

REPOSITORIO ACADÉMICO DIGITAL INSTITUCIONAL

**Taller de sexualidad para laumnos de tercer
año de secundaria: una propuesta**

Autor: Varinia Aguilar Antúnez

**Tesina presentada para obtener el título de:
Lic. En Psicología**

**Nombre del asesor:
María del Carmen Manzo Chavez**

Este documento está disponible para su consulta en el Repositorio Académico Digital Institucional de la Universidad Vasco de Quiroga, cuyo objetivo es integrar organizar, almacenar, preservar y difundir en formato digital la producción intelectual resultante de la actividad académica, científica e investigadora de los diferentes campus de la universidad, para beneficio de la comunidad universitaria.

Esta iniciativa está a cargo del Centro de Información y Documentación “Dr. Silvio Zavala” que lleva adelante las tareas de gestión y coordinación para la concreción de los objetivos planteados.

Esta Tesis se publica bajo licencia Creative Commons de tipo “Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada”, se permite su consulta siempre y cuando se mantenga el reconocimiento de sus autores, no se haga uso comercial de las obras derivadas.





**UNIVERSIDAD
VASCO DE QUIROGA**

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**“TALLER DE SEXUALIDAD PARA ALUMNOS DE
TERCER AÑO DE SECUNDARIA:
UNA PROPUESTA”**

TESINA

**Que para obtener el título de:
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

**Presenta:
VARINIA AGUILAR ANTÚNEZ**

**Asesora de Tesina:
MTRA. MARÍA DEL CARMEN MANZO CHAVEZ**

Acuerdo: RVOE020SEP.

CLAVE: 16PSU004J

Morelia, Michoacán.

Septiembre, 2011.

INDICE

RESUMEN.....	1
INTRODUCCIÓN.....	2
JUSTIFICACIÓN.....	4
ANTECEDENTES.....	5
OBJETIVOS.....	7
IMPORTANCIA DE LA TESINA.....	8
CAPITULO I. MARCO TEÓRICO.....	9
1. ADOLESCENCIA.....	9
1.1 Definición.....	9
1.2 Etapas de la Adolescencia.....	11
1.3 Desarrollo Físico.....	20
1.4 Desarrollo Sexual.....	22
1.5 Desarrollo Psicosexual.....	25
1.6 Desarrollo Psicológico.....	27
1.7 Desarrollo Cognitivo.....	30
1.8 Desarrollo Moral.....	33
1.9. Desarrollo Social.....	36
2. SEXUALIDAD HUMANA.....	45
2.1 Definición.....	45
2.2 Caracteres Sexuales Primarios.....	46
2.3 Caracteres Sexuales Secundarios.....	46
2.4 Aparatos Reproductores.....	47
2.5 Órganos Genitales Femeninos.....	47
2.6 Órganos Genitales Masculinos.....	49
2.7 Ciclo Menstrual.....	52
2.8 Métodos Anticonceptivos.....	54
2.9 Enfermedades de Transmisión Sexual.....	66
3. SEXUALIDAD EN EL ADOLESCENTE.....	77
3.1 El despertar de la Sexualidad.....	79
3.2 La identidad Sexual.....	81
3.3 El deseo Sexual.....	82
4. Educación Sexual.....	85

4.1 Influencia de la Educación.....	85
4.2 Pautas para una correcta educación sexual.....	88
4.3 El papel de los padres y los educadores en la educación sexual.....	91
CAPITULO II. TALLER DE SEXUALIDAD PARA ADOLESCENTES.....	95
1. Introducción.....	95
2. Objetivos.....	96
3. Consideraciones generales.....	97
4. Descripción de las actividades.....	97
4.1 Descripción general de las actividades.....	97
4.2 Carta descriptiva.....	99
4.3 Descripción de la actividades por sesión.....	101
CAPITULO III. CONCLUSIONES.....	110
LIMITACIONES Y SUGERENCIAS.....	119
REFERENCIAS.....	121
ANEXOS.....	125

RESUMEN

Los temas que se presentarán a lo largo de este trabajo tienen la finalidad de dar a conocer la importancia de que el adolescente tenga una adecuada información de la sexualidad, ya que en la actualidad la información que tienen muchas veces, no es la adecuada; por tal motivo se darán a conocer algunos temas como la adolescencia, el desarrollo tanto físico, psicosexual, cognitivo y social, la sexualidad humana, métodos anticonceptivos, enfermedades de transmisión sexual, el amor, el enamoramiento, la relación entre padres e hijos en esta etapa, el valor de los amigos, la sexualidad en el adolescente, la educación sexual. Es imprescindible que dentro del programa educativo en las escuelas impartan estos temas de manera extensa y clara para que les sirva en su vida futura a los adolescentes. Por todo lo anterior, se plantea el proyecto de un taller de educación en la sexualidad para adolescentes para que este instrumento los docentes, trabajo social y prefectos, de los alumnos les permitan impartir temas relacionados con estos aspectos y así los adolescentes conozcan su sexualidad de manera responsable.

Palabras clave: Adolescentes, taller de orientación sexual.

INTRODUCCIÓN

La adolescencia es un periodo de cambios y fuertes retos, entre ellos es el conocimiento de la sexualidad; en esta etapa se da la curiosidad por este tema partiendo del conocimiento propio en donde los miedos y dudas salen a flote, por esto es necesario que los adolescentes estén realmente informados y que tengan un conocimiento veraz de la sexualidad ya que al no estarlo se quedan con información falsa que puede afectar su vida.

Por tal motivo, se planea la realización de un taller de orientación en la sexualidad para adolescentes en el que los sujetos puedan expresar dudas, vivencias, miedos, etc.; obtengan respuestas con información adecuada y apoyo emocional en esta etapa por parte de un profesional ya que pueden buscar respuestas en sitios que no son de utilidad o no son confiables y obtengan una mala orientación.

Por lo tanto, se presenta este proyecto, en donde el Capítulo I abarca el marco teórico donde se muestran temas como la adolescencia y sus etapas; así, como el desarrollo físico, el desarrollo psicosexual, el desarrollo cognitivo y el desarrollo social.

Se abordan también conceptos básicos de la sexualidad humana, como el ciclo menstrual, los aparatos reproductores tanto femeninos como masculinos, los métodos anticonceptivos para que no existan embarazos no deseados y que se dé el autoconocimiento. Así, como el tema de enfermedades de transmisión sexual, entre otros.

Se aborda el tema de la educación sexual, la importancia de los valores dentro de este tema, la sexualidad como el lenguaje del amor, entre otros.

En el Capítulo II, se da a conocer la propuesta del taller ya como tal, donde se describen de las actividades tanto de forma general como por sesión.

En el Capítulo III se hace referencia a las conclusiones de la propuesta y por último, referencias del mismo y anexos.

JUSTIFICACIÓN

Los adolescentes atraviesan por grandes y difíciles cambios en esta etapa, tal vez es la etapa más difícil por la que el ser humano tiene que pasar, llena de nuevos retos, de confusión, de adversidad, de establecimiento de identidad, incluso las dudas sobre su misma sexualidad; así, como una enorme curiosidad por el tema.

Debido a la falta de información certera sobre este, los adolescentes pueden llegar a extremos no deseados como enfermedades de transmisión sexual, embarazos no deseados, etc.

Este proyecto pretende dar a conocer la necesidad de los jóvenes por estar completamente informados con el tema de la sexualidad, pues en la escuela secundaria tanto maestros como padres de familia se preocupan más por el ámbito educativo que por los sentimientos de los jóvenes y por la forma en que se viven.

De aquí surge la inquietud de realizar una propuesta para un taller de sexualidad pues se pretende ayudar a los jóvenes para que expresen y aclaren sus dudas mediante información completa y profesional para que puedan expresarse y abrirse para la aclaración de las dudas y vivencias que surgen con este tema.

ANTECEDENTES

De un tiempo hacia acá, este tema ha resurgido por parte de los adolescentes mostrando un gran vacío tanto informativo como emocional.

Por tal motivo, la necesidad de informar a los adolescentes de la mejor forma, se ha hecho cada vez más necesaria y se ha mostrado con investigaciones respecto a este tema y a continuación se presentan algunas de las mismas:

Zsazs (1999) encontró en México que los resultados sugieren que los adolescentes como sujetos son capaces de tomar decisiones sobre su sexualidad y de recibir orientación de manera coherente con su proyecto de vida.

Carrasco (2001) encontró en Durango, México que los adolescentes son sujetos de influencias y por lo tanto no tendrán responsabilidad con su sexualidad. Así que es necesario darle una precisa y real información acerca de la sexualidad.

La Comisión Episcopal de Educación Católica de Argentina (2006) encontró que mientras al sujeto se le dé una orientación en conjunto, escuela, familia, sociedad e iglesia será un sujeto responsable de su sexualidad.

Cárdenas y Figueroa (2001) encontraron que los padres de los adolescentes no están informados sobre el tema de sexualidad humana y no muestran algún interés por hacerlo, por lo que es importante el conocimiento y aceptación de los cambios de la etapa tanto en padres como en los hijos.

Vázquez (2003) encontró que en esta etapa la sexualidad jugará un papel determinante en la vida futura de los individuos. La educación actual presenta muy poca atención a los problemas de los adolescentes, sobre todo de la sexualidad.

Por lo tanto, se han encontrado investigaciones sobre el tema, mostrando la necesidad de informar a los adolescentes para que tomen conciencia sobre su sexualidad, dichas investigaciones se tomarán como referencia para dicho proyecto.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Diseñar un taller de sexualidad para alumnos de tercer grado de secundaria.

OBJETIVOS PARTICULARES

- Crear un modelo de taller para que sirva como guía para la realización y exposición de estos a futuro.
- Proporcionar información y apoyo a los adolescentes para lograr un desarrollo integral en el área sexual.
- Ofrecer apoyo psicológico a los adolescentes para que logren un autoconocimiento y autodesarrollo personal.

IMPORTANCIA DE LA TESINA

Una de las tareas de la sociedad es orientar y guiar a los adolescentes de la mejor manera para darles herramientas necesarias para la realización de éstos como personas.

