede llevar es al conocimiento del cuerpo y de sus sensaciones placenteras, no produce acné, ni otras reacciones en la piel.

El embarazo por besos y tocamiento, de acuerdo a Torre (2004) los tocamientos, acaricias y besos, si se lleva a cabo con la ropa puesta, no hay posibilidad de embarazo, si existe contacto pene y vulva, hay una posibilidad, porque aunque no se ha eyaculado, el líquido preyaclulatorio

contiene espermias, también si no hay un roce de genitales, no hay peligro de embarazo (IMESEX, 2014).

La creencia de la yumbina que se le atribuyen efectos afrodisiacos, es una falacia, según Torre (2004) no tiene ningún de estos atributos, si a la persona se le hace creer que sirve como afrodisiaco, entonces es como un placebo, pero en sí misma, no tiene ninguna propiedad que cause excitación.

Considerar al ritmo o coitus interruptus, como un método fiable, es un error ya que en Miranda (2012) el ciclo menstrual tiene que ver con la alimentación y rasgos físicos, la anorexia, por ejemplo, puede provocar desorden en el ciclo, lo cual evita que el periodo sea exacto y, en consecuencia, provoca irregularidades. Por lo cual la práctica considera tiene su efectividad baja (menos del 50%) y no puede prevenir una ITS.

En el mito que las pastillas protegen de infecciones de transmisión sexual, es una idea sin fundamento de acuerdo a Vázquez (2012), ya que las píldoras medicadas solo ayudan a evitar un embarazo no deseado, no tiene ningún efecto en prevenir infecciones, de acuerdo a su función es totalmente distinta, el método más seguro para impedir tanto un embarazo no deseado como una ITS, es el preservativo masculino (IMESEX, 2014).

La creencia que el agua caliente mata los espermias, de acuerdo Miranda (2012) considera esto como idea errónea, ya que así como hay jóvenes que creen que podrían quedar embarazadas por ir a un baño público, muchas piensan que la anticoncepción se logra a través de medios caseros como este, sin embargo, ninguno de ellos ofrece protección confiable contra los embarazos ni contra las ITS.

La consideración que los hombres piensan más en sexo, es un mito, ya que en Kassorla (2000) contempla una acusada semejanza en la frecuencia, deseo, motivación, goce y temor a la sexualidad en los varones y en las mujeres, creer que las mujeres tiene necesidades y exigencias distintas a las de los hombres es tener una impresión errónea.

El mito de la masturbación en exceso acaba con los espermatozoides, es explicado en Vázquez (2012), con la producción de semen es limitado hasta pasando los 80 años, los hombres tienen una espermatogénesis que se dispara en la pubertad, los testículos producen espermatozoides de forma constante eyacule o no, algunos hombres llegan a pensar que no pueden tener hijos porque se masturban mucho, esto es definitivamente una mentira (IMESEX, 2014).

En algunos adolescentes existe el mito de las infecciones son tratables con antibióticos, es un error ya que en Vázquez (2012), se considera que no todas las infecciones son bacterianas, en cuyo caso se utilizarán antibióticos, hay enfermedades micóticas, producidas por hongos o de tipos virales, como herpes, el papiloma e incluso el VIH, para las que se requiere de un medicamento distinto para tratar los síntomas, lamentablemente estas enfermedades virales no tienen cura, porque es necesaria la prevención.

La práctica de orinar después del sexo lava la vagina y evita el embarazo, es un error ya que la uretra se localiza en la vagina, la orina no pasa a través de esta, solo desemboca por fuera, donde se ubica la salida de la uretra, por lo cual ninguna manera, evacuar lava o limpia la vagina de semen o de alguna posible infección o secreción, por lo que no se le puede considerar un método anticonceptivo ni preventivo de ITS, esto de acuerdo Vázquez (2012) (IMESEX, 2014).

La creencia que la mujer es quien tiene que cuidarse, es habitual que el hombre no quiera sacrificar placer y que la mujer sea quien tome medidas anticonceptivas, según cifras de la OMS

de 80 millones que han incurrido en cirugías (la más común es la oclusión de las trompas de falopio) como método preventivo, 90% de las féminas.

En la adolescencia existe la creencia que si existe atracción a personas de mí mismo sexo, soy bisexual u homosexual, es una consideración de acuerdo a Mead (1950), dentro de las experiencias sexuales que viven las personas, es normal tener fantasías con alguien del mismo sexo, ya que en una perspectiva superficial a nuestra sociedad es considerable la idea de que todos podrían ser bisexuales en potencia, ya sea que después se convierta en homosexuales, heterosexuales o bisexuales de tiempo completo, en la naturaleza es una característica normal (IMESEX, 2014).

La opresión hacia la mujer a llegado a crear ideas como la mujer que lleva condones es una fácil, esto entiende por la creencia de que las mujeres están negadas al placer, así que cuando llevan un preservativo, se da por hecho que siempre lo carga a la espera de tener sexo, cuando, por un lado, esto no debería tener una connotación y, por otra, es una forma de prevención, según Torices (1999) dice que las mujeres tienen derecho a ejercer su sexualidad con libertad y sin ser prejuizadas.

En la creencia que el virus del SIDA puede contagiarse por besar a alguien con la boca abierta, es considerada como un error ya que según a Vázquez (2012) no existe riesgo de infección por besar a alguien, ya que la saliva no es contaminante de VIH, porque este vive en leucocitos, células blancas y la saliva tiene contenido muy bajo de estos, sucede lo mismo con el sudor, las lágrimas y la orina.

La idea que la masturbación es considerada como prohibido para ambos género, error ya que según Laumman, Gagnon y Michaels (1994), el 85% de los hombres y 45% de las mujeres que

viven con una pareja sexual se masturban, es una práctica para conocer las zonas que provocan satisfacción, sin embargo, en una relación de pareja, el autoerotismo erótico pasa a segundo plano, cuando debería formar parte del intercambio erótico (IMESEX, 2014).

En la idea que los niños no tiene sexualidad, en este mito ya que Dávila (2002), considera que es necesario tomar a la sexualidad como aspecto central que está presente desde que se nace, a través de su desarrollo presentan distintas expresiones de sexualidad, como la capacidad de diferenciar los géneros y los genitales, y el trato que se les da a cada uno, con una serie de manifestaciones, caricias e incluso masturbación como parte de su exploración (IMESEX, 2014).

3.7 Educación secundaria

La educación secundaria es el tercer nivel de la educación básica, se pretende que el alumno en este nivel desarrolle por competencias aspectos en lo afectivo, social, la naturaleza y la democracia.

El perfil del egresado es de un alumno con capacidad de reflexión y análisis, teniendo la capacidad de ejercer sus derechos, además de intercambiar su conocimiento, cuidar de su salud y ambiente. La educación de este nivel puede encontrarse en escuelas, públicas o privadas, ofreciendo las diferentes modalidades existentes. Las modalidades son la secundaria general, secundaria técnica, telesecundaria y secundarias para trabajadores (SEP, 2015).

La educación es impartida en campos disciplinarios de sesiones de 50 minutos con jornadas semanales de 35 horas, es con esta distribución que se pretende que el alumno domine conocimientos de español y de una lengua extranjera, el empleo de herramientas numéricas con

aplicación en el razonamiento de problemas matemáticos, interés sobre el mundo natural, tecnológico y social, además de comprensión de entorno geográfico, histórico, con una producción artística y humana, con un sentido ético, cívico y en el desarrollo físico y motriz, además de una asignatura estatal, la cual es de acuerdo a las necesidades e interés de sus alumnos, la cual tendrá que fortalecer los contenidos de las demás asignaturas e impulsar el trabajo en relación con situaciones particulares de la región.

El alumno en el tercer nivel de educación secundaria recibe una orientación y tutoría, que le sirve como medio a la integración a la vida escolar en la que se ayudaría a formar su proyecto de vida.

De acuerdo con la reforma curricular de la SEP (2006), las materias contempladas en el plan de estudio son: Español, Matemáticas, Ciencias, Geografía de México y el mundo, Lengua Extranjera, Educación Física, Tecnológica, Artes, Asignatura Estatal y Tutoría. Estas series de materias se imparten desde el primero hasta el tercer grado. Esperando un avance formativo con funcionalidad (SEP, 2006, citado en 2015).

La educación secundaria básica es obligatoria desde del año de 1993, con posteriores reformas en los años del 2006 y 2011, se buscaba que los contenidos sean más apegados a la realidad actual (SEP, 2015).

Las asignaturas en la curricula favorecen la búsqueda de integración de saberes del medio natural y social, de la salud y la diversidad sexual, es así, que existen campos de educación ambiental, formación en valores, educación sexual y equidad de género. En esta última la educación sexual que se maneja una amplia concepción de la sexualidad, donde comprenden

conceptos como género, reproducción y disfrute, así como el manejo de información de enfermedades de transmisión sexual, embarazos tempranos y situaciones de violencia.

El estudio de la sexualidad en la etapa de la secundaria se basa en puntos de la expresión de afectividad humana, vinculada a ejercicios de la libertad personal, prácticas sociales y culturales que adquieren particularidades en diferentes contextos históricos y geográficos, una práctica a base de derechos y responsabilidades, así como el respeto a la dignidad humana, otro punto es la formación de convivencia humana donde prevalezca el trato igualitario, respeto mutuo y, como último punto es la identificación y prevención de factores de riesgos en ejercer la sexualidad. Dentro del plan curricular de la SEP (2006), los espacios de contenidos donde se toman estos puntos son las asignaturas de ciencias biológicas y formación cívica y ética (SEP, 2015).

CAPITULO IV. MÉTODO DE INVESTIGACIÓN

4.1 Planteamiento del problema

La salud es el bienestar del ser humano en los ámbitos físico, psicológico y social, las asociaciones de salud y sistemas de sanidad tienen un actuar con esmero, más que solo la cura de las patologías, también en la prevención de las enfermedades, por lo previo dicho, se considera un asunto imprescindible la promoción de la salud sexual al contemplar el aborto, que es la cuarta causa de mortalidad materna, además al considerar que en México hay más de un millón de abortos al año, esto debido a que más de la mitad de los embarazos no son planeados. Con el total de embarazos no deseados se considera que un 54% de embarazos serán abortos inducidos, un 34% serán de un nacimiento no planeado y el 12% será aborto espontáneo. En concierne en otra cuestión preventiva, son las enfermedades de transmisión sexual, las que se sitúan entre los primeros cinco motivos de consulta médica en México, con una población de edad de 15 a 45 años, esto de acuerdo a la Secretaria de Salud (2009) (Solera, 2013). Además es importante señalar que de acuerdo a la OMS las cifras del 2013, se considera que existe un total 35.0 millones de personas que viven con VIH, y la cifra notable de existencia de un 3.2 millones de adolescentes con 15 años que viven con VIH (OMS, 2015).

La adolescencia es una etapa de la vida en que se requiere acciones a favor de la prevención, salud sexual y reproductiva, debido a que son una población susceptible a los riesgos de conductas sexual, lo que se considera necesario que los adolescentes tengan información científicamente fundamentada, para que de esta manera se puedan eliminar las confusiones en las conductas sexuales, los desaciertos con los métodos anticonceptivos y en el yerro con los embarazos (Secretaria de Salud, 2002).

4.2 Justificación

En nuestra actualidad uno de los temas con mayor importancia es la sexualidad y todas las consecuencias que esta conlleva, a pesar de la riqueza de información que se tiene acerca de este tema y de las tecnologías que nos brindan, la sociedad se ha encargado de prestar atención en otras cosas, como lo son las redes sociales, la delincuencia, escándalos, etc.

De acuerdo al Centro Latinoamericano Salud y Mujer el inicio de la vida sexual en promedio es a los 15 años edad, además el 44.9% de los adolescentes reportaron que no utilizaron métodos anticonceptivos en su primera relación sexual, esto de acuerdo a la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (INEGI, 2015). Al contemplar los porcentajes previos mencionados, ponen a la población de adolescentes de México en un riesgo de tener una embarazo no planeado, lo cual está reflejado con el reporte de la OCEDE (2014), de los países que forman parte de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico, México es el país que ocupa el primer lugar de embarazos en adolescentes (Juárez, 2015), como consecuencia en el 2013 del total de mujeres 15 a 49 años que presentaron un aborto, en el cual 18.7% son adolescentes (INEGI, 2015), además se considera que las adolescentes tienen mayor riesgo de tener complicaciones durante el parto, las cuales pueden ser para la mujer y el bebé, ya que en México de acuerdo al Observatorio de Mortalidad Materna el indicador es del 43.2 defunciones por cada 100 mil nacidos vivos, siendo en la población de adolescentes (especialmente menores de 19 años) una mortalidad materna del 13.8% (INEGI, 2014).

Además de la problemática de embarazos a una temprana edad, los adolescentes pueden llegar a contagiarse de algún padecimiento de transmisión sexual, así como, lo muestra el Instituto Mexicano de Seguridad Social el cual reporta que la población de 18 a 30 es la que más

frecuentemente a tener a una enfermedad de transmisión sexual, siendo los padecimientos de sífilis, gonorrea, clamidia, tricomoniasis y el virus de papiloma humano como los de mayor incidencia (IMSS, 2014).

La intervención del ámbito educativo se ha encargado de implementar temas relevantes relacionados a la sexualidad a sus alumnos desde edad preescolar, hasta a nivel medio superior, los temas son dependiendo del grado educativo que el alumno curse. En la educación secundaria los temas de educación sexual están contemplados en las distintas materias impartidas. Sin embargo, es de importancia señalar que este tipo de educación no se implementa solamente en los centros educativos, sino que esta se educa desde el hogar, puesto que los padres son los factores principales de esta enseñanza sexual hacia sus hijos (SEP, 2013).

Si se conoce a fondo cada concepto que adquiere la sexualidad, es de forma garantizada que en su vida cotidiana podrá practicar la sexualidad de una forma sana y correcta y así evitar cualquier tipo de complicación (Grupo Interinstitucional, s.f).

4.3 Objetivo general

Indagar y orientar en las y los adolescentes de tercer año de la Escuela Secundaria Federal No. 1 “Puerto Acapulco”, sobre el conocimiento, creencias y mitos acerca de la salud sexual.

4.4 Objetivos específicos

- Determinar las falsas creencias que manejan sobre la sexualidad.

- Determinar sus principales dudas sobre sexualidad.
- Clarificar inquietudes y dudas sobre temas de sexualidad con un fundamento teórico.
- Identificar cambios benéficos en los jóvenes al mostrar información sobre educación sexual.
- Extraer y analizar causas problemáticas en la sexualidad de los adolescentes.
- Diseñar y aplicar un taller que contenga el conocimiento necesario para prevenir conductas sexuales riesgosas.
- Comprobar si el taller diseñado y efectuado otorgo a los adolescentes la información esperada.

4.5 Población

La comprende por 109 adolescentes de tercer año de secundaria de la Escuela Secundaria Federal No. 1 “Puerto Acapulco” Turno Vespertino, con las edades de 15 a 16 años.

4.6 Materiales empleados

1. Proyector.
2. Computadora con sistema operativo Windows 7.
3. Encuesta de pregunta abiertas sobre sexualidad. (ver anexo 1)
4. Encuesta sobre mitos en la sexualidad. (ver anexo 3)
5. Programa de taller. (ver anexo 2)
6. Listado de dinámicas.

7. Tarjetas de preparadas con preguntas de retroalimentación.
8. Preservativos masculinos.
9. Hojas blancas.

4.7 Tipo de investigación

Investigación del tipo descriptiva debido a que se determinará el conocimiento sobre sexualidad que manejan los adolescentes (Hernández, Fernández y Baptista, 2010: 80).

4.8 Diseño

Una sola muestra, la cual es del tipo transversal, es decir, que se midió una sola vez a cada sujeto (Hernández, et al., 2010:151).

4.9 Enfoque

Solo se utiliza la medición en sus formas de frecuencia y porcentaje, esto es, los datos que se recabarán en las encuestas son meramente para determinar las características del fenómeno que se desea abordar, por ello no requiere ningún trato estadístico.

No se realizaran mediciones ni se cuantifica ningún aspecto que tome valores numéricos, discretos o continuos. Esto determina a la investigación como cualitativa, ya que los valores que toma son en su calidad de presente o ausente, correcta o equivocada (Hernández, et al., 2010: 409).

4.10 Procedimiento

Dentro de la Escuela Secundaria Federal N. 1 “Puerto Acapulco”, primeramente se solicitó un consentimiento informado por parte de las autoridades educativas del plantel para realizar las actividades. Posteriormente se realizó una encuesta con preguntas abiertas (ver anexo 1), con la finalidad de identificar los mitos que tienen los adolescentes sobre la sexualidad y diseñar un taller.

A partir de los resultados obtenidos en el diagnóstico, se diseñó el taller “Mitos de la sexualidad”, donde se bordaron los siguientes temas:

- Conceptos de sexualidad.
- Infecciones de transmisión sexual.
- Embarazos no deseados y planificación familiar (Ver anexo 2).

Con la finalidad de explorar y mitigar los mitos que manejan los adolescentes y aclarar dudas y proporcionar información válida y confiable.

Con el objetivo de evaluar el impacto de la actividad, se aplicó una encuesta pre y post al taller (Ver anexo 3).

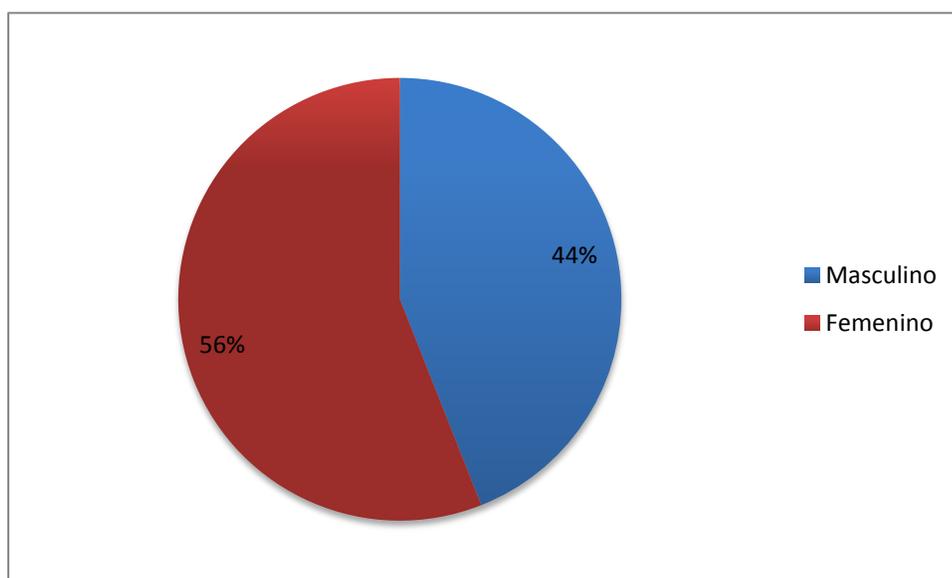
Las encuestas diseñadas junto con su aplicación y resultados constituyen únicamente una guía para orientar en la intervención con esta población, de ninguna manera se intenta dar estos resultados un valor de inferencia estadística, paramétrica o probabilística, su valor radica en orientar, explorar y describir la problemática determinada.

CAPITULO V. ANÁLISIS DE RESULTADOS

Este apartado está integrado por tres secciones, en el primero se describen los resultados de la encuesta exploratoria que sirvió de base para la conformación del taller “Educación sexual para mitigar mitos”, en el segundo apartado se muestra los resultados de la encuesta “mitos” que sirvió para poder evaluar los impactos del taller y en el tercero se presenta aspectos cualitativos resultantes del taller impartido a los adolescentes.

5.1 Resultados de encuesta exploratoria

Gráfica 1. Sexo de los participantes.



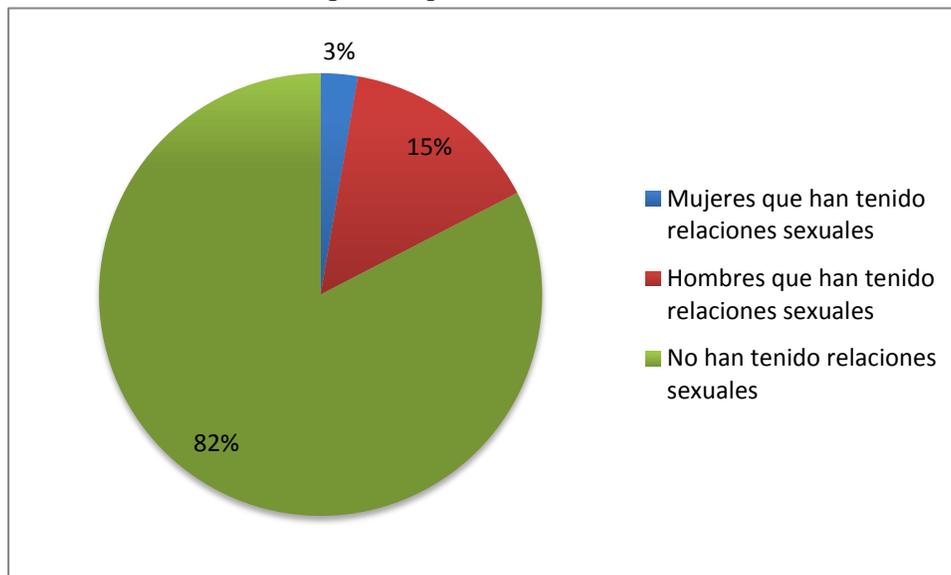
Fuente: Elaboración propia. Se muestra el porcentaje del sexo de los participantes.

En la gráfica 1 se muestra los porcentajes de la población de 109 adolescentes encuestados divididos por sexo, siendo 56% mujeres y el 44% son hombres.

¿Has tenido relaciones sexuales?

Los resultados de la población que ha tenido relaciones sexuales se muestran en la siguiente gráfica, separando por género los que han tenido relaciones sexuales y la restante población que se ha abstenido.

Gráfica 2. Participantes que han tenido relaciones sexuales.



Fuente: Elaboración propia. Se muestra el porcentaje de alumnos que tienen experiencia sexual.

En la gráfica 2 se expone en porcentajes la población que ha tenido relaciones sexuales, siendo 3% de las mujeres, 15% en los hombres y el 82% restante de la población que no ha tenido relaciones sexuales. Esto indica que el 18% de la población ha iniciado su vida sexual a una temprana edad.

¿Qué crees que es la sexualidad?

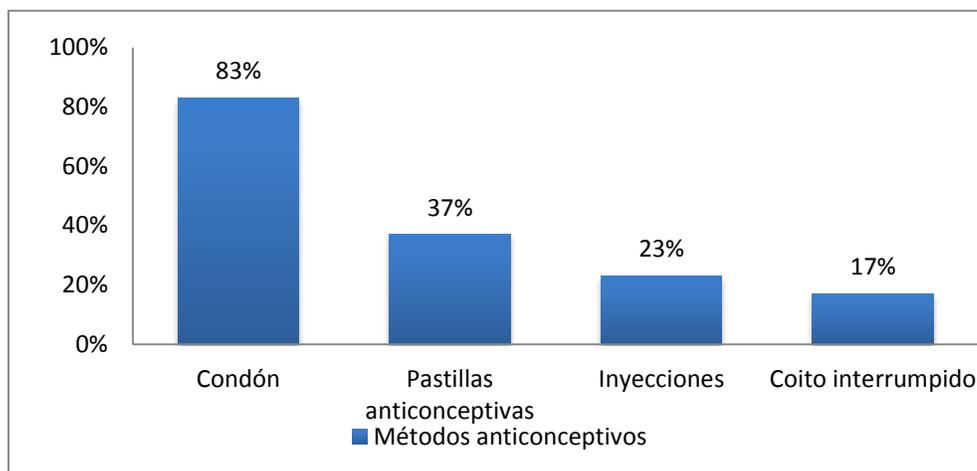
Las respuestas de los adolescentes a la previa pregunta fueron expresadas de maneras diversas pero similares en el contenido y concepto. Las respuestas que se presentaron con mayor

frecuencia fueron: El 23% de los hombres y el 67% de las mujeres emitieron de esta manera su respuesta: “La sexualidad es una expresión del amor y pasión de una persona hacia otra”. El restante de 77% de las hombres y el 33% de las mujeres emitieron su respuesta de esta manera: “La sexualidad es el acto sexual coital y oral que realizan los hombres y las mujeres”. De las respuesta emitidas por los adolescentes ninguna fue de la definición conceptual de sexualidad, todas las respuestas describían a la sexualidad como una característica de vinculación emocional y sexual que tienen dos personas. En la mayoría de las mujeres entendían a la sexualidad con un carácter primordialmente emocional y en caso de los hombres la respuesta fue más enfocada a un acto sexual.

¿Cuáles son los métodos anticonceptivos para prevenir un embarazo?

Los métodos mencionados por los adolescentes se muestran con la siguiente gráfica.

Gráfica 3. Métodos anticonceptivos que conocen los adolescentes.

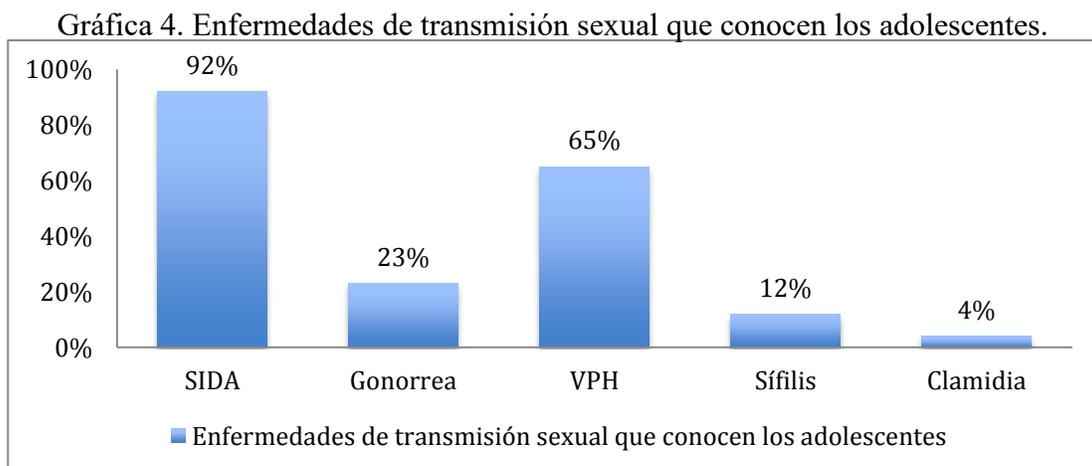


Fuente: Elaboración propia. Se muestran en porcentajes los métodos para prevenir embarazos que conocen los adolescentes.

En la gráfica 3 se muestran los métodos más comunes para los adolescentes, siendo el preservativo masculino mencionado con mayor frecuencia con un 83%, las pastillas anticonceptivas con un 37%, las inyecciones anticonceptivas con un 23% y el coito interrumpido con un 17%. La pregunta estaba enfocada a los métodos seguros que conocían los adolescentes, sin embargo las respuestas emitidas exponen al coito interrumpido como un método de posible de opción. Las respuestas emitidas por los participantes en su mayoría responden a la gama de métodos anticonceptivos considerados seguros, el hecho que se presente el coito interrumpido como un método anticonceptivo, refleja la creencia de un mito y una conducta que pone en riesgo la salud de los adolescentes.

¿Qué sabes acerca de las enfermedades de transmisión sexual?

Las respuestas de los adolescentes se muestran en dos gráficas, en la primera están los padecimientos de infección sexual que expresaron los adolescentes y en la segunda gráfica se muestra las características generales de las enfermedades más mencionadas por los adolescentes

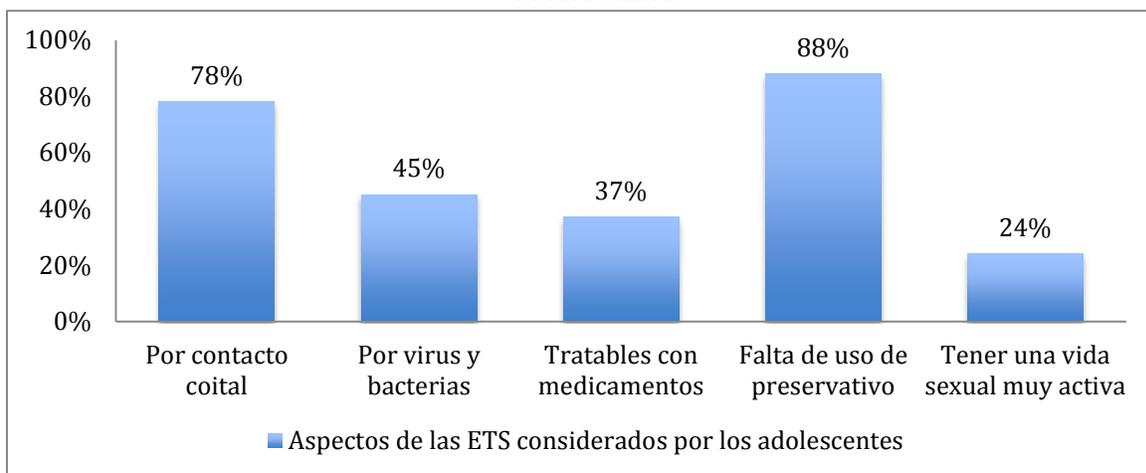


Fuente: Elaboración propia. Se muestran en porcentajes las enfermedades de transmisión sexual que conocen los adolescentes.

En la gráfica 4 se muestran al SIDA como la enfermedad de transmisión sexual más conocida entre los adolescentes, posteriormente al virus del papiloma humano con un 65%, en lo sucesivo fue la Gonorrea con 23% y por último la Clamidia con 4%. El VPH fue la enfermedad mayormente mencionada en las mujeres, del 65% de la población que menciono el padecimiento, el 53% fueron mujeres y 12% hombres que conocen este padecimiento. La mayoría de la población esta consiente de la existencia de las enfermedades y las maneras de contagio, sin embargo mostraron escasa información sobre sus características, como son en su sintomatología, dicho aspecto es una información crucial en la detección temprana de una infección de transmisión sexual, por lo tanto es un aspecto que se necesario a detallar y profundizar para el bienestar de los adolescentes.

Las características de las ETS mencionadas por los adolescentes, se muestran con la siguiente gráfica.

Gráfica 5. Características de las enfermedades de transmisión sexual que conocen los adolescentes.



Fuente: Elaboración propia. Se muestran en porcentajes las características más frecuentes emitidas por los adolescentes.

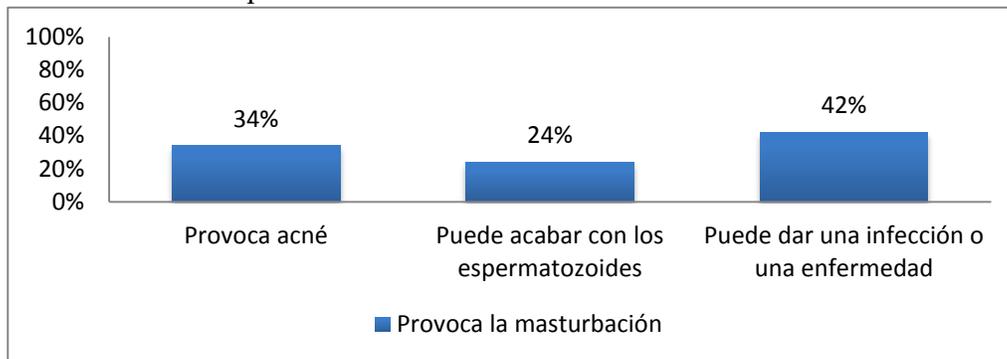
En la gráfica 5 se muestran los aspectos de las ETS con mayor frecuencia emitidos por los adolescentes, la respuesta fueron las siguientes: Las ETS es debido por la falta del uso de un preservativo fue del 88%, las ETS debido al contacto coital fue del 78%, las ETS causadas por virus y bacterias con un 45%, muchas de las ETS son tratables con medicamentos con un 37% y las ETS debido a tener una vida sexual activa fue del 24%. Los adolescentes muestran dominio de conocimiento en características de las enfermedades de transmisión sexual y la medida de cuidado para estas, al dar las respuestas de “Las ETS son causadas por virus y bacterias”, las “ETS son debido a la falta de uso de un método preservativo seguro” y “Las ETS son por no usos condón”.

¿Qué es la masturbación? y ¿Qué provoca?

En la pregunta de ¿Qué es la masturbación?, la respuesta de los adolescentes fueron similares en concepto y contenido, por lo cual se engloban de la siguiente manera: “La masturbación es un acto de estimulación y exploración para sentir placer en el cuerpo, esto lo realiza uno mismo ya sea con la mano o con la ayuda de un objeto”.

Para la pregunta de ¿Qué provoca la masturbación?, se englobaron aspectos significativos con la siguiente gráfica.

Gráfica 6. Lo que consideran los adolescentes acerca de la masturbación.



Fuente: Elaboración propia. Se muestran en porcentajes las características acerca de la masturbación más frecuentes emitidas por los adolescentes.

En la gráfica 6 se muestra las respuestas con mayor frecuencia, siendo las siguientes; “la masturbación debe realizarse con cuidado e higiene para poder evitar una infección o una enfermedad” con un 42%, “la masturbación puede provocar acné obtuvo” 34% y “la masturbación puede acabar con los espermatozoides” con un 24%. Con las respuestas de “la masturbación provoca acné y puede que acabe con los espermatozoides”, son consideradas de un porcentaje menor del 50% de la población, sin embargo esto muestra la falta de conocimiento acerca del funcionamiento del aparato reproductor y de las implicaciones hormonales durante la adolescencia.

¿Qué es la homosexualidad?

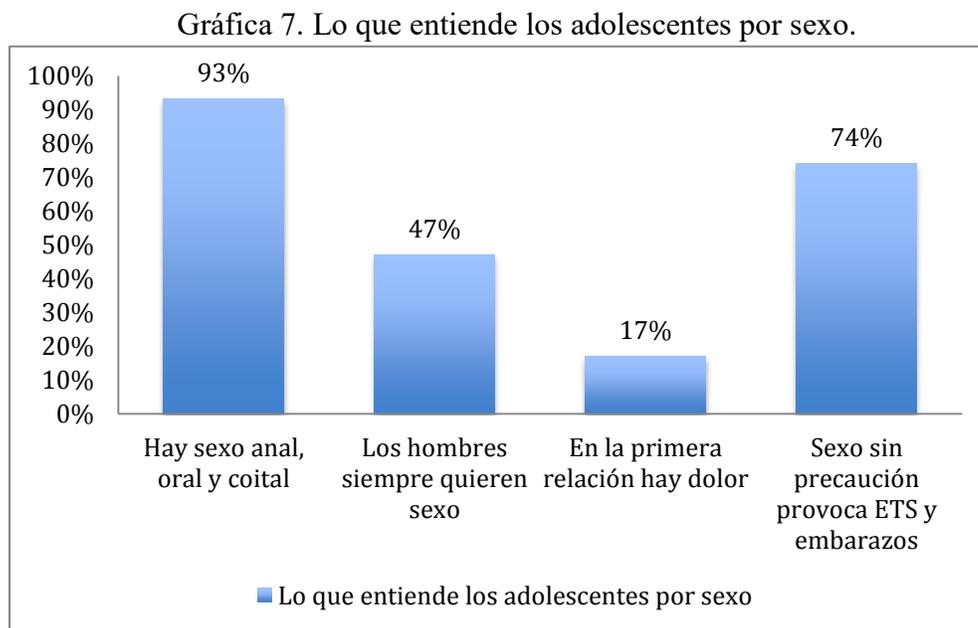
Para esta pregunta, las respuestas de los adolescentes fueron expresadas de maneras diversas pero similares en el contenido y concepto, por lo cual se sintetizó de la siguiente manera: “la homosexualidad es la atracción que tiene una persona por otra persona de su mismo sexo, esto puede deberse porque nació con este gusto, un problema en el nacimiento o en la infancia. Las

personas homosexuales se comportan a veces de manera distinta de quien no lo son y al relacionarse con personas homosexuales puede influir en la preferencia sexual”.

Los adolescentes al emitir las respuestas de “La homosexualidad se origina por un problema en nacimiento o en la infancia” y “Relacionarse con una persona homosexual puede influir en la orientación sexual”, muestran desconocimiento acerca de la orientación sexual y que se encuentran en el proceso de desarrollo y consolidación de la preferencia sexual.

¿Qué es el sexo?

La respuesta de los adolescentes de la previa pregunta se muestra con la siguiente gráfica:



Fuente: Elaboración propia. Se muestran en porcentajes las características más frecuentes entendidas por sexo en los adolescentes.

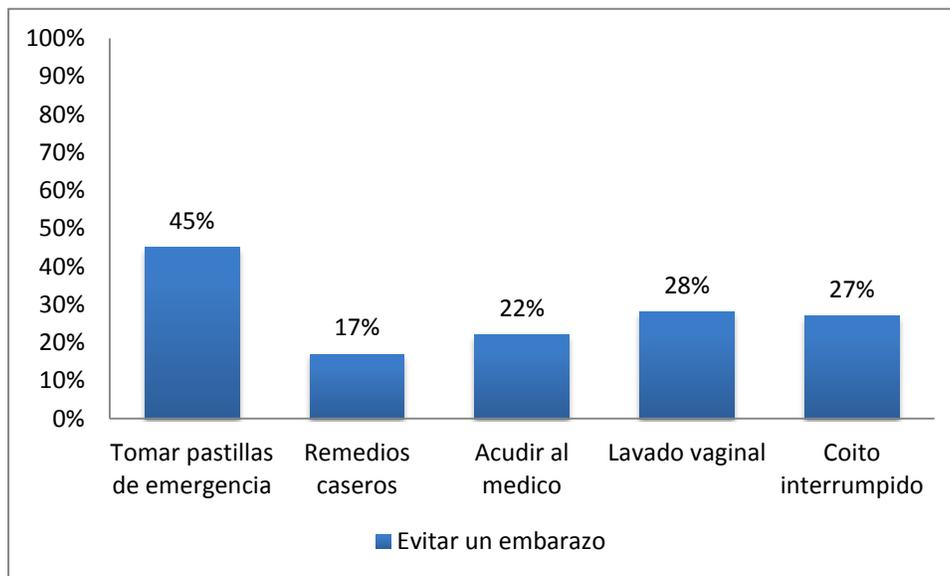
En la gráfica 7 se muestra las respuestas con mayor frecuencias consideradas por los adolescentes al preguntarse sobre sexo. La respuesta que “el sexo es una actividad que se realiza vía anal, oral y vaginal” tiene un 93%, la respuesta del “sexo sin precaución provoca ETS y embarazos” tuvo fue del 74%, en la respuesta de “los hombres siempre quieren sexo” es del 47% y la respuesta “el sexo por primera vez provoca dolor y sangrado” es del 17%.