En la actualidad y en tiempos tan difíciles, las personas adultas tienen la responsabilidad de analizar la situación de esta etapa para empatizar con los jóvenes; se necesita una sociedad que se interese a fondo por las vivencias de los adolescentes para enseñarles en lo posible los riesgos de la ignorancia con respecto a la sexualidad. Es necesaria la información veraz y óptima que debe darse a los adolescentes como herramienta de vida, de lo contrario puede ser que la información errónea los lleve a consecuencias y experiencias negativas.

Por lo tanto, es importante esta propuesta para que la sociedad, en este caso los adultos responsables de la educación de los adolescentes en la escuela secundaria, puedan proporcionar información a los jóvenes para que no vivan los problemas mencionados y desarrollar una sexualidad sana y responsable.

CAPITULO I. MARCO TEÓRICO

1. ADOLESCENCIA.

1.1 DEFINICIÓN.

“La adolescencia es un período de la vida que oscila entre la niñez y la adultez, y cuya duración e incluso existencia han sido discutidas y definidas como época de crisis” (González y cols., 2000, pág. 9).

La adolescencia es una etapa de la vida sumamente importante para el desarrollo de las personas, ya que en este período se viven cambios biológicos, psicológicos y sociales.

Tiempo atrás se consideraba que esta fase era una especie de puente entre la niñez y la edad adulta, por lo que se creía que ésta era un momento de transición y de preparación para el futuro.

Como consecuencia de este pensamiento, la adolescencia se entendía como una etapa para llegar a ser y no para ser, lo que generaba en las personas adolescentes sentimientos de que les faltaba algo, que no estaban completas, y que eran el futuro de la sociedad (sin tomar en cuenta que también son el presente). Además, esta forma de entender la adolescencia suponía la idea errónea de que esta fase de la vida era una época de crisis, problemas y desencantos. De ahí que se considerara a los adolescentes como personas inevitablemente rebeldes, malhumoradas, irresponsables y vagas.

Sin embargo, al final del siglo XIX se ha reconocido al período de la adolescencia como una etapa psicológicamente completa del desarrollo merecedora del estudio científico por lo que ahora se han logrado superar estas ideas y reconocer que la adolescencia es una fase con características propias y

particulares, en la que se producen grandes modificaciones, revisiones y reconstrucciones de procesos que se viven desde el nacimiento. Además, los adolescentes son reconocidas como personas con muchas potencialidades, capacidades y habilidades que aportar a la sociedad.

Así mismo durante esta etapa de cambios psicológicos también existen cambios biológicos denominados pubertad.

a) PUBERTAD.

Según Berk (2001) durante la pubertad, la gente joven se convierte en madura físicamente y capaz de reproducirse. Acompañando a los cambios de tamaño y proporciones corporales, hay cambios en rasgos físicos relacionados con el funcionamiento sexual:

1. Características sexuales primarias. Implica los órganos reproductivos (ovarios, útero y vagina en las mujeres; pene, escroto y testículos en los hombres).

2. Características sexuales secundarias. Son visibles en el exterior del cuerpo y sirven como señales adicionales de la madurez sexual (por ejemplo, el desarrollo de pechos en las mujeres, la aparición de vello en las axilas y en el pubis en ambos sexos).

Por lo tanto, la pubertad es el periodo de mayor diferenciación sexual desde la vida prenatal.

1.2 ETAPAS DE LA ADOLESCENCIA.

Las etapas de la adolescencia descritas por Blos (2003) son:

1. Preadolescencia (de los 9 a los 11 años).
2. Adolescencia Temprana (de los 12 a los 15 años).
3. Adolescencia (de los 16 a los 18 años).
4. Adolescencia Tardía (de los 19 a los 21 años).
5. Postadolescencia (de los 21 a los 29 años).

A continuación se describe cada una de las etapas:

1. Preadolescencia (de los 9 a los 11 años).

La maduración física de la pubertad es la línea que identifica el inicio de esta etapa, cuando se presentan los caracteres sexuales, la menarca en las niñas y la primera eyaculación en los niños.

Al cambiar la forma exterior del cuerpo, aumenta una gran curiosidad sexual para saber cómo se engendran y nacen los niños; en las chicas hay más cuchicheo y secretos, especialmente aquellos de contenido sexual, que las une por sentimientos de intimidad y “conspiración”. (Actualmente los niños reciben desde pequeños información acerca de estos temas, misma que les ayuda a comprender mejor los cambios y procesos relacionados con la sexualidad).

La preadolescencia se caracteriza por un aumento cuantitativo en los impulsos. El niño es más inaccesible, más difícil de enseñar y controlar.

Adquiere importancia el grupo de amigos y “cómplices”. Y esto le permite desarrollar capacidades e intereses que son aprobados por su grupo de amigos

y adoptar muchas actitudes compensatorias, conductas compulsivas y pensamientos obsesivos para aliviar su angustia vivida en esta etapa.

Pueden aparecer síntomas transitorios como los miedos, fobias, tics nerviosos, etc. En esta etapa se presentan dolores de cabeza y de estómago; aparecen manías, como jugar con los cabellos, comerse la uñas, taparse los labios, tartamudear, tocar constantemente todas las cosas e inclusive, en algunos niños, chuparse el pulgar.

Los muchachos son hostiles con sus compañeras las atacan, tratan de evitarlas y se vuelven presumidos y burlones. El muchacho debe renunciar a su deseo de seguir siendo dependiente del vínculo materno, pues ahora está en el tránsito a convertirse en un adulto.

Se presentan respuestas de tipo intelectual y religioso como mecanismos para calmar la ansiedad; hay autodescubrimientos y experiencias internas más conscientes; generalmente se da un despertar místico y de admiración por la belleza. Es una ruptura franca con la vida infantil, que también trae consigo temor y angustia por dejarla.

2. Adolescencia temprana (de 12 a los 15 años).

El desarrollo corporal va tomando las características propias de la feminidad y la masculinidad. Los chicos y chicas se individualizan y se separan de las figuras parentales, cuestionan valores, reglas y leyes morales.

En esta edad los valores morales, las normas de conducta han adquirido cierta independencia y un control en el adolescente. A pesar de esto en la adolescencia temprana puede darse un rompimiento del autocontrol que desemboca a conductas delictivas, muchas veces relacionadas con la búsqueda de objetos de amor. Estas conductas también ofrecen un escape de la soledad, del aislamiento y de la depresión.

La pérdida de interés de adolescente por sus familiares hace que sus amigos adquieran especial importancia y significado: lo idealiza, lo admira y ama, su “yo ideal” se proyecta en el amigo, que representa algo que él desea tener; más tarde se vuelca sobre un adulto al que admira y trata de emular, y frecuentemente sobre un ídolo del mundo artístico o deportivo.

El individuo de esta edad necesita poseer objetos a los que pueda amar y admirar. Sin embargo, más tarde hay una frustración ya que el amigo idealizado se convierte en un sujeto normal. Sin embargo, también el adolescente es capaz de regular y mantener la autoestima.

La amistad en la adolescencia temprana en la muchacha, desempeña también un papel importante. La falta o pérdida de una amiga puede llevarla a la desesperación y aún, a la depresión. En algunos casos cuando se da la pérdida se ha llegado a la psicosis.

Para el adolescente varón, los sentimientos de ternura hacia el padre constituyen un conflicto. La situación se resuelve ya sea entrando en franca oposición con él o mediante una gratificación inhibida de metas, intereses compartidos y camaradería.

Por otra parte, la muchacha reprime menos su tendencia bisexual y muestra más fácilmente su masculinidad, el muchacho, en cambio, niega y se avergüenza de su feminidad.

También se da la precocidad sexual y las medidas de seguridad en contra de ésta, se encontrarán en las amistades, las fantasías, los intereses intelectuales, las actividades atléticas, etc. y muy especialmente, en la accesibilidad emocional de los padres, sobre todo de la madre o el sustituto materno.

3. Adolescencia (de los 16 a los 18 años).

Esta etapa culmina con la formación de la identidad sexual. En la adolescencia propiamente dicha, generalmente ocurre un cambio hacia la heterosexualidad y se da la renuncia final e irreversible hacia el objeto incestuoso. Surge el sentimiento de estar enamorado y las preocupaciones por problemas políticos, filosóficos y sociales son típicos del período adolescente.

El impulso sexual adecuado gana gradualmente ascendencia y produce una angustia conflictiva. Los mecanismos defensivos y adaptativos pasan a primer plano; la vida emocional es más intensa, más profunda y con mayores horizontes. La aptitud para el amor heterosexual maduro se desarrolla con lentitud. Los deseos edípicos y conflictos resurgen; los conflictos internos alcanzan el máximo desarrollo, y resulta imposible predecir el resultado final.

La identidad sexual implica la existencia de cambios característicos e identificativos; pero también de presiones sociales que forzan la sumisión y que pueden producir un estado de confusión interna.

Los padres que en la niñez son sobrevalorados y considerados con temor y respeto, ahora son devaluados y vistos con las ruines proporciones de un ídolo caído, y esos sentimientos que antes fueron hacia los padres, se vuelcan hacia sí mismo y surge nuevamente el egocentrismo. Con ello se presenta la sobrevaloración del propio ser, una sensibilidad y auto observación exageradas, además de cambios de humor inesperados.

La formación de carácter, bajo circunstancias normales, en sus aspectos positivos o negativos, derivan su calidad y su estructura de las actividades yoicas, las cuales, en general, son al principio medidas defensivas en las que gradualmente se adapta el adolescente.

En esta etapa la creatividad suele manifestarse con fuerza y las expresiones artísticas hacen posible la comunicación de experiencias personales, que

también se vuelven un vehículo para la participación social y muchos adolescentes llevan diarios personales.

Las fantasías privadas son comparadas a un “ensayo”, porque frecuentemente son funciones preparatorias para iniciar relaciones interpersonales, especialmente con el sexo opuesto. Hay una hipersensibilidad presente por y en relación a las personas que lo rodean y hay un abrumador anhelo de amor.

Realmente es una etapa difícil ya que de alguna manera sufre al renunciar a sus “padres ideales” y experimenta un vacío interno, pena y tristeza que requieren de la elaboración del duelo por esta pérdida. En algunos adolescentes hay estados de conflicto y frustración más graves, que le provocan sufrimiento y un ánimo melancólico con sentimientos de inferioridad, que puede derivar en una depresión real.