El entendimiento de sexo por parte de los adolescentes está situado en el concepto de relaciones sexuales, fueron nulas las respuestas de la definición conceptual de sexo, como la división o identidad biológica de macho y hembra. En lo que concierne a las respuestas emitidas por los adolescentes, es importante resaltar la respuesta de “los hombres solo piensa en sexo”, del 47% el 31% fueron mujeres, con lo cual es una creencia que se presenta con mayor frecuencia en esta población. Con la respuesta de “La primera relación sexual hay dolor y sangrado”, el 10% fueron mujeres y 7% hombres que emitieron esa respuesta, con esta respuesta se muestra la creencia que la primera relación sexual de una mujer debe ser un acto en que experimente dolor, además los porcentajes muestran que no hay una cantidad importante de diferencia en las dos poblaciones de esta creencia. Con el 74% en la respuesta de “el sexo sin precaución provoca enfermedades de transmisión sexual y embarazos”, implica que la mayor parte de la población tienen el conocimiento de las implicaciones posibles de tener una relación sexual sin el uso de un método anticonceptivo.

Si una pareja tienen relaciones sexuales sin protección ¿Qué se puede hacer para evitar un embarazo?

La respuesta a esta pregunta se muestra en la siguiente gráfica.

Gráfica 8. Acciones de los adolescentes para evitar un embarazo.



Fuente: Elaboración propia. Se muestran en porcentajes las medidas de prevención de un embarazo no deseado más frecuentes que contemplan los adolescentes.

En la gráfica 8 se muestra algunas de las medidas o de las acciones que realizarían los adolescentes al tener una relación sexual sin el uso de un preservativo. La respuesta de tomar la pastilla de emergencia fue del 45%, en la respuesta de remedio caseros fue del 17%, el lavado vaginal fue del 28% que la emitió, el coito interrumpido con un 27% y acudir a consulta médica con un 22%. El 45% de la población considera un método anticonceptivo seguro, que son las pastillas anticonceptivas, sin embargo las condiciones de uso de este método son específicas para evitar consecuencias adversas. El 17% de la población llega a considerar remedios caseros, los cuales no son métodos fiables y que pueden provocar efectos perjudiciales en la salud de quien lo

consume. El coito interrumpido y el lavado vaginal son acciones que no tiene efecto como medida en la prevención del embarazo no deseado, sin embargo fueron contempladas por esta población. A pesar que la población mostro tener conocimiento de aspectos de educación sexual, llegan a expresar creencia que contraponen su conocimiento de medidas de prevención.

5.2 Resultados de la encuesta de mitos. (Antes y después).

Como preguntas complementarias a la encuesta se añadieron la pregunta de ¿ha tenido relaciones sexuales? y ¿ha recibido información sobre educación sexual?. La primera pregunta se realizó con la finalidad de comparar los resultados de la respuesta exploratoria, y la segunda pregunta se implementó para conocer sobre la preparación de educación sexual que tienen los adolescentes.

Para la pregunta comparativa se muestra la siguiente tabla.

Tabla 1. Participantes que han tenido relaciones sexuales.

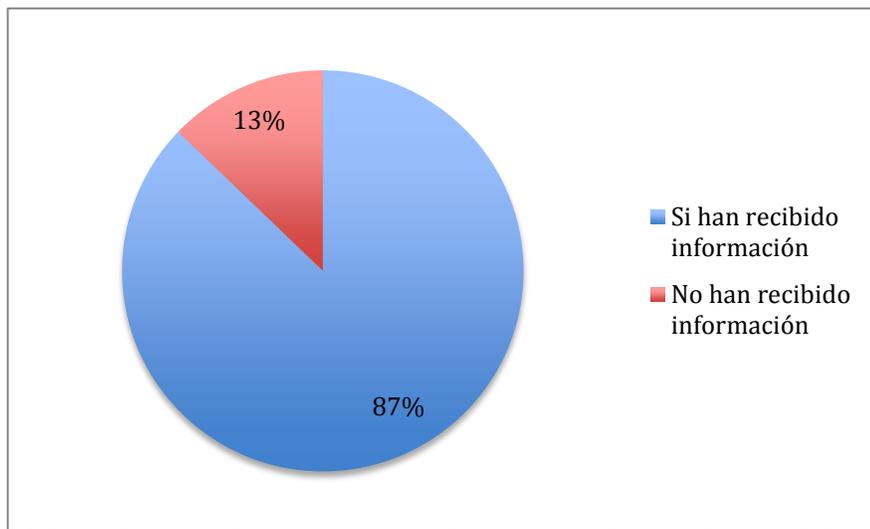
Han tenido relaciones sexuales.	Mujeres	Hombres	No han tenido relaciones sexuales
En la encuesta exploratoria.	3%	15%	82%
En la encuesta de mitos	6%	12%	82%

Fuente: Elaboración propia. Se muestra el porcentaje de alumnos que tienen experiencia sexual.

En la tabla 1 se muestra que en la encuesta de mitos el 18% de los participantes indican que han tenido relaciones sexuales, siendo 6% en mujeres, 12% hombres y un 82% que no han tenido relaciones sexuales. No hubo cambios significativos en comparación de la encuesta exploratoria, pero se puede notar el aumento de porcentaje en las mujeres y la disminución en los hombres. En ambas encuestas el porcentaje de alumnos que indica que han tenido relaciones sexuales es bajo en respecto a la población total, sin embargo se contempla del imprescindible manejo adecuado de información de educación sexual, debido al temprano inicio la vida sexual de estos adolescentes, ya que su edad oscila entre los 15 y 16 años de edad.

Con la pregunta de ¿ha recibido información sobre educación sexual?, se muestra los resultados en la siguiente gráfica.

Gráfica 9. Participantes que han recibido información sobre educación sexual.



Fuente: Elaboración propia. Se muestran los porcentajes de los participantes que han recibido información sobre educación sexual.

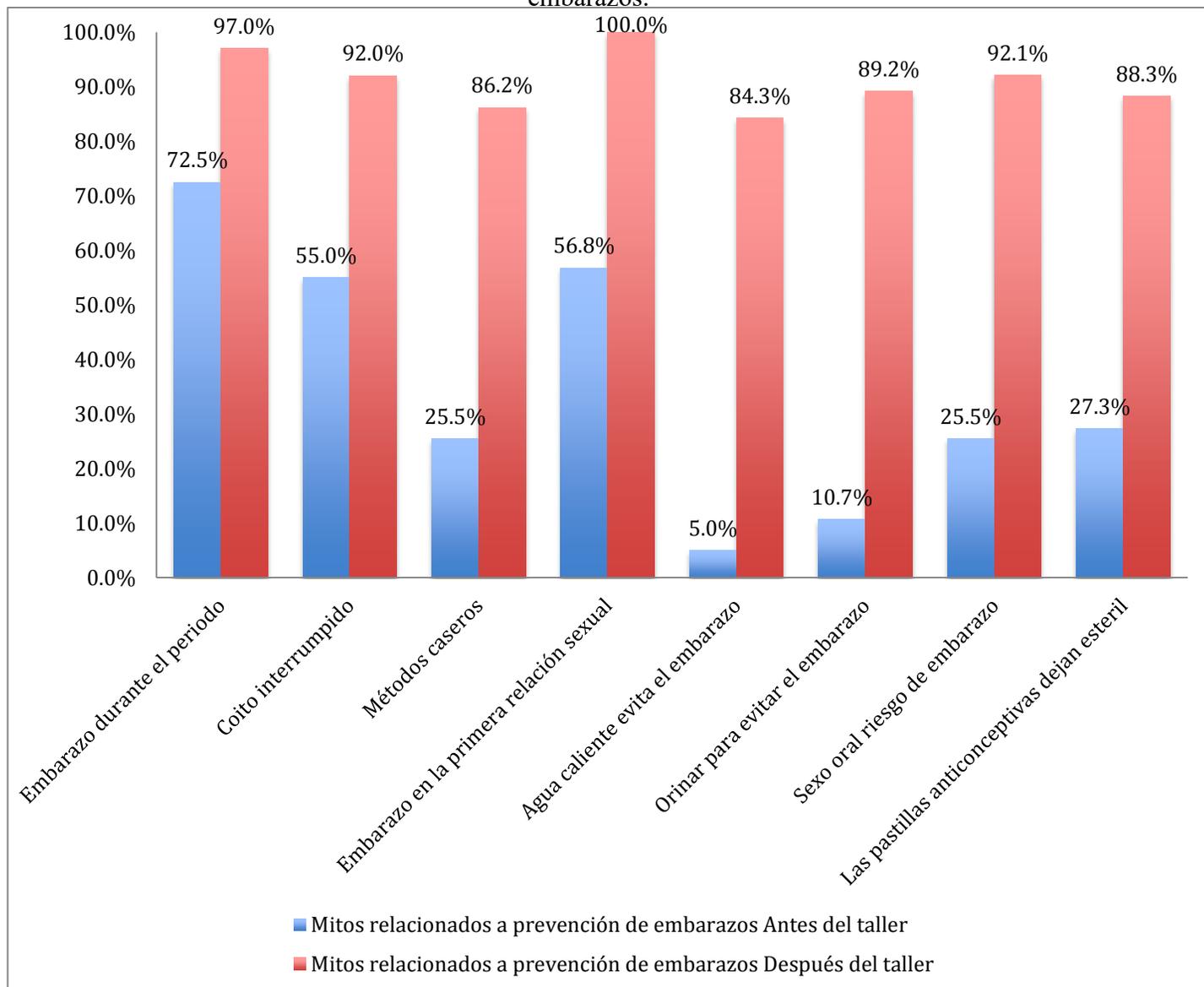
En la gráfica 9 se expone que el 87% de los participantes afirma que ha recibido información sobre educación sexual, dicho porcentaje representa más de la mitad de la población total. Este aspecto muestra que la mayoría de los participantes tienen un manejo de información en métodos anticonceptivos y de infecciones de transmisión sexual. La población con que se trabaja tiene conocimiento esencial sobre educación sexual, los participantes antes del taller eran capaces de mencionar de 3 a 4 métodos anticonceptivos describiendo con escasas o nulas características, además de conocer las vías de transmisión sexual, como 4 padecimientos de esta índole, en que solo registraban 1 a 2 características de cada padecimiento.

Para mostrar los resultados de la encuesta de mitos de la sexualidad esta dividía en mitos sobre las infecciones de transmisión sexual, mitos en la prevención del embarazo, relacionados a la homosexualidad y otros mitos, por lo cual los resultados se muestran en dicha división.

5.2.1 Prevención de los embarazos

En la sección de mitos de la prevención de embarazo, se muestran el resultado con la siguiente gráfica.

Gráfica 10. Resultado de la encuesta de “Mitos en la sexualidad” relacionado a la prevención los embarazos.



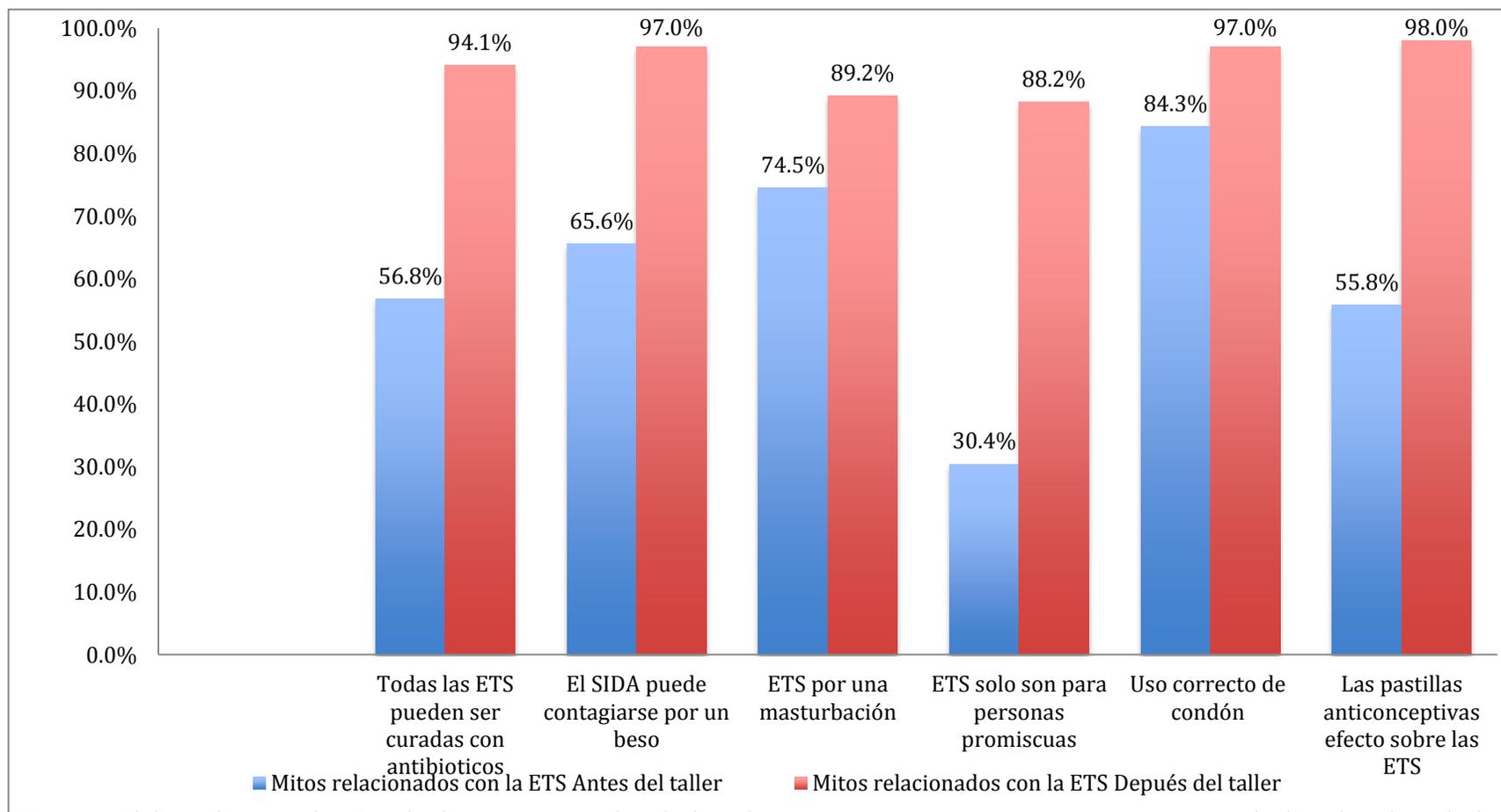
Fuente: Elaboración propia. Resultados en porcentajes de los alumnos que contestaron correctamente en relación a mitos de prevención de los embarazos antes, del taller y después del taller.

En la gráfica 10 se muestra los resultados de la encuesta de mitos relacionado a la prevención de los embarazos, aplicada a los adolescentes antes y después del taller, los participantes de secundaria obtuvieron bajos porcentajes de marcación correcta en 6 de los 7 mitos relacionados a la prevención del embarazo, como ejemplo; en el mito de utilizar el agua caliente como ducha vaginal para evitar un embarazo, en el cual el 5% marcaron correctamente, sin embargo posterior al taller subió a un 79.3%, así como el mito de orinar después de la relación sexual para evitar un embarazo había 10.7% que marcó de manera correcta, y posteriormente al taller impartido subió con un 78.5%, al contemplar el mito de uso de métodos caseros para la prevención de un embarazo no deseado fue del 25.5%, posteriormente del taller subió un 60.7%, el mito del coito interrumpido al termino taller subió un 37%, así como el mito del no embarazarse en la primera relación sexual obtuvo un avance del 43.2%, en el mito del sexo oral hay posibilidad de embarazo tuvo un aumento del 66.6% y el mito que las pastillas anticonceptivas provocan esterilidad obtuvo un aumento del 61%. Los mitos que hubo mayor cambio fueron: El uso de agua caliente para evitar embarazo, orinar después de una relación sexual para evitar un embarazo y el uso de métodos caseros para evitar un embarazo. La información proporcionada del taller tuvo efecto sobre los mitos de este aspecto, el conocimiento de los adolescentes estaba enfocado solo en los métodos anticonceptivos, el desconocimiento estaba en las características de los aparatos reproductores como de las implicaciones fisiológicas que tienen estos durante el acto reproductivo.

5.2.2 Infecciones de transmisión sexual

Los resultados de la encuesta de los mitos relacionados a las infecciones de transmisión sexual se muestran en la siguiente gráfica.

Gráfica 11. Resultados de la encuesta de “Mitos en la sexualidad” relacionado a la infecciones de transmisión sexual.



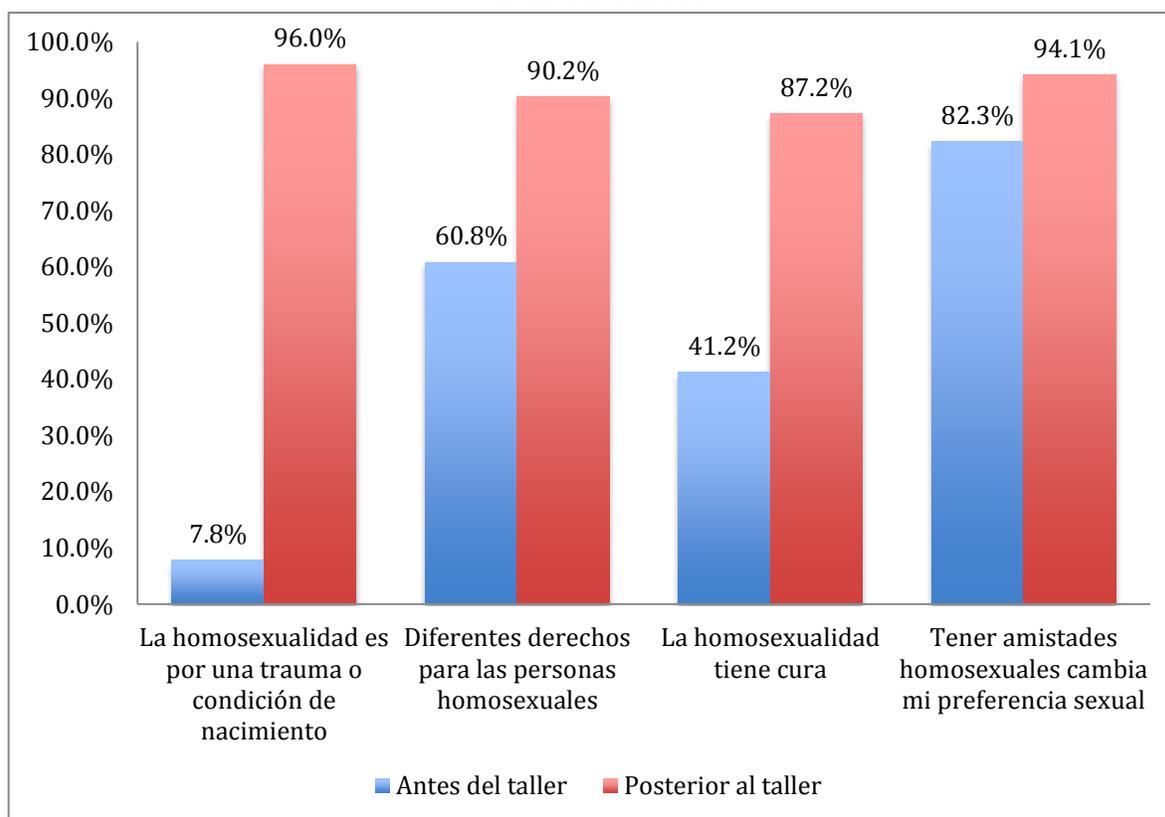
Fuente: Elaboración propia. Resultados en porcentajes de los alumnos que contestaron correctamente en relación de mitos de las infecciones de transmisión sexual antes y después del taller.