La tendencia a preservar los privilegios de la infancia y a gozar simultáneamente de las prerrogativas de la madurez, es casi un sinónimo de esta etapa de la adolescencia.

4. Adolescencia tardía (de los 19 a los 21 años).

Declinación natural del torbellino provocado por las secreciones hormonales, termina el crecimiento físico y las funciones cognitivas superiores encuentran su punto de maduración.

Según González y cols. (2000) la adolescencia tardía es una fase de consolidación que culmina en los siguientes cambios:

- Un arreglo estable y altamente idiosincrático en la que culminan intereses del Yo.
- Una extensión de la esfera del Yo libre de conflictos.
- Una posición sexual irreversible (constancia de identidad) resumida como primacía genital.

- Una catexis, relativamente constante de representaciones del Yo.
- La estabilidad de los aparatos mentales que de manera automática salvaguardan la identidad del mecanismo psíquico.

La tolerancia al conflicto y a la ansiedad, así como la cantidad y la intensidad de estímulos necesarios para el funcionamiento afectivo, determinan las diferencias individuales. En términos del organismo psíquico y su funcionamiento, este proceso influye en la formación del carácter y de la personalidad.

Los conflictos infantiles no son eliminados al final de la adolescencia, sino que se restituyen específicamente, se convierten en el Yo sintónico. Cualquier intento de dominio del Yo sintónico de un trauma residual, en muchos casos experimentado como conflicto, incrementa la autoestima.

Una característica predominante de esta etapa es, no tanto la resolución de los conflictos instintivos, sino lo incompleto de esta solución. Lo que fue un impedimento y un obstáculo para la maduración, se convierte precisamente en lo que da a la madurez su aspecto especial.

La formación de una identidad sexual estable y reversible es de mayor importancia para la organización de los impulsos específicos de la adolescencia tardía.

El proceso de consolidación de la etapa puede describirse como una serie de adaptaciones positivas y negativas a condiciones endopsíquicas y del medio ambiente.

Según González y cols. (2000) los fracasos en el dominio de la realidad interna y externa pueden catalogarse en dos categorías:

a) Categoría I:

- Un aparato yoico defectuoso.
- Una capacidad deteriorada para el estudio diferencial.
- Una proclividad a la ansiedad traumática (pánico de la pérdida del Yo).

Los casos que comprenden condiciones limítrofes esquizofrénicas y psicóticas, pueden ser llamados casos de adolescencia mal lograda.

b) Categoría II:

- Perturbaciones entre los sistemas.
- Bloqueos del aprendizaje diferencial (todo tipo de inhibiciones).
- Deseos de evitar una ansiedad conflictiva (formación de síntomas).

Por lo tanto, se puede hablar de adolescencia incompleta o de perturbaciones neuróticas.

El adolescente tiene como ganancia, la integración social, predictibilidad de sus reacciones, existe más constancia de emociones y logra la estabilidad en su autoestima. Logra mayor equilibrio afectivo y utiliza su fuerza de voluntad, se inclina hacia aquellos asuntos que realmente le importan en la vida y que exigen mayor compromiso.

Una característica del desarrollo de la adolescencia tardía es la integración de un Yo que combina los retardos parciales con expresiones de estabilidad como el trabajo, el amor y la afirmación de una ideología. El individuo toma conciencia de sí mismo como un ser social. Emergen y se consolidan (aunque a lo largo de la vida pueden cambiarse), preferencias recreacionales, vocacionales, devocionales, temáticas y conductas dedicadas al trabajo y al amor por igual.

La consolidación de la personalidad, al final de la adolescencia genera mayor estabilidad en los sentimientos y en la vida activa del joven adulto. Los deseos

de aventuras, las fantasías desbordadas y las inclinaciones artísticas, declinan gradualmente hasta que desaparecen por completo. La mayor capacidad para el pensamiento abstracto, para la construcción de modelos y sistemas, y la compacta amalgama de pensamientos y acción dan forma a una personalidad más unificada y consciente.

La aplicación de la inteligencia permite al individuo poner orden en el mundo que lo rodea. La consolidación de la adolescencia es un proceso de estrechamiento, limitación y canalización, y nunca, de simples alternativas.

5. La postadolescencia (de los 21 a los 24 años).

Los sujetos que cursan esta etapa son los llamados “adultos jóvenes”. En esta etapa la transición de la adolescencia a la edad adulta está marcada por una fase intermedia, la postadolescencia, que puede ser reclamada con derecho por ambas etapas, y enfocada desde los puntos de vista de cualquiera de las dos. En una condición indispensable para el logro de la madurez psicológica.

La estructura psíquica ha adquirido, al final de la adolescencia tardía, una fijación e términos del desarrollo del Yo y de organización de impulsos, que permite al postadolescente armonizar las partes componentes de la personalidad.

El desarrollo de la personalidad, por lo general no se detiene con la terminación de la adolescencia. La paternidad y la maternidad contribuyen de manera específica a su continuación.

En este período se ejerce la moralidad, con un énfasis en la dignidad personal o autoestima, más que en la independencia superyoica y la gratificación instintiva. Se realiza todo tipo de sacrificios con el fin de sostener el sentido de dignidad y autoestima.

Son más capaces de pensar, sentir y actuar de una manera más integrada; supuestamente ya han hecho y consolidado su selección ocupacional, son autónomos económicamente, tiene mayores posibilidades de realizar actividades educativas por sí mismos y comparten su rol social con diversos grupos, se enamoran y son más propensos al matrimonio, a formar una pareja e incluso a permitirse la maternidad o la paternidad.

La duración para alcanzar estas características varía entre los individuos, por ello estos conceptos deben ser tomados como generalizaciones, ya que las experiencias y circunstancias que rodean a cada ser humano son diferentes y sus vivencias siguen su propio proceso y tiempo de maduración y desarrollo.

El fracaso puede impedir la integración de esfuerzos diversos y contradictorios, de la misma manera en que puede terminar con la esperanza de mejorar el nivel de vida. El fracaso no estriba en la falta de opciones vitales que crea, sino en que favorece la idea de que el cumplimiento de éstas provendrá de circunstancias.

Un bloqueo característico es la fantasía de rescate según González y cols. (2000). En lugar de vivir para realizar las tareas de vida, el adolescente espera que las circunstancias de esta le resuelvan la tarea de vivir. Esta fantasía está íntimamente ligada con el romance familiar y con los sueños diurnos. La función de estos sueños es el cumplimiento de los deseos y la corrección de la vida real. Toman dos direcciones una erótica y la otra ambiciosa, la primera se oculta normalmente en la segunda.

Las fantasías son muy intensas y disociadas en mayor o menor grado, son pensamientos íntimos que suelen favorecer el desarrollo de perturbaciones neuróticas; sus avances pueden observarse durante la adolescencia tardía. Si persisten, provocarán una crisis en la postadolescencia al permitir la supervivencia indefinitiva de las fantasías de rescate y generar muchas

restricciones e inhibiciones yoicas. También puede considerarse que hacen de un trauma residual específico una parte integral de la organización yoica.

El hombre tiene que reconciliarse con la imagen paterna y la mujer con la imagen materna, para alcanzar la madurez. Una falla en este punto de desarrollo dará como resultado soluciones regresivas, deformaciones yoicas o un conflicto con la realidad.

Durante la adolescencia no sólo se experimentan cambios biológicos (o sea en el cuerpo), sino también cambios psicológicos (en la forma de pensar, sentir, actuar) y sociales (en las relaciones con las demás personas, como los padres, hermanos y otros familiares, amigos y amigas, y con las personas adultas en general). Todos estos cambios y la forma en cómo se vivan, determinan la imagen que se va construyendo del adolescente.

1.3 DESARROLLO FÍSICO.

La glándula responsable de los cambios que tiene el cuerpo en la adolescencia se encuentra en el cerebro, llamada pituitaria. Ésta produce y libera unas sustancias denominadas hormonas, que circulan por la sangre y llegan a distintas partes del cuerpo. Entre éstas se incluyen los andrógenos (hormonas masculinas) y los estrógenos (hormonas femeninas). Estas hormonas van relacionadas con el crecimiento y el sexo.

Están presentes tanto en hombre como en mujeres sin embargo, un hombre tiene más andrógenos y una mujer tiene más estrógenos. Además de otras hormonas en conjunto con éstas interactúan entre sí para estimular la progresión ordenada de los numerosos desarrollos físicos, fisiológicos y psicológicos.

En general, los jóvenes se desarrollan aceleradamente en los 2 años antes a la pubertad, y especialmente en el año antes a ella, conocido como “la edad de crecimiento máximo” según la S.S.A.(2009). Después el ritmo de crecimiento se vuelve más lento, las jóvenes alcanzan su altura definitiva alrededor de los 19 años y los varones a los 21 o 22 años.

En ambos sexos las extremidades y el cuello crecen más rápido que la cabeza y el tronco. En los varones se produce un notorio ensanchamiento de la espalda, se vuelven más delgados, más angulosos y más musculosos. En las niñas se dilata la pelvis, cambian las proporciones faciales, la nariz y la barbilla se hacen más prominentes.

Los órganos genitales externos, se hacen más grandes, esto es más notable en el caso del hombre. A medida que los testículos y el escroto aumentan su tamaño, se colocan en suspensión. El tronco del pene se alarga y se ensancha, la cabeza del pene se desarrolla hasta que en algunos casos emerge completamente del prepucio y el pene queda colgante.

Durante el desarrollo físico la altura del niño aumenta en un 25% y su peso se duplica. Durante el periodo de latencia los niños aumentan poco más de 5 cm. De altura por año y alrededor de 2 kilos de peso. En el pico del crecimiento las niñas crecen unos 9 cm en un año y aumentan 5 kilos de peso y los varones crecen unos 11 cm y aumentan alrededor de 6 kilos en el mismo periodo. Pero hay quienes maduran más tarde. Los varones son más grandes que las niñas, excepto en el periodo entre los 11 y 14 años cuando estas últimas maduran antes y sobrepasan a sus pares del otro sexo.

Así según la S.S.A. (2009) esta es la tabla de índice de masa corporal (peso/ talla), en este caso de los 11 a los 19 años (tabla 1):

Tabla 1. Índice de masa corporal (peso y talla).