En la gráfica 11 se muestra los resultados de la encuesta de mitos aplicada antes y después del taller en referencia a las enfermedades de transmisión sexual, los porcentajes de adolescentes que marcaron correctamente al terminó del taller ascendieron de un 12.7% a un 57.8%, por ejemplo en el mito de “Las ETS son solo para personas promiscuas” antes del taller era del 30.4% y al término de este fue del 88.2%, también en el mito de “Las pastillas anticonceptivas tienen efectos sobre las ETS” antes del taller era del 55.8% al termino fue del 98.8% y en el mito de “Todas las ETS son curables con antibióticos” antes del taller era del 56.8% al termino ascendió a 94.1%. Antes del taller hubo porcentajes bajos de la marcación correcta en las creencias, de “Las ETS pueden ser totalmente curables”, así como el uso de “Las pastillas anticonceptivos tengan efecto sobre los padecimientos” o que “Las ETS solo le suceden a las personas promiscuas”, por lo cual refleja el desconocimiento de los adolescentes en las ciertas características que tienen los diversas infecciones, como en las medidas de precaución y de la intervención terapéutica que se tienen en los diferentes padecimientos. Los porcentajes de la marcación correcta se elevaron posterior al taller, constatando la efectividad de la información proporcionada.

5.2.3 Aspectos relacionados a la homosexualidad

En la sección de la encuesta de mitos relacionados a la homosexualidad se muestran los resultados en la siguiente gráfica.

Gráfica 12. Resultados de encuesta de “Mitos en la sexualidad” relacionados a la homosexualidad.



Fuente: Elaboración propia. Resultados en porcentajes de los alumnos que contestaron correctamente en relación a mitos sobre la homosexualidad antes, del taller y después del taller.

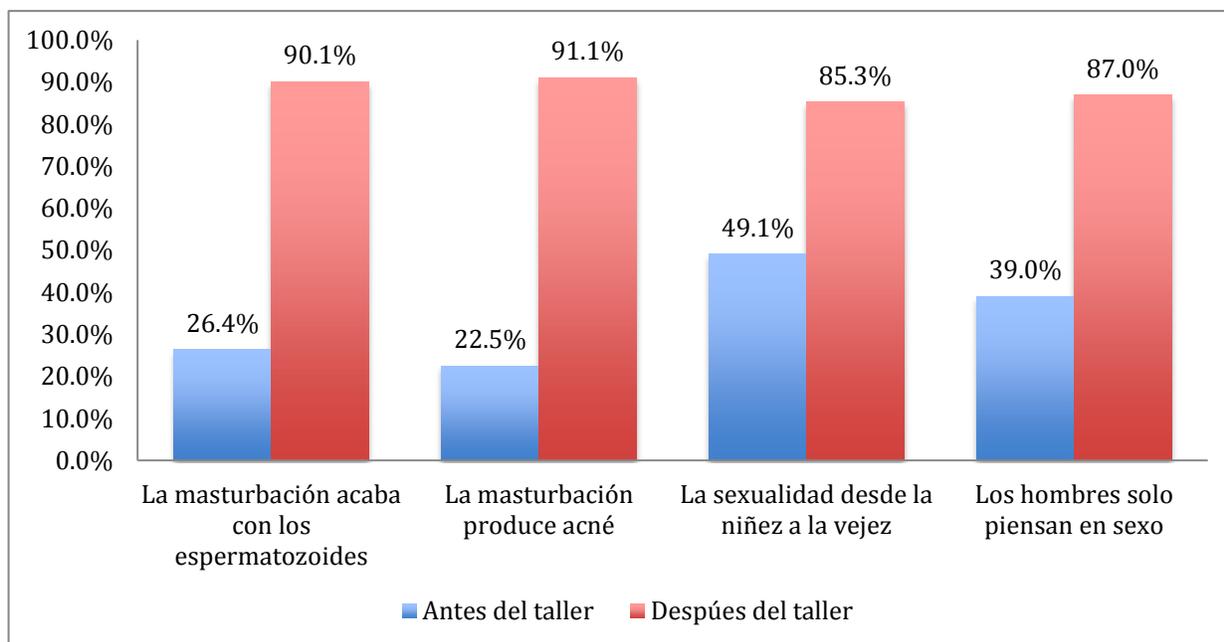
En la gráfica 12 se muestran los resultados de mitos relacionados a la homosexualidad, primeramente con 7.8% de adolescentes marco correctamente en el mito de “La homosexualidad es debido a una condición de nacimiento”, aumento un 96% al terminar el taller, el mito de “La

homosexualidad tiene cura” obtuvo 41.2% de marcación correcta, al termino de taller aumento a un 87.2% y el mito de “Se necesitan tener diferentes derechos sexuales las personas homosexuales”, obtuvo un 60.8% que aumento a un 90.2%. El cambio de estas creencias fueron por el entendimiento de la homosexualidad en su concepto y origen, la falta de conocimiento de este tema y las creencias culturales propiciaba mitos al respecto, al considerar como anormal en la procreación.

5.2.4. Otros mitos

Con la encuesta de mitos sexuales se muestran los resultados de marcación correcta que obtuvieron los adolescentes antes y después del taller.

Gráfica 13. Mitos relacionados a la sexualidad



Fuente: Elaboración propia. Resultados en porcentajes de los alumnos que contestaron correctamente en relación a mitos relacionados a la sexualidad antes, del taller y después del taller.

En la gráfica 13 se muestran los resultados de la encuesta de mitos, en esta se muestra el ascenso de la marcación correcta en los mitos por parte de los adolescentes, por ejemplo: en el mito de la masturbación en exceso acaba con los espermatozoides, obtuvo primeramente un 26.4% y al término del taller se situó en un 90.1%, en el mito de la masturbación provoca acné obtuvo un 22.5% y al término del taller fue del 91.1%, en el mito de la sexualidad desde la niñez a la vejez fue del 49.1%, al término del taller llegó a un 85.3% y en el mito si los hombres solo piensa en sexo, antes del taller obtuvo un porcentaje del 39.0%, al término del taller fue del 87%. Los mitos relacionados a la masturbación (La masturbación acaba con los espermatozoides y puede provocar acné) emitidos por los adolescentes, se vinculan al desconocimiento que tienen en las características del aparato reproductor masculino y de los cambios puberales.

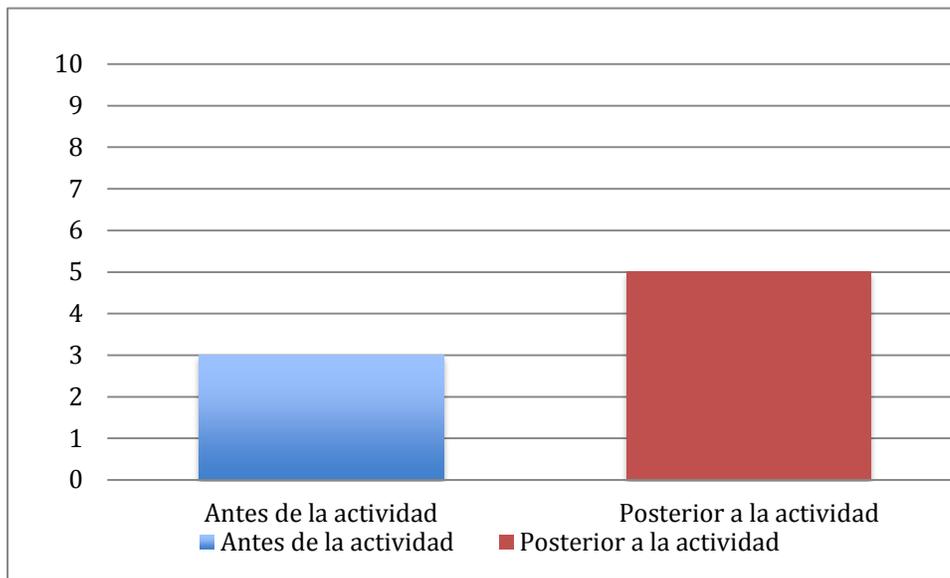
5.3 Aspectos cualitativos del taller de educación sexual para mitigar mitos

Se muestran los resultados actividades y cuestiones sobresalientes que se desarrollaron durante el taller. Para su mejor entendimiento los resultados están mostrados con las actividades que tuvieron un impacto significativo con los adolescentes.

5.3.1 Actividad relacionada a las infecciones de transmisión sexual

Para mostrar los resultados de aprendizajes de los adolescentes, se realizó una comparativa de las infecciones de transmisión sexual y sintomatología que conocen los adolescentes. Los resultados se muestran con la siguiente gráfica.

Gráfica 14. Conocimiento sobre infecciones de transmisión sexual.



Fuente: Elaboración propia. Se muestra la cantidad de padecimiento de transmisión sexual que conocen los adolescentes antes y después del taller.

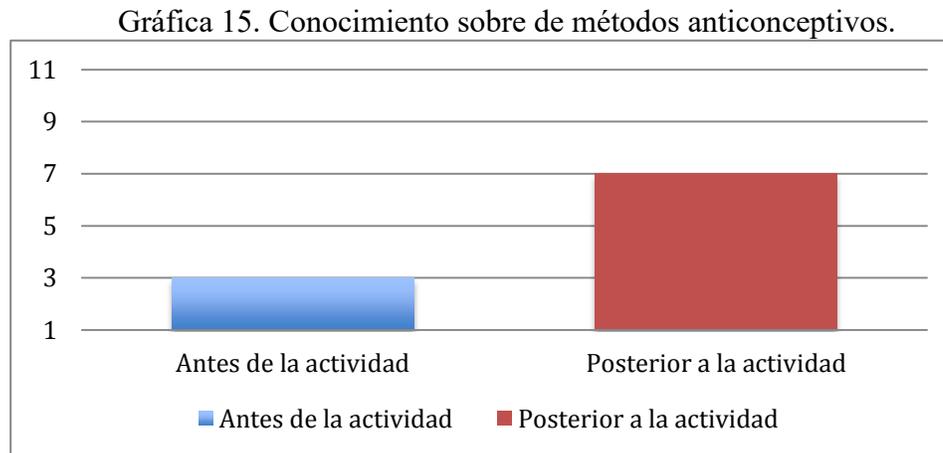
En la gráfica 14 se muestra el resultado de la actividad de trabajo durante el taller, en la cual los adolescentes se formaron en quipos de 5 integrantes, se le plantearon las preguntas de, ¿Qué infecciones de transmisión sexual conocen? y ¿Qué características tiene?, las preguntas fueron realizadas nuevamente al terminar las series de actividades. Se encontró que la población manejaban información de infecciones de tipo sexual, pero sin el conocimiento para poder diferenciar algunos padecimientos y su sintomatología, entre los padecimientos más conocidos fueron la sífilis, gonorrea y VIH, en el caso de la población femenina tenían un mejor conocimiento del virus del papiloma humano, además contemplaban que el no uso, o uso inadecuado de un preservativo los ponían en riesgo en una relación sexual. En la actividad de retroalimentación realizada, los adolescentes manejaban 6 infecciones de transmisión sexual, las cuales fueron vaginitis, clamidia, sífilis, gonorrea, VPH y VIH, pudiendo describir de 4 a 5 características y síntomas de cada padecimiento.

Posteriormente de una exposición acompañada de una actividad de actuación por parte de los adolescentes, en que simularan ir a una consulta médica mencionando síntomas, para que sus demás compañeros pudieran inferir de la infección de transmisión se trataba, con esta actividad los adolescentes compartieron algunas consideraciones como: En expresiones de 2 adolescentes mencionaban que tenían la experiencia de tener relaciones sexuales, compartieron que en algunas ocasiones no tuvieron precaución en usar preservativo, porque no consideraban o les preocupaba la idea de padecer una enfermedad, debido al juzgar a la persona con quien tenían relaciones sexuales, lucía de manera saludable por su aspecto físico y además no les preocupaba en ese momento la posibilidad de un embarazo. Al igual en otra expresión 11 hombres manifestaron y consideraban que el uso de dos preservativos masculinos podría hacer más eficiente la protección del contagio de las enfermedades, argumentando que podría darle más protección debido a la doble capa de látex. En otra expresión 11 hombres y 3 mujeres plantearon que era poco probable contagiarse de algún padecimiento en la primera relación sexual, y que es posible impedir el contagio de las infecciones al momento de terminar la relación sexual limpiando los genitales con sustancias para la limpieza, como es el cloro en combinación con abundante jabón. Debido a las consideraciones anteriores, se muestra que los adolescentes necesitaban tener un mejor conocimiento de las especificaciones de uso del preservativo masculino, como de otros métodos anticonceptivos y de las características que tiene el contagio de una infección. La despreocupación por padecer una infección de pesar de no tener protección, en buena medida puede referirse a un aspecto de la adolescencia, en que la maduración en esta etapa, se caracteriza por tener poca planificación y prevención de las consecuencias de los actos.

5.3.2 Actividad relacionada en prevención de los embarazos

Para mostrar los resultados de aprendizajes de los adolescentes, se realizó una comparativa de la cantidad de métodos anticonceptivos y sus especificaciones de uso que conocen los adolescentes.

Los resultados se muestran con la siguiente gráfica.



Fuente: Elaboración propia. Se muestra la cantidad de métodos anticonceptivos que conocen los adolescentes antes y después del taller.

En la gráfica 15 se muestra el resultado de la actividad de trabajo de equipos, en el que se les preguntó, ¿Qué métodos anticonceptivos conocen? y ¿Qué características tienen?, las preguntas fueron realizadas nuevamente al terminar las series de actividades. Los participantes llegaron a mencionar de 3 a 4 métodos anticonceptivos, los cuales fueron: El dispositivo intrauterino, preservativo masculino, pastillas anticonceptivas y pastilla de emergencia, reportando de 1 o 2 características que pudieron describir de cada método. Posteriormente en la actividad de retroalimentación los participantes eran capaces de mencionar de 6 a 7 métodos anticonceptivos, los cuales fueron: el preservativo masculino y femenino, parche transdérmico, pastilla de

emergencia, dispositivo intrauterino, espermicida con diafragma y métodos quirúrgicos, de los cuales podían describir entre 2 a 4 características o condiciones de uso de cada método.

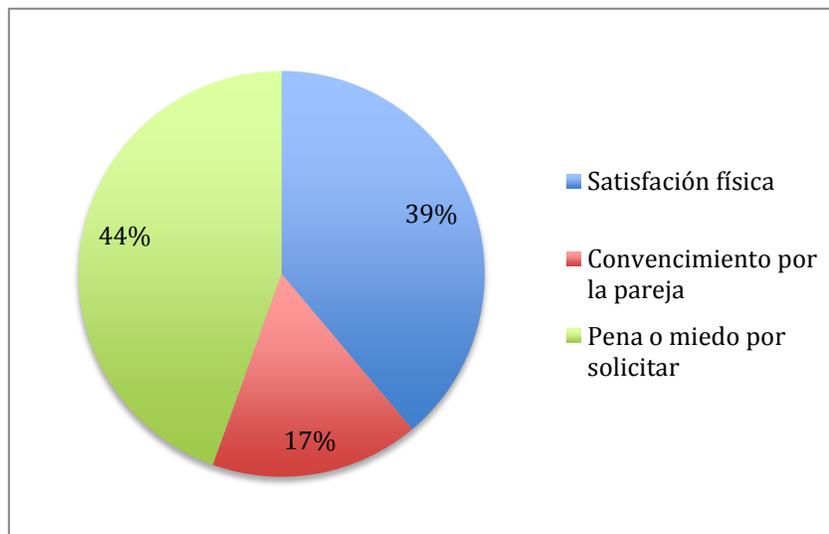
A los participantes se les expuso una serie de gama de métodos anticonceptivos y las implicaciones de un embarazo, enseguida se les pidió plasmaran en una hoja blanca el método que más les agradaba, y se les pidió que en pares se explicaran uno a otro, el motivo o razón que le agrada dicho método anticonceptivo, esto dio apertura al diálogo con lo cual se encontró como: El mito de uso de métodos caseros para prevenir el embarazo sirvió como parte de un planteamiento durante el taller, en la que se expresaron dudas como: Si el uso de un té o de algunas hierbas son efectivas para provocar un aborto, dicha información de los alumnos la obtuvieron por internet, por comentarios de amigos y familiares. A pesar que la mayoría de los participantes consideraban que el preservativo masculino era lo más adecuado para prevenir un embarazo no deseado y de tener información en métodos anticonceptivos, mostraban desconocimiento y creencias en algunos mitos sobre medidas para prevenir el embarazo como; en el coito interrumpido, que con la encuesta se refleja en la marcación correctamente el 55% (ver gráfica 10), además con aportación de 9 participantes hombres, expresaron y manejaban la creencia del coito interrumpido como un método para prevenir el embarazo, que si bien no era del todo efectivo mencionaban a base de su experiencia, han tenido un resultado favorable. En otra expresión 2 mujeres y 4 hombres consideraban que posiblemente el mito de la ducha vaginal con agua caliente o fría posterior al coito, era un método para prevenir el embarazo, de la misma manera 3 mujeres consideraban que el uso de abundante jabón durante la relación sexual podría ser un método regularmente confiable para eliminar los espermatozoides. En la población femenina resaltaba la duda del uso de las pastillas anticonceptivas, ya que tenían la creencia y el temor que el uso de este método puede afectar su salud y en su fertilidad, debido la carga

hormonal de las pastillas. Con las previas consideraciones de los adolescentes, representan una muestra de falta de conocimiento en aspectos de especificaciones de uso de los métodos anticonceptivos y conocimiento de la fisiología de la reproducción.

Con el aprendizaje del uso adecuado del preservativo masculino, se observó que las mujeres mostraban una mejor técnica para abrir y colocar el preservativo masculino, dicha circunstancia puede deberse a la mejor capacidad que tiene las mujeres en la motricidad de pinza fina.

Conforme el desarrollo de la actividad se encontró algunas causas por la cual los adolescentes no llegan a usar métodos anticonceptivos, las cuales se muestran con la siguiente gráfica.

Gráfica 18. Causas de no usar métodos anticonceptivos.



Fuente: Elaboración propia. Se muestra en porcentajes las causas de no usar métodos anticonceptivos en adolescentes con experiencia sexual.

En la gráfica 18 se muestra las causas que los adolescentes indicaron que algunas veces no usan un método anticonceptivo, el 39% de los participantes de los cuales eran hombres indicaron que algunas veces no usaron el preservativo masculino, esto debido a que sienten mayor

satisfacción física sin el uso de este. En el caso del 17%, que eran mujeres, indicaron que algunas veces no usaban el preservativo masculino u otro método anticonceptivo debido a que su pareja les convencía en no usarlo, en lo cual ellas accedían debido al afecto y cariño que le tienen a su pareja. El 44% de participantes, que eran de ambos géneros, señalaron que algunas veces no usan el preservativo masculino por temor o pena por solicitar o comprarlo en las farmacias, ya que consideran que pueden recibir un regaño o rechazo.

5.3.3 Actividad relacionada a la homosexualidad

En el tema de la convivencia constante con personas de diferente preferencia sexual, que puede influir en un cambio de preferencia sexual, fue tomado como un breve tema de discusión entre los participantes, ya que algunos argumentaban, que la preferencia sexual puede ser una característica aprendida, mientras que la otros participantes consideraban, a la homosexualidad, como una característica de nacimiento. Con los resultados de la encuesta aunado con la participación de los adolescentes, se obtuvo que los jóvenes consideran la homosexualidad como un aspecto natural, que a su vez, puede ser una denominación utilizada como burla hacia otro compañero masculino, sin embargo este un comportamiento es consensuado por los miembros del grupo de amistad, en su mayoría de la población (96 participantes) no tiene problemas en aceptar una amistad o convivencia con una persona con preferencia homosexual.

Se identificaron 4 participantes con ideas arraigadas sobre la homosexualidad, ya que pese a la explicación, estos participantes consideran que la homosexualidad es una característica que no les agrada y que no tendrían una amistad con otro joven que tenga una preferencia homosexual, debido a que no entran a su entendimiento de masculinidad.

5.3.4 Resultados significativos de diversas de actividades

Algunos mitos como los hombres solo piensan en sexo, las mujeres durante la primer relación sexual les debe de doler mucho y sangrar, si un pene más largo es sinónimo de más satisfacciones, si te masturbas mucho te sale acné, fueron utilizados como premisas para la apertura de opiniones e ideas para que los adolescentes expresaran sus creencias, comentarios y preguntas, las cuales fueron cada vez más profundas y en un plano personal.

En el transcurso del taller los adolescentes mostraron sus inquietudes sobre los mitos que existen, como ejemplo, que la masturbación excesiva produce acné y que la masturbación acaban con los espermatozoides, los cuales fueron temas de una breve discusión, lo cual dio apertura a los comentario de 3 participantes mujeres, que indicaron a la masturbación como un aspecto que no les parecía normal en ellas, por su parte los hombres mostraron cierta incertidumbre sobre los estímulos que pueden provocar placer en una mujer.

Conforme en la dinámica del taller se encontró que algunos participantes manejaban creencias como: Si una mujer es la que empieza la actividad de flirteo, era señalada como una chica “Fácil o Zorra” o es considerada como chica que está deseosa de tener una experiencia sexual.

CAPITULO VI. CONCLUSIÓN Y DISCUSIÓN

Los adolescentes manejaban un conocimiento limitado acerca de las infecciones de transmisión sexual, son capaces de determinar las vías de transmisión y pueden mencionar algunos padecimientos de esta índole, además de tener una noción acerca de los diferentes tipos de preservativos que existen, este manejo de información es esperado ya que en el 2014 con la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, se encontró que el 98.7% de la población de adolescentes de zonas urbanas, reportó haber obtenido información sobre enfermedades de transmisión sexual y de métodos anticonceptivos (INEGI, 2011), además en la educación secundaria contempla en su curricula, con materias que orienten la salud sexual de los adolescentes (SEP, 2015). Este es un aspecto podría considerarse favorable ya que el 18% de esta población ya había iniciado su vida sexual, estos adolescentes están en la edad 15 a 16 años, que de acuerdo a las estadísticas, es la edad promedio en México del inicio la vida sexual (ENADID, 2014).

Los adolescentes reportaban que usan con mayor frecuencia el preservativo masculino, así como lo marca el INEGI, en los adolescentes este es método confiable de mayor uso (2011), sin embargo con las aportaciones de experiencias y comentarios de los adolescentes, se mostró que manejaban mitos, ideas erróneas en la prevención de los embarazos, llegando a utilizar métodos como el lavado vaginal y coito interrumpido, dicha característica es encontrada con mayor frecuencia en adolescentes, siendo el 14.2% a nivel nacional en llegar a utilizar este tipo de actividad para prevención de embarazos (INEGI, 2011).

A pesar que los adolescentes tenían un concepto claro en la manera que se contagian la infecciones de transmisión sexual y tener conocimiento del preservativo masculino, en algunos

casos los adolescentes reportan no haber usado algún método anticonceptivo, debido que al momento de tener relaciones sexuales no consideraban o les preocupaba que podría llegar a contraer alguna enfermedad o tener un embarazo no deseado, los participantes no creen que podrían estar en riesgo su salud, esta clase de juicio de los adolescentes respecto a la prevención en las relaciones sexuales, es un aspecto esperado ya que según Craig (2001), con el pensamiento egocéntrico de los adolescentes pueden llegar a considerarse con sentimientos de invulnerabilidad, no se consideran posibles riesgos y en escasas veces llegan a considerar las consecuencias de sus actos a largo plazo, aunado al hecho de la maduración encefálica, ya que de acuerdo a Blakemore (2009) es predecible que el adolescente tenga conductas riesgosas, y de acuerdo a Logatt (2010), el adolescente tiende a buscar estímulos novedosos e inusuales. Además los adolescentes al momento de discernir si una persona puede tener alguna infección de transmisión sexual, llegan a mostrar más confianza con personas que consideran atractivas y con aspecto atlético, esto de acuerdo a Antona y colaboradores (2013), se refiere a la consideración de estereotipos por parte de los adolescentes, en que basan su juicio de acuerdo a aspectos más del tipo físico que comportamentales.

En las ocasiones de ausencia del empleo de métodos anticonceptivos de barrera, los participantes varones prefieren tener relaciones sexuales sin protección justificando que tenían una experiencia más satisfactoria, esto hecho es entendido por Rice, como una característica del adolescente que busca la satisfacción de su placer y que tiende a realizarlo de forma inmediata (1997), en el caso de las mujeres que reportaron, que en algunas ocasiones no usan métodos anticonceptivos de barrera, era debido al convencimiento de su pareja, ya que ellas accedían a este acto porque quieren y/o aman a su pareja, este hecho marca una diferencia con los hombres, ya que mientras los hombres están guiados por causa meramente de satisfacción física, en las

mujeres están comprometidos aspectos emocionales que tienen una mayor significancia para esta población, esto es lo contrario a lo considerado en Rice (1997), ya que según el autor, el adolescente en esta edad, tienen relaciones con un vago compromiso, así como Santrock (2011), los adolescentes de esta etapa durante el noviazgo no hay aspectos emocional profundos y solo se satisfacen sus necesidades emocionales, lo anterior citado difiere a lo registrado de las adolescentes que están involucradas con su pareja un significativo vínculo emocional y compromiso. Esta diferencia de géneros puede entenderse con Sanz (1995), que plantea una perspectiva cultural en la vinculación amorosa, en la que prevalecen distintos valores de acuerdo al género, es en este caso que se reflejan las características féminas de ternura, la unión, compromiso y de la relevancia de los sentimientos en la pareja.

Los participantes al preguntar por la efectividad de hierbas y té, como método para interrumpir el embarazo, mostraron sus diferentes fuentes de información, de las cuales fueron: las amistades, los familiares y el internet. La navegación por la web otorga la posibilidad al acceso de un vasto contenido de información, es así, que el internet puede utilizarse como una herramienta educativa para un autodidacta, sin embargo es necesario considerar que la información que se encuentra la web, puede llegar a ser perjudicial, ya que de acuerdo a las investigaciones del Grupo Interinstitucional de Salud en México, los adolescentes con la falta de guía o asesoramiento de la información que tienen acceso y aunado a la falta de consultas médicas, son factores que propician las ideas erróneas y conductas riesgosas que pueden afectar la salud sexual de los adolescentes (Grupo Interinstitucional, s.f.).

La indecisión de parte de algunos adolescentes, en la creencia de la convivencia constante con una persona homosexual pueda influir en la preferencia sexual, refleja la falta de información

sobre este tema, además por la falta consolidación de la identidad sexual que influye en el discernir del adolescente, esto considerado por Santrock (2011), en que la sexualidad del adolescente esta en desarrollo, como así en Velázquez (2013), ya que considera que la identidad sexual del adolescente está en un proceso de consolidarse, el cual tiene influencia en la autoimagen y el comportamiento sexual que desenvolverá en sociedad, con lo cual conlleva al adolescente a cuestionarse sobre su preferencia sexual.

El adolescente tiene la capacidad para mantener relaciones sexuales y reproducirse, sin embargo este se encuentra en desarrollo fisiológico (Mezquita, 2011), dicha cuestión influye en la adolescente embarazada, ya que existe la mayor tasa de mortalidad infantil y complicaciones de salud para la madre, durante esta etapa de la vida (INEGI, 2014), además la falta de información influye en los embarazos no planeados y en las infecciones de transmisión, siendo los adolescente lo más susceptibles ante este tipo de padecimiento (IMMS, 2014), es necesario contemplar que el adolescente se encuentra en proceso de desarrollo social, en que está en curso de afianzar una identidad, esto de acuerdo a Marcia (Craig, 2001), el cual nos menciona que el joven está en un principio en una moratoria, lo que significa la búsqueda de lo que pretende ser y el empeño por cumplir sus propósitos, esto con finalidad de tener una identidad lograda, lo anterior implica el desarrollo de madurez y autonomía junto con un equilibrio emocional y una integración idónea en la sociedad, así mismo es importante resaltar , que de acuerdo a Waterman (Santrock, 2001) el desarrollo de la identidad parte de los años anteriores del bachillerato hasta los últimos años de la universidad, además por lo marcado por Havighurst (1972), en las últimas etapas o posterior a la adolescencia se completan las tareas evolutivas, esto indica que el individuo tiene una sustentabilidad económica aunado con habilidades sociales y madurez emocionales (Rice, 1997), importante destacar los aspectos anterior citados, ya que son la madurez psicológica y sus

implicaciones sociales en el adolescente actuante independiente son imprescindibles para una vida satisfactoria.

6.1 Consideraciones

La sexualidad es un concepto amplio que muy difícilmente se puedan esclarecer todas las dudas y mitos en una sola intervención, puesto que para mitigar los mitos interviene factores sociales y culturales, que tienen ser contrarrestados con una educación sexual adecuada.

Para poder aclarar dudas y mitos sobre la sexualidad en las cuestiones de prevención del embarazo y sobre las infecciones de transmisión sexual, fue imprescindible conocimiento sobre anatomía y fisiología de los genitales masculino y femeninos, proceso reproductivo, así como el funcionamiento del sistema endocrino, debido que la información sobre estos temas fue de mayor relevancia, que los que fueron contemplados en el taller, que serían de mayor interés (temas de métodos anticonceptivos y padecimientos de índole sexual). Por lo cual sería pertinente un apartado especial, en que se explique de manera detallada la anatomía y la fisiología del aparato reproductor femenino y masculino, así como el funcionamiento hormonal implicado en el acto reproductivo.

De acuerdo a las experiencias compartidas por parte de las mujeres, que mencionan que llegan a acceder a tener relaciones sexuales sin protección, debido al cariño que tienen a su pareja, se contempla la hipótesis que en esta población de adolescentes pueden estar en una situación de manipulación y/o abuso por parte de su pareja, por lo cual se considera un replanteamiento del taller en que se aproxime de manera detallada la implementación de dinámicas, que aborden los

temas de derechos sexuales y violencia en la pareja, enfocados en la problemática previa mencionada.

La salud sexual tiene como eje de intervención a la educación sexual, como una medida preventiva, es así, que los diferentes talleres de educación sexual tienen la finalidad de dar la información suficiente y sustentable que respalde o coadyuve la salud de las personas. En los talleres de educación sexual llega hacer habitual o usual que sus bastiones sean temas de planificación familiar y/o métodos anticonceptivos, infecciones de transmisión sexual y la comprensión conceptos de sexualidad, los cuales para esta intervención se consideran insuficiente, ya que de acuerdo a los resultados son imprescindibles temas que aborden los derechos sexuales y reproductivos, violencia en la pareja, en una dinámica tanto conceptual y emocional, así como el entendimiento adecuado de la fisiología y anatomía de los aparatos reproductores y sus implicaciones en la actividad reproductiva, la masturbación y una aproximación de la participación hormonal en la adolescencia y en las relaciones sexuales, además de contemplar los factores culturales que permea sobre en la sexualidad del adolescente y la implementación de dinámicas que conlleven a la reflexión, y que contemple aspectos emocionales, es así, por lo cual, para el cumplimiento del objetivo del axioma de la educación sexual es necesario este tipo de abordaje.

6.2 Sugerencias

La finalidad del taller de educación sexual para mitigar mitos, se situaba en explorar mitos que consideraban los adolescentes y ofrecerles información que rectificar la creencia errónea. El taller contemplaba un temario y actividades que pretendían cumplir con su objetivo, sin embargo durante el desarrollo del taller, este tuvo que adecuarse a las necesidades de la población, con lo

que fue pertinente y más útil información que no fue contemplada en el temario del taller. El taller por su carácter de intervención se limita por su tiempo, es recomendable que existan espacios y tiempo en que los adolescentes puedan tener un asesoramiento y acompañamiento.

Es necesario que los docentes o un personal brinde espacios en que los adolescentes puedan tener una asesoría en cualquier momento, con la finalidad que puedan aclarar dudas, constatar información que fue consultada por conocidos o la web, y pueda ser orientado a los lugares indicados que le brinde apoyo.

Debido a los resultados, se considera importante la presencia de un profesional que pueda intervenir y dar información sobre aspectos de autoestima, violencia y noviazgo. Ya que dichas cuestiones son factores que pueden influir sobre la salud sexual del adolescente.

Como actividades de apoyo y sugerencia por parte del centro escolar, pueden realizarse dentro de las materias de Orientación Educativa o la de Biología a los jóvenes se les deje la tarea de comprar condones, para así disminuir el miedo y timidez al comprarlos. Al docente de con capacitación psicología, debe propiciar una motivación congruente y precisa, para sensibilizarlo y así poder ofrecer y cumplir con una labor humanista adecuada para los adolescentes.

A los padres de familia se les debe de brindar talleres dentro del plantel que ayude a orientarlos en temas como la autoestima, personalidad, manejo sobre conflictos, sexualidad, del cual se propicie la adecuada comunicación con sus hijos, también es sugerible propiciar un lenguaje claro para ellos y así poder explicarles detalladamente el cómo se debe de hablar sobre sexualidad con sus hijos.

En futuras líneas de investigación sería necesaria la implementación de una prueba estandarizada enfocada a los aspectos de conocimientos en prevención para la salud sexual y

mitos en la sexualidad, con el cual se obtenga un valor cuantitativo que permita comparar con certeza el aprendizaje de los participantes.

Por otra parte, al tratarse de un estudio transversal esta investigación no permite analizar con detalle aspectos de la vida de los adolescentes en relación a su sexualidad, los mitos que manejan y los que dejaron de manejarlos, y de estos mitos cuales son lo que pueden aquejar más en su vida. Sería adecuado hacer una evaluación a través de los años de la vida del adolescente, que contemple sus conocimientos sobre una sexualidad saludable y los mitos en la sexualidad. Esto permitiría tener un panorama amplio y una detallada estadística sobre los conocimientos en sexualidad de los adolescentes, con lo cual posiblemente puedan generarse modelos y guías de intervención idóneos para esta población de adolescentes.

**PROPUESTA DE TALLER DE EDUCACIÓN SEXUAL PARA MITIGAR MITOS
SOBRE LA SEXUALIDAD EN ADOLESCENTES DE TERCER GRADO DE
SECUNDARIA DE ZONA URBANA**

7.1 Justificación

Con los resultados del taller y la revisión bibliográfica sobre educación y salud sexual, se realiza un planteamiento para abordar la sexualidad en los adolescentes, esto debido a que el taller impartido fue limitado, es así, que se consideran nuevos elementos que complementan el taller que se impartió, por lo cual se contempla un diseño de entrevista que permita recolectar información relevante, con la finalidad de diseñar y construir un taller que cumpla con los objetivos planteados y necesarios para la población que se aborde, además de considerar una encuesta que constata el impacto del taller.

La población de adolescentes del tercer año de secundaria, a pesar de culminar con su nivel básico, presentaban una falta de información sobre aspectos fisiológicos y anatómicos de los aparatos reproductores y sus funciones durante la reproducción, al igual de la sintomatología de las infecciones de transmisión sexual e información errónea en métodos anticonceptivos, además de aspectos emocionales y culturales que ponen en riesgo su salud sexual, lo cual propiciaba dudas y falsas creencias entorno a la sexualidad. Por lo cual, se consideran un diseño de abordaje, en el cual se recolecten datos relevantes, un taller que se adecue a los saberes, necesidades e intereses de los jóvenes y una evaluación enfocada en creencias sobre la salud sexual.

7.2 Objetivo general

Conocer las creencias y mitigar los mitos acerca de la sexualidad que tienen los adolescentes.

7.3 Objetivos específicos

1. Brindar información detallada a los adolescentes acerca del cuidado de su salud sexual.
2. Implementar ejercicios que tengan un impacto emocional para desarrollar el autocuidado en la sexualidad.
3. Ejercer la realización de la encuestas para verificar y reforzar su efectividad.
4. Brindar confianza a los adolescentes para crear un ambiente en que se propicie la interacción.

7.4 Propuesta

Primeramente se realizará una encuesta con preguntas abiertas (ver anexo 8), con la finalidad de obtener información de los adolescentes y para adecuar el taller a las necesidades de la población.

Posteriormente se aplica el taller de educación sexual para mitigar mitos, donde se abordaron los siguientes temas:

- Concepto de sexualidad: orientación sexual, identidad sexual, género, sexo y salud sexual.
- Derechos sexuales y violencia en la pareja.
- Anatomía y fisiología humana: Hormonas androgénicas y estrógenos, aparatos reproductores femenino y masculino.

- Infecciones de transmisión sexual: Sífilis, gonorrea, clamidia, inflamación pélvica inflamatoria, vaginitis, hepatitis B, virus del papiloma humano y VIH.
- Métodos anticipativos: métodos hormonales, métodos de barrera, métodos quirúrgicos métodos no fiables y caseros.
- Mitos sobre sexualidad. (Ver anexo 9).

Debido al contenido que abarca el taller, tiene una duración de 4 horas con 50 minutos, distribuyéndolas en 4 sesiones con duración de 1 hora 13 minutos cada una. Además para llegar al cumplimiento del taller se va a requerir de diversas técnicas y materiales que faciliten el desarrollo y ejecución de la misma.

Para la realización del taller y el cumplimiento del objetivo se requiere un mínimo de 10 participantes y un máximo de 20 participantes, es necesario considerar que el taller está dirigido a adolescentes de entre 15 a 16 años de edad del nivel de secundaria de tercer grado.

Con el objetivo de evaluar el impacto de la actividad, se aplicará una encuesta pre y post al taller (Ver anexo 10).