Mujeres		Edad	Hombres	
Mínimo	Máximo		Mínimo	Máximo
14.4	20.9	11 años	14.5	20.2
14.8	21.7	12 años	15.0	21.0
15.3	22.5	13 años	15.5	21.8
15.8	23.3	14 años	16.0	22.6
16.3	24.0	15 años	16.5	23.4
16.8	24.6	16 años	17.1	24.2
17.2	25.2	17 años	17.7	24.9
17.5	25.6	18 años	18.3	25.6
17.7	26.1	19 años	18.7	26.4

1.4 DESARROLLO SEXUAL.

El desarrollo sexual es parte fundamental de la identidad del yo. Durante la adolescencia, el joven se identifica con su propio sexo, es decir, asume los rasgos, actitudes, conducta verbal, gestual y motivaciones propias de su género. Este sexo identificado necesita ser reafirmado por los otros, por ejemplo, relaciones con pares de su mismo sexo, relaciones eróticas con el otro sexo, etc., y por el propio adolescente, para asegurarse de su aceptación y lograr la adaptación social.

El primer signo externo en el desarrollo sexual suele ser el crecimiento de los testículos y el escroto (la estructura en forma de bolsa que contiene a los testículos), también comienza a crecer, en algunos casos, con lentitud, el vello púbico.

Tiempo después empieza a crecer el pene en conjunto con el crecimiento de estatura. El vello en el cuerpo y en la cara suele aparecer después de dos años del inicio del crecimiento del vello púbico. Aunque en algunos adolescentes aparece primero el vello en la cara y cuerpo y después el vello púbico. En este proceso también se da la producción de espermatozoides el cual no es un signo externo.

Uno de los aspectos que a algunos adolescentes les causa vergüenza es la aparición de un tono más bajo en la voz. En algunos adolescentes este cambio es bastante abrupto y dramático mientras que en otros se da de forma tan gradual que puede ser imperceptible.

Durante este proceso la laringe o “manzana de Adán” aumenta mucho de tamaño y las cuerdas vocales aumentan casi al doble de longitud. Este proceso da lugar al tono más bajo de la voz.

En las chicas los estrógenos y progesterona provocan cambios en el cuerpo, la maduración y liberación de los óvulos (células sexuales femeninas), y la menstruación.

Estos cambios aparecen y se acentúan durante los primeros años de la adolescencia, en las mujeres generalmente entre los 10 y los 12 años. Esto no quiere decir que en las edades posteriores el cuerpo no siga viviendo modificaciones, sino que es en estos períodos cuando los cambios son más evidentes e intensos. Además los procesos de la adolescencia no se viven de igual manera por todas las personas, así que es normal y posible que algunos

adolescentes experimenten estos cambios más temprana o tardíamente que el resto de los demás.

El primer signo externo es el comienzo de la elevación de los pechos, aunque en algunas adolescentes la aparición de vello púbico suele anteceder al desarrollo de los pechos. El crecimiento del útero y la vagina suele acompañarse del desarrollo de los pechos y los genitales femeninos (los labios y el clítoris) también aumentan de tamaño. La menarquia (la edad de inicio de la menstruación) ocurre relativamente tarde en la secuencia del desarrollo y casi siempre después de que el ritmo del crecimiento de la estatura comienza a disminuir.

De acuerdo a Álvarez-Gayou (2007) los siguientes son los principales cambios que se presentan en el cuerpo:

a) Varones.

- Los testículos y el escroto comienzan a aumentar de tamaño.
- El vello púbico comienza a aparecer.
- Comienza el crecimiento físico y con este el aumento del tamaño del pene.
- La voz se hace más profunda conforme crece la laringe.
- Se incrementa la producción de esperma, y puede ocurrir la emisión nocturna (eyacuación del semen durante el sueño).
- La próstata aumenta de tamaño.
- La producción de esperma se vuelve suficiente para la fertilización.
- La fuerza física alcanza su mayor nivel.

b) Mujeres.

- Empieza el crecimiento en la estatura.
- Comienza la elevación de los pechos y las caderas comienzan a redondearse.
- Aparece el vello púbico aterciopelado.
- El útero y la vagina, así como la vulva y el clítoris, aumentan de tamaño.
- El vello púbico pigmentado está bien desarrollado, hay cantidades moderadas de pelo en el cuerpo.
- Los pechos se desarrollan más, comienza la pigmentación en los pezones; la areola aumenta de tamaño.
- La menarquia (aparición de la menstruación).
- Ocurre una mayor maduración de los pechos y crecimiento del vello de las axilas.
- La adolescente se vuelve capaz de concebir, por lo general después de unos años de que aparece la menarquia.

1.5 DESARROLLO PSICOSEXUAL.

Según Freud (citado por Dicaprio, 2000) existen etapas psicosexuales del desarrollo del individuo en donde se les asigna un papel preponderante a los instintos sexuales en la formación y desarrollo de la personalidad.

Las zonas erógenas del cuerpo se vuelven focos de placer sexual, según Freud (citado por Dicaprio, 2000) describió cuatro etapas del desarrollo psicosexual:

1. Oral (los primeros 18 meses).
2. Anal (18 meses a 3 ½ años).
3. Fálica (3 a5 a los 6 años).
4. Genital (pubertad).

Entre la etapa fálica y la genital hay un periodo de latencia que abarca de los 6 a los 12 años, esta no es una etapa de desarrollo. Los adolescentes se encuentran en la etapa genital. Y a continuación se describe:

a) ETAPA GENITAL.

El periodo de latencia se da antes de empezar esta etapa, en este periodo de da la consolidación y elaboración de los rasgos y habilidades previamente adquiridos, sin que aparezca nada dinámicamente nuevo.

Esta etapa comienza con la pubertad y es el último periodo significativo del desarrollo de la personalidad. En la etapa genital la sexualidad alcanza su madurez y se vuelve heterosexual. Cada zona es autónoma, pero, con la maduración de los instintos sexuales, los órganos genitales se vuelven el origen principal de las tensiones y los placeres sexuales, y los otros órganos se subordinan.

Según Freud (citado por Dicaprio, 2000) la genitalidad, en un sentido estrecho, incluye la potencia sexual y el orgasmo pero en un sentido amplio, es más que solo potencia sexual. Para el hombre significa competencia y dominio en una amplia gama de actividades como profesionales, recreativas y sociales. La genitalidad en la mujer también incluye más que potencia orgásmica; debe ser capaz de apoyarse en sus dos pies de interés en los hombres y de capacidad en ciertos atributos femeninos como emotividad, interés maternal y creatividad. Se percibe al individuo que tiene esos rasgos y habilidades genitales como una persona que vive en forma efectiva.

Si una persona se desarrolla satisfactoriamente en esta etapa, los rasgos adquiridos en las etapas previas deben estar presentes en la forma y proporción apropiadas. La madurez es la combinación armónica y balanceada de todos los rasgos pregenitales desarrollados de manera apropiada.

1.6 DESARROLLO PSICOLÓGICO.

Al enfrentarse a la tarea de desarrollar un sentido de identidad personal, el adolescente debe afrontar a muchos cambios e incongruencias de el mismo propios de la etapa.

El perfil psicológico es transitorio, cambiante y emocionalmente inestable. El desarrollo de su personalidad dependerá en gran medida de la personalidad que se haya estructurado en las etapas preescolar y escolar y de las condiciones sociales, familiares y ambientales que se les ofrezcan. Los cambios y transformaciones que cubre el individuo en esta etapa son considerablemente acusados tanto en la esfera psíquica como en la orgánica. De acuerdo a Musen, Conger, Kagan, (2000) algunas de las tareas que se imponen a un adolescente, incluyen:

- Ajustarse a los cambios físicos de la pubertad.
- Desarrollar independencia de los padres o de otros cuidadores.
- Adoptar nuevos papeles sexuales.
- Adoptar nuevos papeles sociales.
- Establecer relaciones afectivas con los coetáneos.
- Sentido de identidad.
- Cierta tipo de filosofía de vida.

Los adolescentes pueden entrar en una etapa de crisis de identidad. Durante esta etapa analizan sus opciones y buscan llegar a comprometerse con algo en lo que puedan tener fe. Así, un adolescente puede optar por ir a la universidad, dar clases de baile, hacerse vegetariano, etc. Con frecuencia, estos compromisos de carácter ideológico o personal ayudan a formar la identidad y moldean la vida en los años siguientes. El nivel de confianza que los

adolescentes tengan en sus compromisos influye en su capacidad para resolver sus crisis de identidad.

Si bien durante la infancia es importante confiar en otros, sobre todo en los padres, durante la adolescencia es importante confiar en uno mismo. También transfieren su confianza de los padres a otras personas, como amigos íntimos o parejas. El amor es parte del camino hacia la identidad. Al compartir sus pensamientos y sentimientos con otra persona en quien confía, el adolescente está explorando su identidad posible, y viéndola reflejada en la otra persona, a través de la cual puede aclarar mejor quien es. No obstante, la intimidad madura, que implica compromiso, sacrificio y entrega, no se alcanza hasta haber logrado una identidad estable.

Según Marcia (citado por Muñoz, 2010) clasifica a las personas en cuatro niveles de identidad:

1. Exclusión. En este nivel existe un compromiso pero no ha habido crisis. En él, la persona no ha dedicado tiempo a dudar y considerar las alternativas sino que se compromete con los planes de otra persona para su vida. Suele tratarse de personas con altos niveles de autoritarismo y pensamiento estereotipado obedecen la autoridad, se rigen por un control externo, son dependientes y presentan bajos niveles de ansiedad. Pueden sentirse felices y seguros, tienen vínculos familiares estrechos, creen en la ley y el orden y se vuelven dogmáticos cuando alguien cuestiona sus opiniones. Los padres de estos adolescentes suelen involucrarse demasiado con los hijos, evitan expresar las diferencias y usan la negación y la represión para evitar manejar cosas que no les agradan.

2. Moratoria (crisis sin compromiso). Es el adolescente en crisis; considera diversas alternativas, lucha por tomar una decisión y parece dirigirse hacia un compromiso. Probablemente logrará la identidad. Estas personas suelen tener altos niveles de desarrollo del yo, razonamiento moral y autoestima. Se

muestran más ansiosos y temerosos del éxito. A menudo mantienen una lucha ambivalente con la autoridad paterna.