Referencia bibliográfica

- Alvarez Gayou, J. (1996). *Sexualidad humana*. México: Manual moderno.
- Alvarez Gayou, J. (2011). *Sexoterapia Integral*. México: Manual moderno.
- Antona, A., Madrid, J., & Aláez, M. (2003). Adolescencia y salud. *Papeles del psicólogo*, 23-84.
- Antona, A., Martín, C., Sojo, D., Arrieta, I., Liébanas, I., Serrano, I., y otros. (2013). *Salud sexual y reproductivo*. Madrid: Instituto de Salud Pública.
- Arrondo, G. (2009). Fisiología hormonal masculina. *International Medical Publishers*, 9-21.
- Asociación Mexicana para la sexualidad. (2015). *Ammsac*. Recuperado el 5 de Agosto de 2015, de <http://www.amassac.org>
- Barra Almagiá, E. (2004). Validación de un inventario de rol sexual construido en Chile. *Lationamericana de psicología*, 97- 106.
- Barret, K., Barman, S., Boitano, S., & Brooks, H. (2010). *Fisiología Médica*. México DF: McGrawhill.
- Basquedo Mainar, L. (2014). Enfermedad inflamatoria pélvica. *CHIL OBSTET GINECOL*, 115-120.
- Belda, J. (2011). *Introducción en Enfermedades de Transmisión Sexual*. Madrid: Michela Baldi.
- Beltrán Galvis, O., Rosas, M., & Garzón, M. (2005). Hepatitis B: Diagnóstico y manejo. *Gastroenterología*, 49-62.
- Blakemore, S., Burnett, S., & Dahl, R. (2010). Is Adolescence a Sensitive Period for Sociocultural Processing? *Human Brain Mapping*, 926- 933.

- Brody, k. (2007). Los beneficios de la expresión sexual para la salud. *Katharine Dexter McCormick*, 2-14.
- Bueno, A. (2006). Representaciones sociales de adolescentes. *Tendencia y Retos*, 79-95.
- Cabrera Cortés, I. (2003). El procesamiento humano de la información. *SciElo*, 11-13.
- Campero, L., Atienzo, E., Suárez, L., & Hernández, B. (2013). Salud sexual y reproductiva de los adolescentes en México: evidencias y propuestas. *Gaceta Médica de México*, 299-307.
- Campos, I., Civera, L., Córdoba, S., Del Amo, E., Díaz, A., Díaz, A., y otros. (2012). *Respuesta Sexual Humana*. México, DF.: AEMI.
- Cano , A. (2007). Cognición en el adolescentes según Piaget. *Paulista de Psicología*, 148- 166.
- Carballo Vargas, S. (2002). Educación de la expresión de la sexualidad humana. *Educación*, 29-46.
- Carballo vargaz, s., S, & Carballo Vargas, S. (2006). Educación de la expresión de la sexualidad y la inteligencia emocional en niñas, niños y adolescentes con derechos. *Actualidades investigativas en la educación*, 0.
- Carrado Bravo, T. (2003). Sífilis. *Fac Med Med*, 236- 241.
- Castro, P. (2005). La interiorización de los estereotipos de género en jóvenes y adolescentes. *Investigación Educativa*, 35-58.
- Cattani, A. (2011). *Medica Educación*. Recuperado el 27 de Julio de 2015, de <http://escuela.med.pc.cl/paginas/publicaciones/>
- Cerink, C. (2008). *Clinican Dam*. Recuperado el 16 de Junio de 2015, de

<http://www.clinicadam.com/salud/5/000857.html>

Conde González, C., & Ubirbe Salas, F. (1997). Gonorrea: la perspectiva clásica y la actual. *Salud pública de México*, 2-7.

Consejo Estatal de Población. (2010). *Guía didáctica: Hablemos de sexualidad*. Estado de México: Gobierno del Estado de México.

Consejo Nacional de Fomento Educativo. (2012). *Guía para instructores comunitarios y prompteres de educación sexual*. México: ISBN.

Cordón, J. (2008). Mitos y creencias sexuales de una población adolescente de Almedralejo. *Matronas Prof.*, 6-12.

Craig, G., & Baucum, D. (2001). *Desarrollo psicológico*. México: Person Educación.

Cruz Palacios, C., Ramos Alamillo, U., & González Rodríguez, A. (2011). *Guía de prevención, diagnóstico y tratamiento de la ITS*. México, Df.: Fundación Mexicana para la Salud A.C.

Departamento de salud y servicios humano. (Junio de 2010). *CDC*. Recuperado el 17 de Febrero de 2015, de <http://www.cdc.gov/hepatitis>

Encuesta Nacional de Juventud. (11 de Noviembre de 2010). *IMJUVE*. Recuperado el 31 de Agosto de 2015, de <http://www.imjuventud.gob.mx>

Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica. (2014). *INEGI*. Recuperado el 19 de Junio de 2015, de <http://www.inegi.com>

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. (2011). *La adolescencia. Una época de oportunidades*.

New York: UNICEF.

Fondo de Población de Naciones Unidas. (2010). *Educación de la sexualidad y salud sexual y reproductiva*. Venezuela: UNFPA.

Gayet, C., & Gutiérrez, J. (2014). Calendario de inicio sexual en México. *Salud pública*, 638- 647.

Glaser, J. (1999). *Family doctor*. Recuperado el 22 de Agosto de 2015, de <http://es.familydoctor.org/familydoctor/>

Gómez García, B. (2 de Septiembre de 2015). *Universidad Autónoma de México*. Recuperado el 20 de Septiembre de 2015, de <http://www.facmed.unam.mx/deptos/microbiologia.html>

González de León Aguirre, D. (2002). *El aborto en México*. México: IPAS.

Gorguet Pi, I. (2008). *Comportamiento sexual humano*. Cuba: Oriente.

Graciela cuenca, A., Docampo, C., Peralta, D., & Stradella, M. (2011). *Anatomía y fisiología del cuerpo humano*. Argentina: Cultura librera Americana s.a.

Grimaldo, M., & Merino, C. (2010). Tolerancia y juicio moral en estudiantes universitarios de la ciudad de lima. *LIBERABIT*, 131- 140.

Grupo Interinstitucional. ((s.f)). *ISSSTE*. Recuperado el 22 de Octubre de 2015, de <http://www.isste.gob.mx>

Guyton, A., & Hall, J. (2011). *Tratado de fisiología médica*. España: Elsevier.

Hernández Sampieri, R., Fernández Callado, C., & Baptista Lucio, M. (2010). *Metodología de la investigación*. México: McGrawHill.

- Hernández Vargas, C. (2006). *FES UNAM*. Recuperado el 11 de Septiembre de 2015, de <http://www.acatlan.unam.mx/medicos/>
- Hernández, I. M. (9 de Febrero de 2012). *La Jornada*. Recuperado el 27 de Agosto de 2015, de <http://www.lajornadaguerrero.com.mx>
- Hernández, J. (2015). *GIRE*. Recuperado el 22 de Marzo de 2015, de <http://www.gire.org.mx>
- Ickowicz Goldstein, D., & Rocha Palma, M. (2004). *CIMED*. Recuperado el 9 de Marzo de 2015, de <http://sibdi.ucr.ac.cr>
- Iglesias, J. (2013). Desarrollo del adolescente: Aspectos físicos, psicológicos y sociales. *Pediatría Integral*, 2-93.
- Instituto Aguascalientes de las Mujeres. (2011). *Manual del taller: Sexualidad*. Recuperado el 24 de Junio de 2015, de <http://www.cedoc.inmujeres.gob.mx>
- Instituto Mexicano de Seguro Social. (2014). *IMSS*. Recuperado el 31 de Agosto de 2015, de <http://datos.imss.gob.mx>
- Instituto Mexicano de Sexología. (2014). *IMESEX*. Recuperado el 18 de Junio de 2015, de <http://www.imesex.edu.mx>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2015). *INEGI*. Recuperado el 27 de Mayo de 2015, de <http://www.inegi.org.mx>
- Jenson, H. (6 de Mayo de 2007). *Clinica Dam*. Recuperado el 14 de Junio de 2015, de <http://www.clinicadam>

- Join, C. (16 de Septiembre de 2000). *AIDSMEDS*. Recuperado el 24 de Marzo de 2015, de <http://www.aidsmeds.com/articles/>
- Juárez Toledo, M. (8 de Agosto de 2015). *DGOS*. Recuperado el 9 de Septiembre de 2015, de <http://www.dgcs.unam.mx>
- Langer, A. (2003). El embarazo no deseado:. *Panam Salud Publica*, 2-21.
- Logatt , G. (2010). El cerebro del adolescente. *Asociación Educar*, 6-12.
- Martínez, B., & Castro, P. (2009). Herpes Virus. *Avances en odontoestomatología*, 11-24.
- Martínez, J. (2010). *Terapia y Sexualidad*. Recuperado el 26 de Julio de 2015, de <http://www.consultasexual.com.mx>
- McDonald, H., Brockleshurst, P., & Gordon, A. (2007). *Antibióticos para el tratamiento de la vaginosis bacteriana*. W.: WILEY.
- Medina C., A. (2000). El legado de Piaget. *Educare*, 3-15.
- Mezquita, C., Mezquita, J., Mezquita, B., & Mezquita, P. (2011). *Fisiología Médica: El razonamiento fisiológico al razonamiento clínico*. Madrid: Panamericana.
- Monroy, A. (1994). LA sexualidad en la adolescencia. *CONAPO*, 693- 730.
- Montecino, S., & Rebolledo, L. (2009). *Conceptos de género y desarrollo*. Recuperado el 27 de Mayo de 2015, de <http://www.biblioteca.org.ar>
- Montiel, F. (2000). *Pontificia Universidad Católica de Chile*. Recuperado el 27 de Marzo de 2015, de <http://www.escuela.med.puc.ci>

- Mora, A., & Hernández, M. (2015). Embarazo en la adolescencia. *Ginecol Obstet Mex*, 5.
- Muñoz Calvo, M. (2003). Pubertad normal y sus variantes. *Pediatría Integral*, 410-437.
- Muñoz Calvo, M., & Pozo Román, J. (2011). Pubertad normal y sus variantes. *Pediatría Integral*, 498-518.
- Naciones Unidas Derechos Humanos. (20 de Noviembre de 2013). *Naciones Unidas Derechos Humanos*. Recuperado el 14 de Junio de 2015, de <http://www.acnudh.or>
- OCEDE. (2009). *OCEDE*. Recuperado el 9 de Septiembre de 2015, de <http://www.oecd.org/mexico/>
- Olguin, M. (3 de Agosto de 2015). *Gaceta digital UNAM*. Recuperado el 29 de Agosto de 2015, de <http://www.gaceta.unam.mx>
- Oliva Delgado, A., Hidalgo García, V., Fernández, M., Parra Jiménez, Á., Ríos Bermúdez, M., & Reyes Vallejo, A. (2007). Los cambios durante la adolescencia. *Apuntes de Psicología*, 235-237.
- Olivari Medina, C., & Barra Almagiá, E. (2005). Influencia de la Autoficiencia y la Autoestima en la conducta de Fumar en Adolescentes. *Terapia psicológica*, 5-11.
- Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura. (2010). *Orientaciones técnicas internacionales sobre educación sexual*. France: UNESCO.
- Organización Mundial de la Salud. (2011). *Planificación Familiar. Un manual mundial para proveedores*. Baltimore: Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health.
- Organización Mundial de la Salud. (2013). *OMS*. Recuperado el 20 de Mayo de 2015, de

<http://www.who.int/es/>

Organización Mundial de la Salud. (2013). *OMSS*. Recuperado el 27 de Febrero de 2015, de

<http://www.who.int/es/>

Organización Mundial de la Salud. (2015). *OMS*. Recuperado el 9 de Marzo de 2015, de

<http://www.who.int/es/>

Organización Mundial de la Salud. (2002). *OMS*. Recuperado el 12 de Mayo de 2015, de

<http://www.who.innt/tender.pdf>

Organización Mundial de la Salud. (2012). *Aborto sin riesgos*. Ginebra: OMS.

Organización Mundial de la Salud. (2012). *Organización Mundial de la Salud*. Recuperado el 30 de

Mayo de 2015, de <http://www.who.int/topics/hepatitis>

Organización Mundial de la Salud. (2015). *OMS*. Recuperado el 20 de Junio de 2015, de

<http://www.who.int/es/>

Organización Mundial de la Salud. (Marzo de 2015). *Organización Mundial de la Salud*. Recuperado

el 27 de Mayo de 2015, de <http://www.who.int/mediacentre>

Organización Mundial para la Salud. (Octubre de 2013). *Organización Mundial para la Salud*.

Recuperado el 23 de Mayo de 2015, de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets>

Ostos Ortiz, O., & Mélida Sánchez, R. (2003). *Chlamydia trachomatis: avances perspectivas*. *NOVA*,

1-16.

Papalia Diane, E., Wendkos Olds, S., & Duskin Feldman, R. (2010). *Desarrollo Humano*. México Df.:

McGrawHill.

Pedreira, J., & Martín, L. (2000). La transición adolescente y la educación. *Aprendizaje y Desarrollo de la Personalidad*, 24-89.

Perea, E. (2010). Vaginitis, vaggionisis y cervicitis. *Dep Microbiología*, 3910-3914.

Ponte, M. (2007). *Web de Marián Ponte*. Recuperado el 20 de Febrero de 2015, de <http://www.marianponte.com>

Porvén, P., Ortíz, C., & Sánchez, A. (2002). Sífilis: perspectivas terapéuticas actuales. *Med Interna*, 89-95.

Quintás Vázquez, L. M., & García Díaz, P. (Mayo de 2013). *Iaria*. Recuperado el 20 de Marzo de 2015, de <http://www.laria.com/docs/sections/>

Real Academia Española. (2014). *Real Academia Española*. Recuperado el 23 de Marzo de 2015, de <http://www.lema.rae.es>

Regalado Santiago, C., López Meraz, M., & Juárez Aguilar, E. (2012). Hormona de crecimiento en el Sistema Nervioso Central. *Med UV*, 30-35.

Reynosa, F. (2002). Valores generales en una muestra de adolescentes en sociedad. *Ciencia y sociedad*, 20-49.

Rice, F. (1997). *Desarrollo humano: Estudio del ciclo vital*. México, D.F: Person Educación.

Roa, R. (2000). Desarrollo del pensamiento formal. *Perfiles Educativos*, 44-56.

Rodríguez, C., & Caño, A. (2012). Autoestima en la adolescencia: Análisis y estrategias de

intervención. *Psychology and Psychological Therapy*, 12-398.

Romero, M. (2004). *Salud y desarrollo del adolescente*. Recuperado el 13 de Junio de 2015, de <http://www.escuela.med.puc.cl>

Sanz, F. (1995). *Amar desde la identidad en la Terapia de Reencuentro*. Barcelona: Kairós

Saldoval Mora, S. (2012). *Psicología del Desarrollo Humano II*. Culiacán, México: DGEP.

Santrock, J. (2006). *Psicología del desarrollo*. España: McGraw.Hill.

Secretaría de Salud. (2002). *Secretaría de Salud*. Recuperado el 20 de Mayo de 2015, de <http://www.salud.gob.mx>

Secretaría de Educación Pública. (2000). *Sexualidad infantil y juvenil*. México, D.F: SEP.

Secretaría de educación pública. (2011). *Educación de la sexualidad y prevención del abuso sexual infantil*. México: DGSEI.

Secretaría de Educación Pública. (1 de Noviembre de 2013). *Secretaría de Educación Pública*. Recuperado el 26 de Agosto de 2015, de <http://www2.seppdf.gob.mx>

Secretaría de Educación Pública. (2006). *Secretaría de Educación Pública*. Recuperado el 26 de Agosto de 2015, de <http://www.basica.sep.gob.mx/reformaintegral/>

Secretaría de Salud. (2002). *La salud sexual y reproductiva en la adolescencia*. México, DF.: Secretaría de Salud.

Secretaría de Salud. (2008). *Interrupción legal del embarazo*. México, D.F.: Secretaría de Salud.

Secretaría de Salud. (2009). *Diagnóstico y tratamiento de cáncer de mama en segundo y tercer nivel*

de atención. México: CENETEC.

Secretaría de Salud. (2009). *Guía de manejo antirretroviral de las personas con VIH*. México: ISBN.

Secretaría de Salud. (2012). *Manual de procedimientos estandarizados para la vigilancia epidemiológica del VIH-SIDA*. México: Secretaría de Salud.

Sepúlveda, C., & Merico, V. (2011). Mecanismos reguladores de pubertad normal y variaciones. *Clin Condes*, 22-38.

Serrano, A., & Rangel, E. (2009). Transición Adolescente y la educación. *Aprendizaje y Desarrollo*, 13-16.

Shutt-Aine, J., & Maddaleno, M. (2003). *Organización Panamericana de la Salud*. Recuperado el 4 de Agosto de 2015, de <http://www.paho.org/hq/>

Slon, S. (1997). *Medecin Publish*. Recuperado el 15 de Junio de 2015, de <http://www.nlm.nih.gov/>

Solera, C. (5 de Noviembre de 2013). *Portal Excelsior*. Recuperado el 22 de Mayo de 2015, de <http://www.excelsior.com.mx>

Soper, D. (2010). Enfermedad Inflamatoria Pélvica. *Obstetrics y Gynecology*, 116-168.

Soriano Rubio, S. (1999). Como se vive la homosexualidad y el lesbianismo. *Amarú*, 31-47.

Temboury Molina, M. (2009). Desarrollo puberal normal. *Pediatría de Atención Primaria*, 102-149.

Teodoro, J. (2003). Sífilis: actualidad, diagnóstico y tratamiento. *Rev Fac Med UNAM*, 2-14.

Trillo Fernández, C., Navarro, M., Luque Barea, M., & García Seoane, J. (2011). *Guía Práctica de Planificación Familia en Atención Primaria*. Madrid: NILO.

- UNICEF. (30 de Enero de 2015). *UNICEF México*. Recuperado el 11 de Septiembre de 2015, de http://www.unicef.org/mexico/spanish/noticias_28872.htm
- Uriostegui Ocampo, A. (2013). *Sexualidad Humana*. Recuperado el 3 de Agosto de 2015, de <http://www.sexualA.com/dersex/>
- Vaca Uribe, J. (2006). Pláticas sobre la teoría de la inteligencia. *Investigación Educativa*, 2- 48.
- Velázquez Cortés, S. (2013). *Sistema de universidad virtual*. Recuperado el 22 de Junio de 2015, de <http://www.uaeh.edu.mx/virtual>
- Wald, A., & Ebel, C. (2015). *American Sexual Health Association*. Recuperado el 10 de Marzo de 2015, de <http://www.washsexualhealth.org/stdsstis/herpes/>
- Whipple, B., Knowles, J., & Davis, J. (2007). *Benefits of Sexual Expression Health*. New York: McCornick.
- Winkler, M., Pérez, S., & Lopez, L. (2005). ¿Embarazo deseado o no deseado? *Terapia Psicológica*, 19-31.

Anexo 1.

Encuesta exploratoria.

- ¿Qué crees que es la sexualidad?

- ¿Cuáles son los métodos anticonceptivos para prevenir un embarazo?

- ¿Qué sabes acerca de las enfermedades de transmisión sexual?

- ¿Qué es la masturbación? y ¿Qué provoca?

- ¿Qué es la homosexualidad?

- ¿Qué es el sexo?

- Si una pareja tienen relaciones sexuales sin protección ¿Qué se puede hacer para evitar un embarazo?

Anexo 2.

Instrumento aplicado.

Encuesta

Edad: _____ Grupo: _____ Sexo: _____

Instrucciones: Marca con una tacha o circulando la letra “F” si consideras falsa la oración o “V” si consideras verdadera la oración. Si no está seguro o de no saber contestar marca “No sé”

La información obtenida de esta encuesta es confidencial y servirá solo como guía de información para el taller.