3. Logro de identidad (crisis que lleva al compromiso). En este nivel, el adolescente se ha comprometido con algo después de un periodo de crisis. Son personas con altos niveles de desarrollo del yo y razonamiento moral. Se rigen por un control interno, tienen seguridad en sí mismas, alta autoestima y funcionan bien en condiciones de estrés y cercanía emocional. Los padres de estos adolescentes estimulan la autonomía y la relación con los profesores; las diferencias se analizan de un modo colaborador.

4. Confusión de la identidad (sin compromiso, crisis incierta). En este nivel puede o no haberse considerado las opciones, pero se evita el compromiso. Son adolescentes superficiales e infelices, a menudo solitarios. Tienen un bajo nivel de desarrollo del yo, razonamiento moral y seguridad en sí mismos; presentan habilidades deficientes para cooperar con los demás. Los padres de estos adolescentes no intervienen en su crianza, los rechazan, los ignoran o no tienen tiempo para ellos.

En las fases más avanzadas, la capacidad de juicio crítico se extiende a sí mismo, de ahí el sentimiento de culpabilidad como característico de la esfera afectiva y por el cual nacen deseos de rectificación por mecanismos de sublimación y racionalización. Las relaciones con el sexo opuesto se hacen más serias, aumenta su capacidad para establecer sus propias metas, disminuyen los conflictos y aumenta su estabilidad emocional, así como la aparición e identificación de patrones o tendencias aberrantes. Algunos adolescentes de 12 años en adelante tanto hombres como mujeres tienden a ponerse irritables al llamarlos "niños".

1.7 DESARROLLO COGNITIVO.

Según Piaget (citado por Berk, 2001) no creía que el conocimiento se impusiera en un niño pasivo y reforzado. Según su teoría de desarrollo cognitivo, los niños construyen activamente el conocimiento mientras exploran el mundo.

Al igual que las estructuras del cuerpo se adaptan para ajustarse al ambiente, las estructuras de la mente se desarrollan a lo largo de la niñez temprana, el entendimiento de los niños es muy diferente al del adulto.

Según Berk (2001) en la teoría de Piaget, los individuos atraviesan cuatro etapas de desarrollo, cada una caracterizada por maneras de pensar cualitativamente distintas:

1. Etapa sensoriomotora (del nacimiento a los 2 años).
2. Etapa preoperacional (de los 2 a los 7 años).
3. Etapa operacional concreta (de los 7 a los 11 años).
4. Etapa operacional formal (de los 11 años en adelante).

En el caso de los sujetos a los que se dirige el taller se encuentran en la etapa de operaciones formales.

a) ETAPA DE OPERACIONES FORMALES.

Esta etapa comienza de los 11 años en adelante. La capacidad de abstracción permite a los adolescentes razonar con símbolos que no se refieren a objetos en el mundo real, como las matemáticas avanzadas. También pueden pensar sobre todos los posibles resultados del problema científico, no sólo los más obvios.

Según Berk (2001) esta etapa abarca tres grandes características:

a) Razonamiento hipotético- deductivo.

En la adolescencia, los jóvenes primero llegan a ser capaces del razonamiento hipotético-deductivo. Cuando se les presenta un problema, empiezan con una teoría general que incluya todos los posibles factores que pueden influir en la solución y deducir a partir de ellos hipótesis específicas (o predicciones) sobre lo que podría ocurrir. Después prueban estas hipótesis ordenadamente para ver cuáles son aplicables al mundo real.

b) Pensamiento proporcional.

Una segunda importante característica de la etapa es el pensamiento proporcional. Los adolescentes pueden evaluar la lógica de las proposiciones (afirmaciones verbales) sin referirse a las circunstancias del mundo real.

El pensamiento formal operacional también implica el razonamiento verbal sobre conceptos abstractos. Los jóvenes demuestran su capacidad de pensar de esta forma cuando consideran las relaciones entre tiempo, espacio y se interesan por la física y se preguntan sobre la justicia y la libertad en filosofía.

c) Egocentrismo operacional formal.

La capacidad de los adolescentes para pensar en abstracto combinada con los cambios que están experimentando, supone que empiecen a pensar más sobre sí mismos. Y con esto viene lo que se llama egocentrismo operacional formal: incapacidad de distinguir a las perspectivas abstractas del sí mismo y de los otros, según Inhelder y Piaget (citados por Berk, 2001).

Los adolescentes imaginan que es lo que otros deben estar pensando, cuando esto sucede, aparecen dos imágenes distorsionadas de la relación entre el sí mismo y el otro:

1. Audiencia imaginaria. Los jóvenes se consideran a sí mismos siempre en escena. Están convencidos de que son el foco de atención. Para los adolescentes, que creen que todo el mundo que les rodea está siguiendo su actuación, una crítica de un padre o un maestro puede ser muy mortificante para ellos.

2. Fábula personal. Como los adolescentes están seguros de que los otros los observan, desarrollan una opinión inflada sobre su propia importancia.

Sienten que son especiales y únicos. Esta fábula también contribuye a correr riesgos a los adolescentes y están convencidos de su exclusividad e invulnerabilidad. Sin embargo, poco a poco van disminuyendo conforme pasan los años.

Estas visiones distorsionadas pueden ser una extensión de los avances en la toma de perspectiva, lo que hace que los adolescentes estén preocupados por lo que otros piensan. Haciéndolos así mantener amistades que les importan mientras luchan por separarse de sus padres e interiorizar un sentimiento de independencia.

1.8 DESARROLLO MORAL.

Según Kohlberg (citado por Berk, 2001) el desarrollo moral de una persona pasa por tres grandes niveles. Cada uno de ellos contiene dos estadios o etapas:

a) Nivel Preconvencional.

Estadio 1. Obediencia y miedo al castigo.

Estadio 2. Favorecer los propios intereses.

b) Nivel convencional.

Estadio 3. Expectativas interpersonales.

Estadio 4. Normas sociales establecidas.

c) Nivel postconvencional.

Estadio 5. Derechos prioritarios y contrato social.

Estadio 6. Principios éticos universales.

En total seis estadios de madurez creciente y con razonamientos morales diferentes.

a) NIVEL PRECONVENCIONAL.

Es un nivel en el cual las normas son una realidad externa que se respetan sólo atendiendo las consecuencias (premio, castigo) o el poder de quienes las establecen. No se ha entendido, aún, que las normas sociales son convenciones por un buen funcionamiento de la sociedad. Este nivel integra a los dos siguientes estadios.

Estadio 1. Obediencia y miedo al castigo.

El estadio en el cual se respetan las normas por obediencia y por miedo al castigo. No hay autonomía sino heteronomía: agentes externos determinan qué

hay que hacer y qué no. Es el estadio propio de la infancia, pero hay adultos que siguen toda su vida en este estadio, así el delincuente que sólo el miedo le frena por miedo al castigo.

Estadio 2. Favorecer los propios intereses.

El estadio en el cual se asumen las normas si favorecen los propios intereses. El individuo tiene por objetivo hacer aquello que satisface sus intereses, considerando correcto que los otros también persigan los suyos. Las normas son como las reglas de los juegos: se cumplen por egoísmo. Se entiende que si uno no las cumple, no le dejarán jugar. Es un estadio propio del niño y de las personas adultas que afirman: “te respeto si me respetas”, “haz lo que quieras mientras no me molestes”.

b) NIVEL CONVENCIONAL.

En este nivel, las personas viven identificadas con el grupo; se quiere responder favorablemente en las expectativas que los otros tienen de nosotros. Se identifica como bueno o malo aquello que la sociedad así lo considera. Este nivel integra el estadio 3 y el estadio 4.

Estadio 3. Expectativas interpersonales.

En este estadio las expectativas de las personas que rodean al sujeto ocupan el puesto del miedo al castigo y de los propios intereses. Al sujeto lo mueve el deseo de agradar, de ser aceptados y queridos. Hacer lo correcto significa cumplir las expectativas de las personas próximas a un mismo. Es un estadio que se da en la adolescencia pero son muchos los adultos que se quedan en él. Son gente que quieren hacerse amar, pero que se dejan llevar por las otras: los valores del grupo, las modas, lo que dicen los medios de comunicación, expectativas de los amigos, etc.

Estadio 4. Normas sociales establecidas.

Es el estadio en el cual el individuo es leal con las instituciones sociales vigentes; para él, hacer lo correcto es cumplir las normas socialmente establecidas para proporcionar un bien común. Aquí comienza la autonomía moral: se cumplen las normas por responsabilidad. Se tiene conciencia de los intereses generales de la sociedad y éstos despiertan un compromiso personal. Constituye la edad adulta de la moral y se suele llegar bien superada la adolescencia. Kohlberg (citado por Berk, 2001) considera que éste es el estadio en el cual se encuentra la mayoría poblacional socialmente establecido.

c) NIVEL POSTCONVENCIONAL.

Es el nivel de comprensión y aceptación de los principios morales generales que inspiran las normas: los principios racionalmente escogidos pesan más que las normas. Le componen el estadio 5 y el estadio 6.

Estadio 5: Derechos prioritarios y contrato social.

Es el estadio de la apertura al mundo. Se reconoce que además de la propia familia, grupo y país, todos los seres humanos tienen el derecho a la vida y a la libertad, derechos que están por encima de todas las instituciones sociales o convenciones. La apertura al mundo lleva, en segundo lugar, a reconocer la relatividad de normas y valores, pero se asume que las leyes legítimas son sólo aquellas obtenidas por consenso o contrato social. Ahora bien, si una norma va contra la vida o la libertad, se impone la obligación moral de no aceptarla y de enfrentarse a ella.

Estadío 6: Principios éticos universales.

Se toma conciencia que hay principios éticos universales que se han de seguir y tienen prioridad sobre las obligaciones legales e institucionales convencionales. Se obra con arreglo a estos principios porque, como ser racional, ha captado la validez y se siente comprometido a seguirlos. En este estadio impera la regla de oro de la moralidad: "hacer al otro lo que quiero para mí". Y se tiene el coraje de enfrentarse a las leyes que atentan a los principios éticos universales como el de la dignidad humana o el de la igualdad. Es el estadio moral supremo, el de Gandhi, de Martin Luther King y el de todas las personas que viven profundamente la moralidad.