- | | | | |
|--|---|---|-------|
| 1.-La sexualidad está presente desde la niñez hasta la vejez. | V | F | No sé |
| 2.-Los hombres solo buscan y piensan en sexo. | V | F | No sé |
| 3.-Una mujer que compra condones, es una mujer responsable de su sexualidad. | V | F | No sé |
| 4.-En la primera relación sexual a la mujer le debe doler mucho y sangrar. | V | F | No sé |
| 5.-El sexo oral es algo natural. | V | F | No sé |
| 6.-Entre un pene más largo mayor satisfacción para la mujer. | V | F | No sé |
| 7.-El hombre debe ser activo y la mujer pasiva durante el sexo. | V | F | No sé |
| 8.-La pastilla de la yumbina es solo un mito. | V | F | No sé |
| 9.-Tener relaciones sexuales te hace madurar. | V | F | No sé |
| 10.- Una mujer puede embarazarse al tener relaciones sexuales durante su periodo de menstruación. | V | F | No sé |
| 11.-Al tener relaciones sexuales (coito) si se expulsa semen (eyacuación) fuera de la vagina la mujer no se embaraza. | V | F | No sé |
| 12.-Además de los métodos anticonceptivos que se encuentran en las farmacias, existen métodos caseros efectos para evitar el embarazo. | V | F | No sé |

13.-Si una mujer tiene su primera relación sexual no puede quedar embarazada.	V	F	No sé
14.-Tener sexo cuando se baña con agua caliente se evita el embarazo porque lo caliente del agua mata los espermatozoides.	V	F	No sé
15.-Orinar después del sexo lava la vagina y evita el embarazo.	V	F	No sé
16.-Si durante el sexo oral existe una eyaculación es probable el embarazo.	V	F	No sé
17.-Si se realiza sexo vía anal no existe probabilidad de embarazo.	V	F	No sé
18.-Las enfermedades de transmisión sexual solo son para las prostitutas y tienen muchas relaciones.	V	F	No sé
19.-Todas las enfermedades de transmisión sexual pueden ser curadas con antibióticos.	V	F	No sé
20.-El sida se puede contagiar por un beso.	V	F	No sé
21.-Me puede dar una enfermedad de transmisión sexual con la masturbación.	V	F	No sé
22.-El sida solo se contagia por una relación sexual.	V	F	No sé
23.-El uso correcto del condón previene las enfermedades de transmisión sexual.	V	F	No sé
24.-Afortunadamente existe cura para el sida, la gente común es muy escandalosa.	V	F	No sé

25.-Las pastillas anticonceptivas no tienen efecto en las enfermedades de transmisión sexual.	V	F	No sé
26.-La homosexualidad es un problema debido a un trauma o una condición de nacimiento.	V	F	No sé
27.-Los homosexuales y las lesbianas deben tener diferentes derechos y tratos porque son distintos.	V	F	No sé
28.-La homosexualidad tiene cura.	V	F	No sé
29.-Tener amistades homosexuales no me hace homosexual.	V	F	No sé
30.-La masturbación es acto natural para hombres y mujeres.	V	F	No sé
31.-La masturbación produce acné, si se realiza con frecuencia puede tener problemas físicos o mentales.	V	F	No sé
32.-La masturbación en exceso acaba con los espermatozoides.	V	F	No sé
33.-Las pastillas anticonceptivas puede dejan estéril a una mujer.	V	F	No sé

Anexo 3.

“Taller para de mitigar mitos sobre la sexualidad”.

Objetivo general: Tiene el objetivo de conocer las creencias e ideas que tienen los adolescentes en la sexualidad, así como mitigar y aclarar los mitos entorno a la misma.

Temario.

Concepto de sexualidad: orientación sexual, identidad sexual, género, sexo.

Salud sexual.

Derechos sexuales.

Infecciones de transmisión sexual: Sífilis, gonorrea, clamidia, inflamación pélvica inflamatoria, vaginitis, hepatitis B, virus del papiloma humano y VIH.

Planificación familiar: Métodos anticonceptivos.

Mitos sobre sexualidad.

Población.

Adolescentes de 15 a 16 años en curso de tercer año de educación secundaria.

Característica.

El taller tiene una duración de una hora con cuarenta minutos en el cual se implementación actividades, que propician la interacción entre participante e instructor, así como una retroalimentación y consolidación del aprendizaje.

Anexo 4.

PROGRAMA DEL TALLER.

TEMA	OBJETIVO/ META	ACTIVIDAD	MÉTODO	TIEMPO	RECURSOS	OBSERVACIONES
Presentación	<p>Objetivo:</p> <p>Presentación e integración del grupo.</p> <p>Dar a conocer las reglas, objetivos del taller.</p> <p>Meta:</p> <p>Tener un primer acercamiento con los participantes y crear rapport.</p>	Dinámica de presentación.	El instructor de se presentará con los participantes, dando a conocer el objetivo del taller, posteriormente realizara una dinámica en la que los participantes se pasaran una pequeña pelota entre ellos, diciendo su nombre, una palabra que los identifique y una actividad que les agrade realizar.	8 minutos	Una pelota pequeña.	
Conceptos de sexualidad.	<p>Objetivo:</p> <p>Lograr que los</p>	Lluvia de ideas.	El instructor nombrará conceptos en la sexualidad que son:	15 minutos	Pizarrón. Plumón. Proyector.	

	<p>participantes expresen sus pensamientos y orientar a la definición de los conceptos.</p> <p>Meta: Concretar las ideas de los participantes en los temas de orientación sexual, identidad sexual, género y sexo. Además de salud y derechos sexuales.</p>		<p>orientación sexual, identidad sexual, género, sexo, salud sexual y derechos sexuales. A partir de una lluvia de ideas por los participantes y anotarán lo que ellos entienden sobre los diferentes conceptos abordados. A base de información proporcionada se llegara a una aproximación paulatina de la explicación teórica de los diferentes conceptos a tratar.</p>		<p>Computadora.</p>
<p>Infecciones de transmisión sexual y VIH</p>	<p>Objetivo: Conseguir que los estudiantes expresen sus dudas y consoliden su conocimiento en las ITS.</p> <p>Meta: Que los participantes tengan un</p>	<p>Explicación por exposición oral y dinámica de retroalimentación.</p>	<p>Por medio de formación de equipos de 5 participantes escribirán en una hoja de papel las infecciones de transmisión sexual que conozcan y sus signos y síntomas. Después una explicación oral y acompañado de la proyección de imágenes se explicará las diferentes enfermedades de transmisión sexual, en</p>	<p>20 minutos.</p>	<p>Proyector. Computadora.</p>

<p>conocimiento y acercamiento sobre las diferentes enfermedades de transmisión sexual, en sus signos y síntomas.</p>	<p>sus signos y síntomas. Posteriormente se le pedirá a los participantes formen 2 equipos de 3 participantes en los que dirán los signos y síntomas de alguna de las enfermedades explicadas y preguntarán como adivinanza a los demás participantes. Se premiará con un condón quien responsa correctamente.</p>				
<p>Mitos sobre la sexualidad.</p>	<p>Objetivo: Determinar en los participantes las dudas y mitos en relación en la sexualidad.</p> <p>Meta: Que los participantes expongan dudas y creencias que tengan sobre la sexualidad y posteriormente esclarécelas.</p>	<p>Explicación por exposición oral.</p>	<p>El instructor mediante la proyección de un listado de algunos mitos, preguntarles a los participantes si creen si son verdaderos o falsos y en lo posterior dar una aclaración y explicación sobre cada uno de estos. Además se propiciara para que los estudiantes expresen sus dudas para que sean aclaradas.</p>	<p>10 minutos</p>	<p>Computadora. Proyector.</p>

Embarazos no deseados y planificación familiar	<p>Objetivo: Lograr en los participantes tengan conocimientos sobre la prevención en los embarazos.</p> <p>Meta: Que los participantes tengan conocimiento sobre el concepto de planificación familiar, los métodos anticonceptivos y de las consecuencias de un embarazo no deseado</p>	Explicación por exposición oral y dinámica para indagar sus conocimientos.	El instructor formará equipos de 5 20 minutos. participantes escribirán en una hoja de papel los métodos anticonceptivos que conozcan. Posteriormente se expondrá a los participantes las consecuencias posibles en un embarazo no deseado e información en la planificación familiar, en los que se dará especial énfasis en métodos anticonceptivos existentes. Los adolescentes escribirán el método que más le agrado y lo compartirán con un compañero. Posteriormente nombrar al azar algunos participantes para que mencionen nombres de	Proyector. Lista de la dinámica de presentación. Computadora.
--	--	--	---	---

	durante la etapa de vida.		un método anticonceptivo que recuerden y que estos mismos señalan a otro participante para que describa al método anticonceptivo mencionado.		
Uso del condón masculino	<p>Objetivo: Conseguir que los estudiantes usen el preservativo masculino adecuadamente.</p> <p>Meta: Mostrar con práctica el uso correcto de colocación del condón.</p>	Colocación de un preservativo masculino.	El instructor mostrará la manera adecuada de abrir el envoltorio del preservativo y la manera adecuada de colocación. Posteriormente el instructor guiará algunos participantes en pares, en que prueben la adecuada colocación del preservativo con pepinos, esta actividad se realizará un concurso entre hombres y mujeres en la apertura del empaque, rapidez y adecuada colocación del condón. Se le premiará con un preservativo a quien logre la actividad con éxito.	7 minutos	4 Pepinos 4 condones
Retroalimentación	<p>Objetivo: Consolidar el conocimiento de</p>	Dinámica de juego de la papa caliente y trabajo en	El instructor con el juego de la papa caliente se seleccionará al participante para que	5 minutos.	Condomes. Tarjetas preparadas.

	los participantes. equipo.		responda a las preguntas previamente preparadas en tarjetas. Y premiar si contesta correctamente. Se harán equipos de trabajo de cinco participantes en que todos colaboren en anotar en una hoja de papel todos los métodos anticonceptivos que recuerden y así como infecciones de transmisión sexual y sus características.	
	Meta: Poner a prueba a los participantes en lo aprendido durante el taller.			
Cierre	Objetivo: Lograr consolidar el conocimiento en los participantes. Meta: Aclarar dudas de los participantes y dar un cierre a la taller.	Sesión de preguntas y cierre.	Los participantes preguntarán al instructor algunas dudas sobre el tema de sexualidad. Al término de dicha actividad, el instructor preguntará su estado de animo y de forma acotada los participantes contesten ¿Qué es lo que aprendieron?.	10 minutos.

Anexo5.



Alumnos de la escuela secundaria, en esta imagen fue tomada dentro del auditorio de la misma en donde se llevó a cabo el taller.



Momento en que se explicaba a los alumnos la importancia que tienen las relaciones sexuales y la responsabilidad que esta conlleva.

Anexo 6.



Alumnas en actividad del uso adecuado del condón (preservativo masculino).



Representación dramática de los alumnos sobre los síntomas de las infecciones de transmisión sexual.

Anexo 7.



Aplicación de las encuestas a los alumnos de la escuela.



Sesión de preguntas y respuestas con los alumnos.

Anexo 8.

Prácticas de la salud sexual y conocimiento en educación sexual.

Esta encuesta tiene el objetivo de profundizar de manera individual sobre el conocimiento y prácticas de salud sexual. Se realizarán preguntas en temas íntimos, por lo cual cada respuesta se respetará la confidencialidad. La sinceridad con que responda ayudará a comprender su sexualidad. Con la información arrojada se adecuará el taller de acuerdo a tus necesidades.

Lugar: _____ Fecha: _____

Nombre: _____ Edad: _____ Sexo: M o F

Estado civil: _____ Trabaja: SI o No

I. Actividad sexual.

1.- ¿Alguna vez ha tenido relaciones sexuales? Indique: SI o No.

2.- ¿Qué edad tenías cuando tuviste tu primera relación sexual?

3.- ¿Por qué decidiste tener relaciones sexuales?

Indique: Curiosidad o deseo- por convencimiento de la pareja- fue por exigencia o fue forzado(a)

Otros (especifique): _____

4.- Durante la primera relación sexual ¿Usaron algún método anticonceptivo en la primera relación sexual? ¿Cuál fue?

5.- Durante el año, ¿Cuántas veces has tenido relaciones sexuales?

6.- ¿Con qué frecuencia te has sentido obligado(a) o forzado(a) a tener relaciones sexuales?

Indique: Siempre- casi siempre- algunas veces- escasas veces- nunca.

7.- ¿Has consultado a un médico o experto que te oriente sobre los métodos anticonceptivos?

8.- ¿Cuál es tu método anticonceptivo de preferencia?

9.- ¿Con que frecuencia lo usas?

Indique: Siempre- casi siempre- algunas veces- escasas veces- nunca.

10.- ¿Por qué no usas o has usado un método anticonceptivo?

11.- ¿Cuántas parejas sexuales has tenido?

12.- ¿Has llegado a padecer alguna infección de transmisión sexual? ¿Hace cuánto tiempo? ¿Qué padecimiento fue?

13.- ¿Cómo consideras tu vida sexual? ¿Por qué?

14.- En tu vida sexual existe algún hecho del que arrepientas

Especifique: _____

15.- ¿Con quién charlas sobre tu experiencia sexual?

Indique: Padre- Madre- Ambos padres- Primos- Amigos, Otros, especifique: _____

II. Conocimiento sobre educación sexual.

Conceptos de sexualidad.

1.- ¿Qué es la sexualidad?

2.- ¿Qué es el sexo?

3.- ¿Qué es el género?

4.- ¿Qué es la preferencia sexual?

5.- ¿Qué consideras que es la salud sexual?

6.- ¿Qué son los derechos sexuales?

Métodos anticonceptivos.

1.- ¿Qué maneras conoces para prevenir un embarazo?

2.- Si una pareja tienen relaciones sexuales sin protección ¿Qué se puede hacer para evitar un embarazo?

3.- ¿Qué son los métodos caseros? En caso de conocer menciónelos:

4.- ¿Consideras eficaces a los métodos caseros? Indique: SI o No. ¿Por qué?

5.- ¿Has usado algún método casero? Indique: Si o No. ¿Por qué recurrió a esta medida?

6.- ¿Qué son los métodos anticonceptivos?

7.- ¿Cuáles conoces? (Especifique condiciones de uso)

8.- ¿En qué lugares o personas te has informado sobre los métodos anticonceptivos?

9.- ¿Qué lugares o personas conoces donde podrías conseguir algún métodos anticonceptivo?

10.- ¿Qué métodos anticonceptivos pueden evitar un embarazo no planeado y una infección de transmisión sexual?

Infecciones de transmisión sexual.

1.- ¿Qué son las infecciones (o enfermedades) de transmisión sexual?

2.- ¿Qué infecciones (o enfermedades) de transmisión sexual conoces?

3.- ¿Qué síntomas se podrían considerar cuando existe una infección de transmisión sexual?
(Especifique en Mujer y en Hombre)

4.- ¿Cuáles son las vías de contagio de los padecimientos del tipo sexual?

5.- ¿Las infecciones de transmisión sexual son tratables? Indique Si o No. ¿De qué manera o con qué?

6.- ¿En qué lugares o personas te has informado sobre las infecciones de transmisión sexual?

7.- ¿A qué lugares o personas puedes acudir en el caso de tener una infección sexual?

Conocimiento del cuerpo humano.

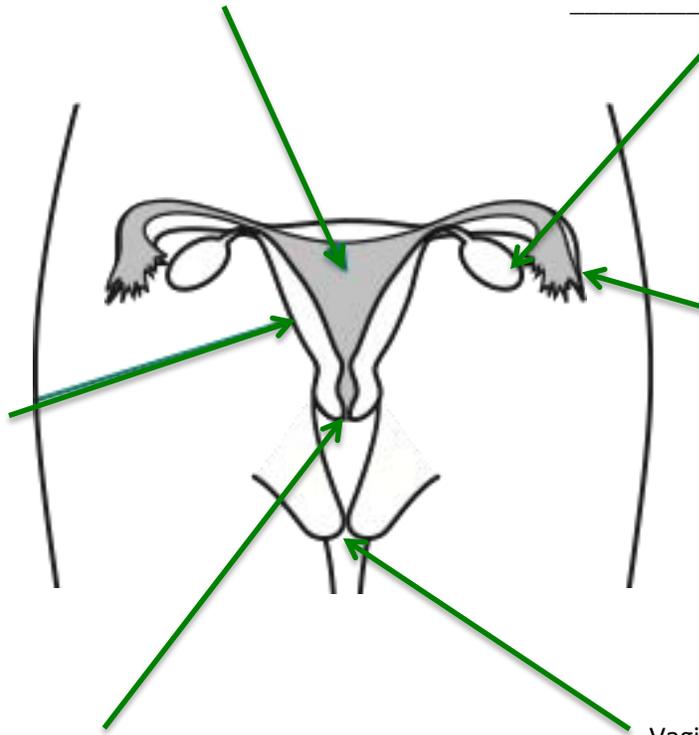
1.- ¿Qué son los genitales? y ¿Cuáles su función?