Los adolescentes están en el nivel convencional en el estadio 3 expectativas interpersonales.

1.9 DESARROLLO SOCIAL.

Según Dicaprio (2000), Erikson al analizar las etapas de vida, menciona que es necesario tener en cuenta que cada una, si es encontrada y vivida exitosamente agrega algo al ego. Es uno de los pocos psicólogos destacados que ha incluido en su sistema lo que se llama virtudes como la esperanza, la fidelidad, el valor, la determinación, etc.

Conforme el sujeto va creciendo enfrenta retos, al aprender a hacer más por si mismo aumenta la susceptibilidad a las frustraciones y los conflictos. Sin embargo, si una crisis no se resuelve con éxito en la etapa adecuada de desarrollo, las experiencias ulteriores pueden ofrecer una segunda oportunidad. Pero debe notarse que un logro alcanzado en la etapa adecuada puede preparar al sujeto en crecimiento para encargarse de la siguiente etapa, por lo tanto tendrá una posibilidad aún mayor de volverse una influencia continua en la personalidad del individuo, conforme sean dominadas las tareas subsecuentes.

Según Erikson (citado por Dicaprio, 2000) las siguientes son las 8 etapas de vida:

- 1.- Confianza contra desconfianza (lactancia).
- 2.- Autonomía contra vergüenza y duda (primera infancia).
- 3.- Iniciativa contra culpa (edad de juegos).
- 4.- Laboriosidad contra inferioridad (edad escolar).
- 5.- Identidad contra confusión de papeles (adolescencia).
- 6.- Intimidad contra aislamiento (estado adulto temprano).
- 7.- Generatividad contra estancamiento (estado adulto medio).
- 8.- Integridad del ego contra desesperación (estado adulto tardío).

Los adolescentes se encuentran en la etapa de Identidad vs confusión de roles.

En esta etapa la integración de la personalidad es siempre una cuestión de grado, todos los sujetos experimentan diferentes tendencias dentro de sí mismos, aspectos disociados de la personalidad que se comportan como personalidades y elementos aparte y parecen totalmente ajenos. El adolescente juega con diferentes papeles animados por cierta esperanza de uno de estos papeles le quede y esta experimentación puede reflejar que existe un trastorno grave de la personalidad, a pesar de que a menudo el único medio para enfrentarse con las tensiones interna y externas, es el empleo de comportamientos de ensayo y error y los mecanismos de adaptación.

1.9.1 RELACIONES FAMILIARES Y SOCIALES.

Los padres se dan cuenta de que a medida que los hijos entran en la adolescencia, la puerta de la habitación empieza a cerrarse, se resisten a pasar tiempo con la familia, y cada vez hay más discusiones.

Durante esta etapa los hijos y los padres suelen sentirse menos unidos unos con los otros, aunque la separación de los padres es adaptativa, ambas generaciones se benefician de uniones familiares cálidas y protectoras que duran muchos años.

En esta etapa los padres con hijos adolescentes deben flexibilizar las normas y delegar responsabilidades en los hijos. De esta manera los muchachos aprenderán a tomar decisiones y asumirán la responsabilidad de sus asuntos. Y así entre más crecen los chicos más responsabilidades se pueden delegar con el fin de que vayan tomando responsabilidad en su vida.

La necesidad de padres amorosos es vital. Se ha demostrado que sin manifestaciones claras de amor paterno el adolescente tiene pocas probabilidades de desarrollar su autoestima, relaciones constructivas y de recompensas y la confianza en su propia identidad.

Se necesitan unos padres que hallen el punto medio entre ser dictatoriales e igualitarios para el propio beneficio del hijo.

El grupo de amigos desempeña un papel vital en el desarrollo psicológico del adolescente. Los adolescentes aprenden a interactuar socialmente con sus compañeros de la misma edad, para desarrollar habilidades e intereses apropiados a su grupo cronológico, y a compartir problemas y sentimientos similares.

Sin embargo, los amigos en esta etapa se vuelven más importantes por distintas razones, la relación que tienen los adolescentes con los amigos son más íntimas que con los adultos, cuando mantienen buenas relaciones entre adolescentes a esta edad tendrán buenas relaciones cuando sean adultos.

Los vínculos de los adolescentes con su familia se debilitan, y por eso se pueden volver más dependientes de sus amigos, en algunas cosas los adolescentes descubren que están en desacuerdo con sus padres y pueden estar de acuerdo con sus amigos, incluso sienten que existe más comprensión.

Los adolescentes necesitan el apoyo y la comprensión de personas que pasan por la misma etapa los mismos problemas. Aquí no importa lo comprensivos que puedan ser los adultos pues aún no llegan a esa etapa. El sentirse comprendido, saber que sus amigos pasan por la misma etapa, tener uno o más amigos íntimos puede ayudarle al adolescente a pasar por este periodo de cambios.

Así mismo, durante esta etapa se da el desarrollo de las amistades el sexo opuesto y hay cambios en la función y tamaño del grupo de amigos. Se amplía el círculo de conocidos, después el grupo de las amistades más cercanas y las amistades individuales.

El primer grupo de amistades le permite al adolescente mantenerse al día en las modas de vestir, el arreglo personal, la música, el lenguaje, etc. Musen y cols. (2000) encontraron que los vínculos de amistad pueden ayudar al adolescente a tener confianza en sí mismo ya que tiene un amigo que lo comprende, lo conoce y lo estima.

1.9.2 RELACIÓN DE PAREJA.

Durante la etapa de la adolescencia el individuo atraviesa por diferentes cambios e incluso confusiones, acompañados de una sensación de extrañeza de no saber cómo ser y de no estar seguro de nada, se intentará superar o al menos disminuir mediante una serie de mecanismos de identificación con los contemporáneos y en personas a los cuales se descubre alguna cualidad similar. Las relaciones con los compañeros de su misma edad se vuelven importantísimas pues no sólo cumplen una función social, sino que ahora se convierten en un elemento indispensable para pasar bien este período de la vida con cierta certeza de que se lleva el rumbo adecuado. El efecto psicológico de saber de que el individuo es normal o igual a los demás, le da la tranquilidad necesaria y la seguridad en sí mismo para poder incursionar, con ciertas probabilidades de éxito, en las demás áreas a las que tiene que enfrentarse.

Las oportunidades de tener amistades o relaciones sociales con otros adolescentes de la misma edad, resulta crucial para poder superar con éxito la pérdida de la identidad infantil y el desprendimiento de los padres, y poder construir, el propio concepto de sí mismo y así poder consolidar su identidad personal, indispensables ambos para lograr una personalidad adulta y madura.

El indispensable distanciamiento que se necesita hacer con respecto a los padres, lleva a estrechar el acercamiento con los amigos. Sin embargo, este acercamiento no siempre es fácil y menos aun cuando se pretende iniciar una relación de noviazgo. Existen factores propios de la edad (inseguridad, miedo al rechazo, temor a hacer el ridículo, baja autoestima, la apariencia física, etc.) que hacen de esta experiencia todo un reto porque implica grandes posibilidades de que exista el fracaso. La situación se complica con las presiones de los padres que pretenden (con buena intención) controlar la conducta social.

En esta situación, el adolescente inicia los ensayos para satisfacer la imperiosa necesidad de los amigos, necesidad de sentirse y ser igual que los demás, y de estar a la altura de aquellos que ante el adolescente aparecen como modelos.

a) El enamoramiento.

El enamoramiento es un sentimiento que nace espontáneamente, se mantiene intenso durante un tiempo, para disminuir su intensidad y desaparecer o bien transformarse en amor.

El enamoramiento se inicia con sentimientos de soledad y desamparo. De ahí se pasa a fantasías románticas y de enamoramiento. De acuerdo a Muuss (2003) la fase de resolución con la bajada de la intensidad emocional, puede ocurrir por dos vías:

- Si el emparejamiento entre dos personas no es viable, el sentimiento de enamoramiento, desaparece dolorosamente.
- Si la pareja se consolida, el enamoramiento tiende a transformarse en amor, una emoción más profunda y estable pero menos intensa.

b) El amor.

El amor es el sentimiento más importante y valioso que descubre el adolescente; el amor llega a la vida del adolescente de una manera apasionada. Con él se siente una atracción profundamente excitante y un deseo de compartir las intimidades, sueños y aspiraciones con la persona amada.

El amor elimina el sentimiento de soledad y trae consigo un componente sexual que tiende a la unión física y emocional de los amantes.

Si es correspondido, el adolescente experimenta una felicidad que transforma su comportamiento. En este estado se idealiza al ser amado y se le examina con escasa objetividad.

En algunas ocasiones se producen graves decepciones que abaten e irritan profundamente al adolescente. Dejando dolorosas huellas. Como consecuencia se sumergen en sentimientos de vacío e inutilidad.

La solidez del amor requiere una maduración emocional que le proporcione mayor sentido de realidad y una conciencia más objetiva del otro. El adolescente necesita desprenderse de actitudes egoístas inadecuadas y de susceptibilidades o de exagerados afanes de posesión para poder establecer una convivencia armónica.

Este aprendizaje requiere un proceso lento y difícil, puesto que supone una plena aceptación del compañero con sus limitaciones, gustos y exigencias particulares.

Se podrían mencionar tres dimensiones con todas sus combinaciones en distintos grados según Álvarez-Gayou (2007):

- La intimidad: hace referencia a los sentimientos de proximidad, de conexión, promover el bienestar del otro, sentirse feliz en su presencia, responder a sus necesidades, dar y recibir apoyo emocional, compartir todo lo que uno posee, y es, comunicación íntima, valorar, conocer y comunicarse con el otro.
- La pasión: los impulsos que conducen al romance, a la atracción física, a la consumación sexual.
- El compromiso: es la decisión de que se ama alguien. El compromiso es la firme voluntad de articular nuestro amor de algún modo. Es una

decisión consciente, que la justificamos en nombre de una amistad lograda o de una pasión consumada.

c) El noviazgo.