2.- Genitales femenino anatomía interna - A continuación descríbelo brevemente junto con sus características:

Ventre: _____

Ovario: _____

Revestimiento
uterino: _____



Trompas de
Falopio: _____

Cérvix: _____

Vagina: _____

Genitales femenino anatomía externa - A continuación descríbalos brevemente junto con sus características:

Clítoris: _____

Vello púbico: _____

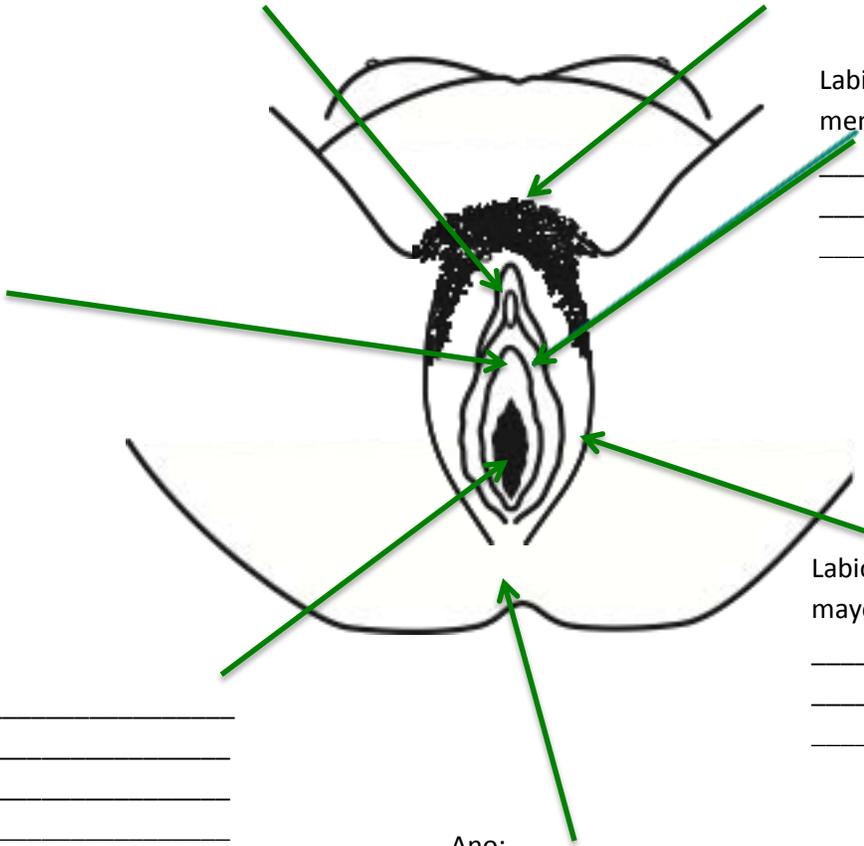
Uretra: _____

Labios menores: _____

Orificio vaginal: _____

Labios mayores: _____

Ano: _____



Genitales masculino anatomía - A continuación descríballo brevemente con sus características:

Ducto deferente: _____

Vesículas seminales: _____

Pene: _____

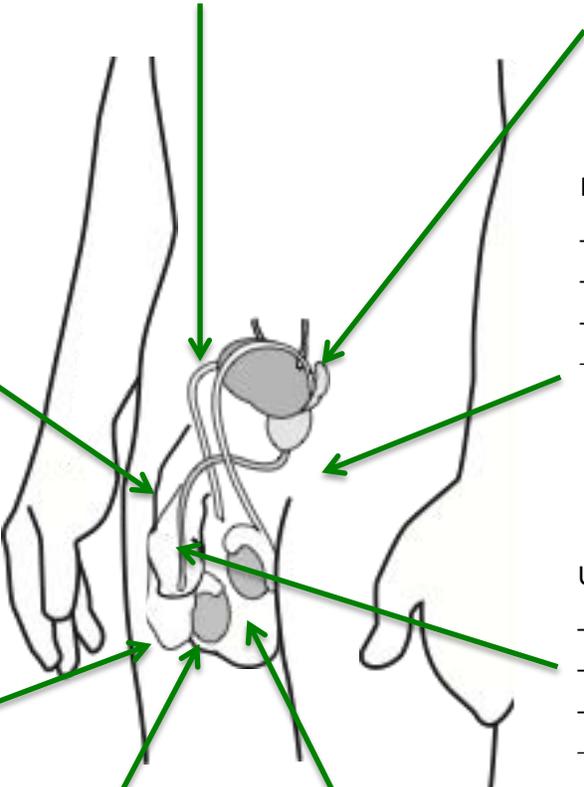
Próstata: _____

Prepucio: _____

Uretra: _____

Escroto: _____

Testículos: _____



The diagram shows a line drawing of the male reproductive system. Green arrows point from various parts of the system to corresponding labels and blank lines for description. The arrows point to the ductus deferens, seminal vesicles, penis, prostate, urethra, prepuce, scrotum, and testicles.

Hormonal.

1.- ¿Qué son las hormonas? y ¿Cuál es su función?

2.- ¿Qué son los estrógenos? ¿Cuál es su función?

3.- ¿Qué es la testosterona? Y ¿Cuál es su función?

Anexo 9.

“Taller para de mitigar mitos sobre la sexualidad”.

Objetivo general: Conocer las creencias y mitigar los mitos acerca de la sexualidad que tienen los adolescentes.

Temario.

Concepto de sexualidad: orientación sexual, identidad sexual, género, sexo y salud sexual.

Derechos sexuales y violencia en la pareja.

Anatomía y fisiología humana: Hormonas androgénicas y estrógenos, aparatos reproductores femenino y masculino.

Infecciones de transmisión sexual: Sífilis, gonorrea, clamidia, inflamación pélvica inflamatoria, vaginitis, hepatitis B, virus del papiloma humano y VIH.

Métodos anticonceptivos: métodos hormonales, métodos de barrera, métodos quirúrgicos métodos no fiables y caseros.

Mitos sobre sexualidad.

Población.

Adolescentes de 15 a 16 años en curso de tercer año de educación secundaria.

Características del taller.

El taller está dirigido a la población de tercer año de secundaria en el implementan técnicas y materiales que faciliten la comprensión de temas de sexualidad y de educación sexual. El taller tiene una duración de 4 horas con 50 minutos que deberán estar distribuidos en 4 sesiones y están dirigidas

Anexo 10

Programa de taller de educación sexual para mitigar mitos sobre la sexualidad en adolescentes.

Actividad I. Presentación.

Objetivo.

Todos los integrantes socializarán con el facilitador conociendo al interactuar mutuamente.

Material.

Hoja de registro, etiquetas, plumones, encuesta de mitos y lapicero.

Tiempo.

25 minutos.

Desarrollo de la actividad.

El facilitador se presentará con los participantes, dando a conocer el objetivo del taller, posteriormente los participantes rellenarán la hoja de asistencia. A cada participante se le dará una etiqueta y un plumón, con el cual escribirán su nombre y una característica que les agrade o lo identifique. La característica puede ser una cualidad, habilidad, y/o emoción, Cada integrante mencionará su nombre junto con la característica que escribió.

Se le otorgará a cada participante una copia de la encuesta de mitos, con la cual el facilitador le dará a conocer el objetivo de esta y así como sus instrucciones para contestar.

Actividad II. Conceptos de sexualidad: Entre el saber popular y el conocimiento teórico.

Objetivo.

Lograr que los participantes expresen sus pensamientos y orientarle para una aproximación de la definición de los conceptos.

Material.

Computadora, portafolio, plumón y proyector.

Tiempo.

20 minutos.

Técnica.

Lluvia de ideas.

Desarrollo de la actividad.

El facilitador mostrará por medio del proyector los distintos conceptos acerca de la sexualidad. Posteriormente se les preguntará a los participantes ¿Qué es lo que entienden por cada concepto?

El facilitador anotará las ideas expresadas por los participantes en un pliego de papel. Se construirá una definición por cada concepto. Enseguida el facilitador realizará una aproximación sistemática de los diferentes conceptos, con lo cual el instructor junto con los participantes observarán las diferencias entre el concepto construido y el teórico.

Actividad III. Los derechos sexuales y la violencia en el noviazgo: Un escrito para hacer valer mis derechos.

Objetivo.

Lograr que los participantes conozcan los derechos sexuales universales y algunas características en el noviazgo.

Material.

Hojas blancas, bolígrafos, proyector y computadora.

Tiempo.

30 minutos.

Técnica.

Exposición y carta de recomendación y/o sugerencias.

Desarrollo de la actividad.

Se realiza una exposición basada en los derechos sexuales tomando en cuenta las características de la violencia en el noviazgo.

Se le proporcionará una hoja blanca y un bolígrafo a cada uno de los participantes en dónde plasmarán alguna situación que hayan vivido o percibido en la violencia de los derechos sexuales, describiendo la situación y emociones que presentaron a la hora de vivirla, posteriormente redactarían una recomendación personal acerca del cómo podrían hacer valer los derechos sexuales dentro de la sociedad.

Para finalizar esta actividad, el facilitador preguntará a los participantes si desean compartir su carta de recomendación.

Actividad IV. Los aparatos reproductores femenino, masculino y hormonas: Conociendo mi cuerpo.

Objetivo.

Demostrar a los jóvenes la anatomía y fisiología de los aparatos reproductores femenino y masculino junto con la implicación de las hormonas.

Material.

Cartulina kodak, plastilina de colores, proyector y computadora.

Tiempo.

45 minutos

Técnica.

Exposición y actividad didáctica.

Desarrollo de la actividad.

Presentar una breve explicación a los jóvenes acerca de los dos tipos de aparatos reproductivos (femenino y masculino) así como también el funcionamiento de las hormonas androgénicas y estrógenos.

Se forman 2 equipos divididos entre hombres y mujeres, a cada uno de los equipos se les proporciona una cartulina kodak y barras de plastilina de colores, en dónde diseñarán a detalle el aparato reproductor de su sexo opuesto, posteriormente cada uno de los equipos pasará a exponer el trabajo que se realizó.

Para finalizar, se presenta un video llamado: La Gran Carrera [Discovery Channel] y posteriormente se abre un espacio en dónde los alumnos expresan sus dudas o comentarios.

Actividad V. Métodos anticonceptivos: ¿Dónde está mi seguridad?**Objetivo.**

Los participantes conozcan los diferentes métodos anticonceptivos y su función.

Material.

Cartulina, plumón, preservativo masculino (condón) y pepino.

Tiempo.

30 minutos

Técnica.

Actividad didáctica y exposición.

Desarrollo de la actividad.

El facilitador formará equipos, los cuales plasmarán en una lámina todos los métodos anticonceptivos que conocen, la función y una imagen de cada uno de estos. Posteriormente expondrán el trabajo realizado.

El facilitador con ayuda de una proyección, realizará una exposición puntual del manejo, empleo y función de los diferentes métodos anticonceptivos seguros, y de métodos inseguros, enseguida les preguntará a los participantes ¿Qué diferencia existe entre los métodos anticonceptivos seguros y de los métodos inseguros?, ¿Qué método anticonceptivo les agrada más? y ¿Por qué?

El facilitador realizará una demostración de las condiciones y el uso del preservativo masculino en un pepino. Enseguida pedirá a los participantes que realicen la actividad de la misma manera.

Actividad VI. Infecciones de transmisión sexual: Lo que no conocías de ellas.

Objetivo.

Mostrar a los jóvenes los diferentes tipos de infecciones de transmisión sexual que existen, tomando en cuenta las causas, síntomas y tratamiento en cada una de ellas.

Material.

Pliegos de papel bond y plumones.

Tiempo.

45 minutos.

Técnica.

Dramatización y exposición verbal.

Desarrollo de la actividad.

Primeramente se les indica a los jóvenes la actividad que se llevará a cabo.

Se forman binas y se les proporciona una lámina de papel bond y un plumón, en donde realizarán una columna de tres con los siguientes aspectos: Nombre, concepto y presentación (dibujo), los

jóvenes escribirán en forma de lista los diferentes tipos de ITS que conocen, contestando las láminas con las indicaciones que se les brindó.

Una vez terminada la lámina, cada equipo pasará al frente a explicar su trabajo.

El facilitador realizará una exposición con ayuda de un proyector, mostrando a los jóvenes las diferentes ITS que existen, en que contemple las características de cada una de ellas.

Para hacer más dinámica la actividad se realizará una dramatización, en donde una pareja simulará ir a consulta y explicarán los síntomas de unas de las ITS, los demás participantes deberán adivinar de que infecciones es la que se está presentando.

Actividad VII. Embarazos no deseados: El cambio de mi vida.

Objetivo.

Los participantes conozcan los cambios fisiológicos, sociales y los riesgos al tener un embarazo en la adolescencia.

Material.

Bolígrafo, hoja blanca, proyector y computadora.

Tiempo.

20 minutos.

Técnica.

Exposición y carta de cambio.

Desarrollo de la actividad.

El facilitador realizará una exposición de los cambios en los círculos de amistad, ambiente familiar y responsabilidades que enfrenta un adolescente ante un embarazo. De la misma manera

se expondrá los cambios fisiológicos y posibles riesgos que enfrenta una adolescente al tener un embarazo.

El facilitador les proporcionará a los participantes una hoja blanca y bolígrafo, con la finalidad que redacte una carta, en la que se visualicen o imaginen su vida con un hijo, su carta estará dirigida para sí mismos, en la que expliquen los cambios que pasaron en la familia, amistades, actividades y responsabilidades a partir del embarazo.

El facilitador les pedirá a los participantes que compartan su escrito.

Actividad VIII. Retroalimentación.

Objetivo.

Reforzar el conocimiento de la información para los participantes sobre la sexualidad.

Material.

Tarjetas didácticas y pelota pequeña.

Tiempo.

30 minutos.

Técnica.

Actividades didácticas que implementen el juego.

Desarrollo de la actividad.

Se realizan tarjetas con los siguientes títulos: Derechos sexuales, violencia en el noviazgo, infecciones de transmisión sexual, métodos anticonceptivos, embarazos no deseados y conceptos generales de la sexualidad.

El facilitador se encarga de seleccionar a la persona que escogerá una de las tarjetas, para que posteriormente se realice una pregunta a los participantes del taller de acuerdo al tema de la

tarjeta seleccionada, esto con a la finalidad de analizar el conocimiento que tienen acerca de los diferentes temas.

Con ayuda de una pelota se realiza el juego de la papa caliente, con el juego de la papa caliente los participantes seleccionados por el juego podrán realizar preguntas abiertas acerca de temas de interés del taller. El facilitador deberá responder con veracidad y con sustento teórico cada una de las cuestionantes.

Actividad IX. Cierre

Objetivo.

Concluir con la aplicación del taller.

Materiales.

Encuesta de mitos.

Tiempo.

25 minutos.

Técnica.

Cierre.

Desarrollo de la actividad.

El facilitador deberá aplicar la encuesta de mitos.

Preguntar a cada uno de los participantes el cómo se sienten, que mencionen lo más significativo de todo el taller, lo que más les agradó, si tuvieron alguna dificultad en el transcurso de la actividad y mencionar alguna aportación para mejorar el taller.

Anexo 11.

Encuesta

Nombre: _____ Edad: _____ Sexo: _____

Se muestran una serie de oraciones, en las que señalarás el grado de acuerdo o desacuerdo que tengas sobre la misma. Se responderá marcando con una X en el número de la escala que consideres como respuesta. Las escalas son las siguientes: 1= Totalmente desacuerdo, 2= Muy en desacuerdo, 3= En desacuerdo, 4= De acuerdo, 5= Muy de acuerdo y 6= Totalmente de acuerdo.

Actividad sexual.

- | | |
|--|-------------|
| 1.-La sexualidad está presente desde la niñez y la vejez. | 1 2 3 4 5 6 |
| 2.-Tener relaciones sexuales te hace madurar. | 1 2 3 4 5 6 |
| 3.-A pesar que no quiera tener relaciones,
debo tenerlas si mi pareja me lo pide. | 1 2 3 4 5 6 |
| 4.-Durante una relación sexual el hombre debe ser activo
y la mujer pasiva. | 1 2 3 4 5 6 |

Prevención del embarazo.

- | | |
|--|-------------|
| 5.-El condón previene el embarazo. | 1 2 3 4 5 6 |
| 6.-Si hay una eyaculación afuera de la vagina, no hay embarazo. | 1 2 3 4 5 6 |
| 7.-Además de los métodos anticonceptivos que se encuentran en las
farmacias, existen métodos caseros efectivo para evitar el embarazo. | 1 2 3 4 5 6 |
| 8.-Un preservativo da seguridad en la relación sexual. | 1 2 3 4 5 6 |
| 9.-Cuando se tienen relaciones sexuales en los días poco fértiles.
existe posibilidad de embarazo, a pesar que una mujer sea exacta en
su periodo. | 1 2 3 4 5 6 |
| 10.-Es vergonzoso comprar un condón. | 1 2 3 4 5 6 |

- 11.-Al terminar una relación sexual, la mujer puede usar abundante agua junto con jabón en su vagina para eliminar los espermatozoides. 1 2 3 4 5 6
- 12.- Las pastillas anticonceptivas pueden dejar estéril a una mujer. 1 2 3 4 5 6
- Infecciones de transmisión sexual*
- 13.-El uso adecuado del condón previene las ITS 1 2 3 4 5 6
- 14.-Las ITS solo le suceden a personas que tienen muchas relaciones sexuales. 1 2 3 4 5 6
- 15.-Todas las infecciones de transmisión sexual, pueden ser tratadas con antibióticos. 1 2 3 4 5 6
- 16.-El SIDA puede contagiarse por un beso, usar cubiertos y tener contacto físico en un saludo. 1 2 3 4 5 6
- 17.-Existe tratamiento para el SIDA que da una mujer mejor calidad de vida. 1 2 3 4 5 6
- 18.-Las ITS se pueden contagiar vía oral, coital y anal. 1 2 3 4 5 6
- 19.-En la primera relación sexual se pueda contagiar de una ITS. 1 2 3 4 5 6
- En referente a la orientación sexual y la masturbación.*
- 20.-La convivencia o tener una amistad con una persona con preferencia homosexual, no tiene efecto en mi propia preferencia. 1 2 3 4 5 6
- 21.-La homosexualidad es por un problema de pequeño o por una condición de nacimiento. 1 2 3 4 5 6
- 22.-Tener algunos pensamientos o fantasías homosexuales me hace homosexual. 1 2 3 4 5 6
- 23.-Puedo tener amistades con diferente orientación a la mía. 1 2 3 4 5 6
- 24.-La masturbación es un acto natural para hombres y mujeres. 1 2 3 4 5 6
- 25.-La masturbación tiene efectos negativos, acaba con los espermatozoides, produce acné y me hace una persona pervertida. 1 2 3 4 5 6

Tabla de calificación.

Marcación en Tipo A.			En valor máximo	En valor Mínimo
1.-	1		6	1
2.-	5		6	1
3.-	8		6	1
4.-	9		6	1
5.-	13		6	1
6.-	17		6	1
7.-	18		6	1
8.-	19		6	1
9.-	20		6	1
10.-	23		6	1
11.-	24		6	1
Total			66	11

Marcación en Tipo B.			En valor máximo	En valor Mínimo
1.-	2		6	1
2.-	3		6	1
3.-	4		6	1
4.-	6		6	1
5.-	7		6	1
6.-	10		6	1
7.-	11		6	1
8.-	12		6	1
9.-	14		6	1
10.-	15		6	1
11.-	16		6	1
12.-	21		6	1
13.-	22		6	1
14.-	25		6	1
Total			84	14

Valores de reactivos	Tipo A	Tipo B
Total		
Perspectiva adecuada a los mitos.	En los reactivos tipo A: Dónde el valor de tipo A sea igual o mayor a 40. En los reactivos tipo B: Dónde el valor de B sea igual a 14 y menor a 49.	
Perspectiva incorrecta a los mitos.	En los reactivos tipo A: Dónde el valor de tipo A sea igual a 11 y menor a 39. En los reactivos tipo B: Dónde el valor tipo B sea igual o mayor a 50.	

Clave.

En la puntuación están divididos en reactivos tipo A y tipo B. Los reactivos tipo A son los reactivos que se consideran en su marcación máxima (marcar la opción de valor 6), reflejan en el individuo una perspectiva adecuada sobre el mito de la sexualidad, y en su marcación mínima (marcar la opción de valor 1), reflejan la perspectiva incorrecta sobre el mito de sexualidad. En los reactivos tipo B, están los reactivos que en su marcación máxima (Marcar la opción de valor 6), reflejan una perspectiva incorrecta en el individuo sobre el mito, y en la marcación mínima (marcar la opción de valor 1), reflejan en el individuo una perspectiva adecuado sobre el mito de sexualidad.

Los reactivos tipo A son: 1,5, 8, 9, 13, 17, 18, 19, 20, 23 y 24.

Los reactivos tipo B son: 2 ,3 ,4, 6, 7, 10, 11, 12, 14, 15, 16, 21, 22 y 25.

Para tener una perspectiva adecuado a los mitos de la sexualidad. Los totales del tipo A sean igual o mayor a una puntuación de 40. La puntuación de 40 representa el valor mínimo del total de la puntuación. El individuo con esta perspectiva muestra que tiene creencias e ideas adecuadas sobre la sexualidad y en los que tiene una aproximación en su conocimiento a la salud sexual.

Para tener una perspectiva incorrecta a los mitos de la sexualidad. Los totales del tipo B sean igual o mayor a la puntuación a 50. La puntuación de 50 representa el valor mínimo del total de la puntuación. El individuo con esta perspectiva muestra que tienen creencias e ideas inadecuadas en la sexualidad, las cuales están basadas en prejuicios y que reflejan una falta de información sobre salud sexual.