Al llegar a la etapa de la adolescencia, se necesita buscar otros marcos de referencia en prácticamente todos los campos pues es una etapa de cambios y se hace casi imposible sostener las mismas pautas de conducta, de pensamientos y deseos que se tenían cuando el individuo era niño. El mundo se ve diferente y tiene otro sentido cuando se entra en la adolescencia. Nunca se tiene la certeza de qué rumbo van a tomar las cosas, pero algo sí es seguro: nada es ya como antes y tendrá que encontrar la manera de volver a sentirse seguro en la nueva situación.

Aunque para los adultos puede ser evidente el momento en que un niño empieza a ser adolescente (por su crecimiento físico, sus cambios en la conducta, su manera de pensar y de actuar, etc.) para el adolescente, estos cambios no son claros y los vive como una situación de confusión y descontrol. El nuevo adolescente nunca tiene una consciencia clara de que está entrando en un período de cambio y que lo que está ocurriendo es resultado de un proceso normal. Este desconocimiento hace más vulnerable al individuo a la inseguridad y a la sensación de extrañeza e inadecuación de su persona.

d) La sexualidad y el amor.

Durante la adolescencia el sujeto experimenta el proceso de evolución de su sexualidad. Ante los cambios anatómicos, fisiológicos y psicológicos que atraviesa durante esta etapa surgen actitudes sexuales que generalmente se ven condicionadas por los valores y normas que ha recibido del entorno familiar y escolar en que ha sido educado.

Al principio el joven suele estar más interesado por conseguir una comunicación y amistad con el sexo opuesto que en desarrollar unas auténticas relaciones sexuales.

La vivencia de la sexualidad es el problema más importante con que se encuentra el adolescente pues incluye los procesos de adaptación a las personas que les rodean y a sí mismo, la experimentación afectiva y el establecimiento de todo tipo de relaciones con sus contemporáneos del sexo opuesto.

Ante este despertar, el adolescente tiene distintas posibilidades de actuación. Puede negarla y optar por la continencia; intentar satisfacerla en solitario mediante la masturbación o distintos juegos sexuales; o bien, puede mantener relaciones heterosexuales.

En la especie humana, frecuentemente, las capacidades afectivas se asocian a la actividad sexual. En unos casos la atracción y el interés por la otra persona acaba generando sentimientos afectivos de ternura y enamoramiento. En otros, el interés sexual parece a la vez o después de afectos como el amor, la amistad y la empatía.

El acto sexual proporciona variadas recompensas que garantizan la continuidad de la especie: el deseo sexual es placentero por sí mismo y su satisfacción reduce la tensión.

Cuando la sexualidad se da unida al amor se vive plenamente, por lo que la dimensión de la fusión sexo y placer es más vibrante según Álvarez-Gayou (2007).

2. SEXUALIDAD HUMANA.

2.1 DEFINICIÓN.

La sexualidad, en el ser humano, integra un conjunto de reacciones biológicas, psíquicas, y emocionales que, si bien están basadas en el instinto de la reproducción, desempeñan, en la práctica, funciones muy variadas. Sin embargo, Musen, y cols. (2000) concluyeron que se puede definir con los siguientes puntos:

2.1.2 SEXUALIDAD TEMPRANA Y TARDÍA.

En general para los varones la maduración temprana es una ventaja. Pues tienen más confianza y seguridad en ellos mismos que los de madurez tardía, que tienden a ser los tensos y a mostrar ansiedad más elevada y menos autocontrol. Los chicos de madurez temprana por lo general son más populares que los de madurez tardía, pues los compañeros de estos últimos los califican como menos atractivos en su constitución física; sin embargo, estos problemas pueden aliviarse en gran medida, mediante la orientación y el asesoramiento apropiados.

Por el contrario, este aspecto en las adolescentes no es tan significativo, para las adolescentes de madurez temprana que cursan de 6º grado de primaria suele ser una desventaja, ya que las más populares son la que aún no llegan a la pubertad; sin embargo, las niñas que están en grados más arriba pueden ser clasificadas con rasgos más positivos de la personalidad como ser alegre, buen líder, con sentido del humor, etc. No obstante no significa que las muchachas de madurez temprana estén mejor ajustadas significativamente que las muchachas de madurez tardía.

Con frecuencia la sociedad le da a las niñas mensajes combinados respecto a esto así como también el grupo de amigos. Para las mujeres es menos importante tener fuerza física y además es muy probable que una chica que sea sexualmente atractiva a una edad temprana logre tener citas con chicos más grandes y entonces tal vez no logre desarrollar relaciones maduras con otras chicas de su edad o no se desarrolle como individuo bajo su propia cuenta. Así también puede llegar a sentir confusión por su menstruación ya que sus compañeras aún siguen siendo niñas pequeñas.

2.2 CARACTERES SEXUALES PRIMARIOS.

Según Gotward (2000) se entiende por caracteres sexuales, a la serie de datos que diferencian un sexo de otro, así pues los caracteres sexuales primarios son los propios de cada sexo al momento del nacimiento, pene en el hombre y vulva en la mujer.

2.3 CARACTERES SEXUALES SECUNDARIOS.

Los caracteres sexuales secundarios, son los que aparecen o acontecen durante la pubertad.

Los cambios ocurridos en la mujer, al iniciar la pubertad, son: la aparición del botón mamario, que iniciará el desarrollo de la mama; seguido casi de manera inmediata la aparición de vello púbico y axilar, estos primeros cambios son acompañados por un incremento en la velocidad del crecimiento longitudinal del cuerpo (aumento de la talla) además se observa un ensanchamiento de las caderas, esto ocurre por depósito de grasa en zonas determinadas; son muy notorios, el cambio de costumbres, hábitos, conducta y estado de ánimo. Pero el dato más característico en las mujeres pubertas es la aparición de su primera menstruación o menarca.

En los varones los cambios aparecen un poco más tarde que en las mujeres pero no son menos notorios que en ellas, inician con la aparición de vello púbico y axilar, así como la presencia de vello facial; hay un crecimiento de los genitales y un ligero oscurecimiento de los mismos; también se observan, los cambios de conducta, hábitos, costumbres y estado de ánimo; el incremento en el crecimiento longitudinal del cuerpo es más marcado en el hombre, ocurre el llamado “estirón”; existe un notable desarrollo de la masa muscular, ensanchamiento de la espalda a la altura de los hombros, finalmente un dato muy característico del varón es el cambio de voz, esto es, lo que comúnmente pone en evidencia su pubertad.

2.4 APARATOS REPRODUCTORES.

Para entender su estudio, se dividen en órganos internos y órganos externos para ambos sexos. No está de más recordar que el sexo de cada individuo está determinado por un cromosoma, el cromosoma sexual, en la mujer es X, en el hombre es Y; para nuestra especie el cariotipo es de 46XX o 46XY según sea el caso.

2.5 ÓRGANOS GENITALES FEMENINOS.

Según Gotward (2000), la función del aparato reproductivo de la mujer es producir y llevar al exterior del cuerpo los gametos femeninos u óvulos.

a) ÓRGANOS GENITALES INTERNOS.

Ovario.

Son dos uno a cada lado del hueco pélvico (uno derecho y uno izquierdo) se disponen en el extremo externo de las trompas de Falopio. Producen los

estrógenos y la progesterona. Los primeros ayudan en la ovulación (maduración de un óvulo y expulsión del mismo) y a la maduración del endometrio (capa interna del útero que crece mes con mes y que se desprende si no hay fecundación a través de la menstruación; si hay fecundación aloja al huevo o cigoto). La progesterona ayuda al endometrio a producir nutrientes en el mismo para poder alimentar al huevo si hubiese fecundación (unión del espermatozoide con el óvulo).

Trompas de Falopio.

Son dos una de cada lado, una derecha y una izquierda, son como un tubo, que en su extremo externo están en contacto con los ovarios y en su extremo interno están en contacto con el útero, sus funciones son muy importantes, funcionan como conducto para el paso del óvulo, o los espermatozoides según sea el caso, también, es el sitio donde se lleva a cabo la fecundación, por lo tanto también le sirve de conducto al huevo o cigoto (huevo o cigoto es el óvulo fecundado por el espermatozoide). Por lo tanto si se cortan o se tapan no se podría llevar a cabo la fecundación y la mujer no podría tener hijos.

Útero.

Es un órgano muscular hueco donde se implanta el embrión y donde se desarrolla el feto; se contrae en el momento del parto para que pueda ser expulsado el bebé. El útero tiene una capa, la más interna, se llama endometrio, crece mes con mes por ayuda de los estrógenos que se producen en el ovario; y que produce nutrientes por la ayuda de la progesterona que también se producen en el ovario; si hay fecundación el endometrio se mantiene y aloja al embrión, si no hubiera fecundación este se cae y vendrá la menstruación. Hacia la parte inferior del útero encontramos, el cuello del útero, también llamado cérvix, se hace énfasis en esta estructura ya que, según Gotward (2000), éste

es el sitio donde se produce el cáncer cervicouterino y no está de más saber que esta es la causa número uno de muerte en la mujer mexicana.

Vagina.

Es el órgano de la cópula de la mujer, así pues sirve para el acto sexual, pero también sirve como canal en el momento del parto y como conducto para el paso de la menstruación.

2.5.1 ÓRGANOS GENITALES EXTERNOS FEMENINOS.

Los órganos genitales externos están conformados por la vulva; ésta a su vez está formada por labios mayores, labios menores, clítoris, meato urinario (sitio de salida de la orina) e introito vaginal (orificio de entrada a la vagina, éste en la mujer virgen esta obturado parcialmente por el himen), limitada en su extremo superior por el monte de Venus (sitio donde aparece el vello púbico) y en su extremo inferior por el periné (estructura anatómica situada entre la vulva y el ano).

2.6 ÓRGANOS GENITALES MASCULINOS.

Según Gotward (2000) las estructuras genitales del hombre funcionan para producir y llevar hacia el exterior del cuerpo los gametos masculinos o espermatozoides.

2.6.1 ÓRGANOS GENITALES INTERNOS.

Testículos.

Son dos y se encuentran fuera de la cavidad abdominal, a diferencia de los ovarios en la mujer, que se encuentran dentro del hueco pélvico; aquellos, los

testículos, se encuentran alojados en una bolsa llamada bolsa escrotal o escroto; producen a los espermatozoides y a la testosterona (hormona masculina que favorece el desarrollo del hombre). Se encuentran fuera de la cavidad abdominal para mantener una temperatura óptima de los mismos, que es de uno a medio grados centígrados por debajo de la temperatura corporal normal la cual es de 36.5 grados centígrados, para lograr una adecuada espermatogénesis (formación de los espermatozoides).

Conductos.

Existe una serie de conductos que comunican al testículo con la vesícula seminal, en ellos se transportan los espermatozoides, el más importante de ellos es el conducto deferente; que es, el que es cortado en la vasectomía (operación en la que se corta el conducto deferente y que se le practica al hombre para que no tenga hijos).

Vesícula Seminal.

Según Gotward (2000) son dos se encuentran a los lados de la vejiga (órgano que sirve reservorio para la orina) y sirven de almacén para los espermatozoides, además, ahí se produce el líquido seminal que nutre a los mismos. Se contraen en el momento de la eyaculación lo cual permite la salida del semen.

Próstata.

Es un órgano que produce el líquido prostático, el cual, le proporciona volumen al semen eyaculado y mantiene una alcalinidad favorable para cuando el espermatozoide entre en la vagina neutralice la acidez de la misma. También se contrae en el momento de la eyaculación.

2.6.2 ÓRGANOS GENITALES EXTERNOS MASCULINOS.

Pene.

Es el órgano de la cópula del hombre, además de ser el órgano para la micción (orinar). Está formado por dos cuerpos cavernosos que en la erección se llenan de sangre, y de esta manera se mantiene la misma, también tiene un cuerpo esponjoso que en su interior se aloja y protege a la uretra, la uretra en el hombre tiene dos funciones paso de la orina y el paso del semen, a diferencia de la mujer, en la que sólo sirve de paso a la orina. La uretra produce además el líquido preeyaculatorio que sirve para limpiarla de bacterias y para lubricación en el acto sexual.

Escroto.

También llamada bolsa escrotal aloja a los testículos y los protege del medio ambiente. La bolsa escrotal posee un reflejo llamado reflejo cremastérico que hace ascender o descender al testículo para que así este mantenga una temperatura constante y óptima.

Semen.

Según Gotward (2000) en condiciones normales el volumen de semen eyaculado es de 3 a 4 ml, y contiene 100 millones de espermatozoides por ml aproximadamente, por lo general un hombre es fértil si logra eyacular 20 millones de espermatozoides por ml o un total de 50 millones en el total del semen eyaculado. El semen es el resultado de la unión de varios componentes:

Espermatozoide.

Es producido en el testículo. Célula que lleva la mitad de cromosomas, de los que tiene cualquier otra célula del cuerpo, al igual que el óvulo que también lleva la mitad del total de los cromosomas; de esta manera el unirse en la fecundación restablecen el número total de cromosomas de la especie que es de 46XY o 46XX según sea el caso.

Líquido seminal.

Es producido en la vesícula seminal y sirve para nutrir al espermatozoide.

Líquido Prostático.

Es producido en la próstata, le da volumen al semen eyaculado y mantiene un p.h. alcalino para neutralizar el p.h. ácido de la vagina y que de esta manera no muera el espermatozoide al entrar en ésta.

Líquido Preeyaculatorio.

Es producido en la uretra, sirve para lubricar a la vagina en el momento de acto sexual, además de limpiarla de bacterias

2.7 CICLO MENSTRUAL.

Para entender los métodos anticonceptivos se debe de tener conocimiento del ciclo menstrual femenino y de cómo está regido y gobernado por diversas hormonas.

En el hipotálamo, estructura que se encuentra en el cerebro, se produce una hormona; llamada Hormona liberadora de gonadotropinas, que estimula a la

hipófisis o glándula maestra, que también se encuentra en el cerebro, para que produzca a la Hormona Folículo Estimulante y a la Hormona Luteinizante llamadas hormonas gonadotropinas. La primera, Hormona Folículo Estimulante, actúa los primeros 13 días del ciclo, actúa sobre el ovario; el ovario estimulado, comienza a producir estrógenos, estos, los estrógenos, estimulan el desarrollo de un óvulo, además, los estrógenos actúan sobre el endometrio (capa más interna de útero que se desprende mes con mes en forma de regla) haciendo que crezca de tamaño para que sea capaz de alojar al embrión, en caso de que haya fecundación. La segunda Hormona Luteinizante, favorece la expulsión del óvulo del ovario y por su efecto en el ovario hace que éste, el ovario, produzca una hormona llamada progesterona, que tiene la función de mantener el endometrio viable, con producción de nutrientes, para el embrión y evita la menstruación, sólo, si continúa produciéndose; se continuará produciendo sólo si existe fecundación.

Así pues, Voss y Gale (2008) encontraron que el ciclo femenino tiene una duración de 27 a 29 días dependiendo de cada mujer con un promedio de 28 días de duración; consta de dos mitades, una que comienza con la producción de Hormona Folículo Estimulante y de Estrógenos, que preparan al ovario y al útero para la ovulación la cual ocurre el día 14 del ciclo, es decir, a la mitad del mismo, y una segunda mitad en la que hay producción de Hormona Luteinizante que favorece la ovulación, y de Progesterona que hace que el endometrio no se degenere y evita que venga la regla, si hay fecundación podrá alojar al embrión y permitirá su desarrollo hasta la formación de la placenta; si no hay fecundación la producción de progesterona terminará y vendrá la regla.

El ciclo dura en promedio 28 días; el primer día del ciclo es el primer día de regla; a la mitad del ciclo, es decir, el día 14 ocurre la ovulación. Si existe fecundación no habrá regla y si no hay fecundación la regla tendrá lugar al día siguiente del día 28, es decir, el día 1 del nuevo ciclo.

2.8 MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS.

Existe una gran variedad de métodos anticonceptivos, de acuerdo a Álvarez-Gayou (2007) se clasifican de la siguiente manera:

a) Métodos temporales o Reversibles

- Naturales. Método del Ritmo o calendario de OginoKnaus, método del coito interrumpido, método de la temperatura corporal basal, método del moco cervical o de Billings, método de la lactancia materna.
- Barrera. Condón masculino, condón femenino, diafragma, esponja vaginal.
- Químicos. Espermaticidas.
- Mecánicos. Dispositivo intrauterino (DIU).
- Hormonales. Orales, inyectables, implante subdérmico, parche, anillo cervical, píldora de la emergencia.

b) Métodos definitivos o irreversibles.

- Quirúrgicos. Esterilización tubárica, vasectomía.

2.8.1. MÉTODOS TEMPORALES O REVERSIBLES.

2.8.1.1 MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS NATURALES.

a) Método del Ritmo o Calendario o Método de OginoKnaus.

Éste, aunque no es uno de los mejores métodos, es uno de los más utilizados, Consiste en la abstinencia en los días próximos a la ovulación, durante la ovulación y posteriores a la ovulación; recordar que el espermatozoide tiene una vida fuera del hombre de 48 hasta 72 hrs y el óvulo una vida 24 hrs. una vez que éste es expulsado del ovario. Por diversas cuestiones no todas las

mujeres son exactas en su ciclo menstrual, hay quien tiene su menstruación cada 27 o cada 30 días más o menos, y hay mujeres que duran menstruando de 2 hasta 8 días; como existe una gran diferencia se tomará en promedio una duración de 28 días del ciclo y 5 días de menstruación se considera el primer día del ciclo al primer día del sangrado. Así pues los primeros 5 días del ciclo serán los días de la menstruación.

Además de esto se debe considerar que el espermatozoide tiene una vida de 3 días, por lo tanto, se podrá tener contacto sólo antes del día 9 del ciclo. También se debe considerar que no se podrá tener relaciones después del día 16, sino hasta el día 18, porque si ocurre la ovulación al terminar el día 16 se debe recordar que el óvulo es viable 24 hrs.; por lo tanto, será fértil todo el día 17; se tiene de esta manera un posible periodo fértil del día 10 al día 17 del ciclo; entonces, y considerando todo lo anterior se podrán tener relaciones del día 5 al 9 y del 18 al 28 del ciclo. Por lo descrito anteriormente y por la irregularidad de muchas mujeres este método es poco confiable, pero si se utilizan métodos adicionales su efectividad será mayor.

Tiene la limitante de requerir una observación cuidadosa para hacer los cálculos de los periodos fértiles, implica grandes periodos de abstinencia, además de una gran educación y cooperación de los usuarios; no tiene efectos secundarios. Tiene además la ventaja de ser natural y lo utilizan las parejas que rechazan otros métodos.

b) Método del Coito interrumpido o Coitus interruptus.

Éste es otro método natural y consiste en la interrupción del coito y la retirada del pene de la vagina antes de que se produzca la eyaculación. Es un método que está referido en la Biblia y sigue siendo un método muy utilizado en países en vías de desarrollo, tiene la ventaja de disponibilidad inmediata, no tiene costo ni restricciones para su uso. Tiene como limitantes la dificultad para

identificar el momento preciso de interrumpir el coito, además de tener el riesgo depositar espermatozoides fecundantes en la vagina.

Los efectos secundarios son de tipo psicológico, genera tensión y en algunos casos insatisfacción e incluso disfunción sexual.

c) Método de la temperatura corporal basal.

Recordar que durante la segunda mitad del ciclo existe la producción de dos hormonas, Hormona Luteinizante y la Progesterona, además de recordar que la primera antecede a la ovulación; teniendo en consideración lo anterior, es preciso saber que estas dos hormonas tienen el efecto de aumentar la temperatura corporal de 0.5 a 1 grado centígrado por encima de la temperatura normal, la cual, es de 36.5 grados centígrados. De esta manera y llevando un registro de la temperatura, se observará un incremento en la misma alrededor de la fecha de la ovulación. Tiene la ventaja de ser natural, no tiene costo y lo utilizan parejas que desean utilizar métodos naturales.

Las limitantes son que la temperatura corporal puede tener variaciones por múltiples causas, lo que podría generar confusiones para identificar la fecha precisa de ovulación, la mujer debe ser muy estricta para medir y registrar día a día su temperatura, inmediatamente después de despertar y antes de realizar cualquier actividad. Además debemos recordar que el espermatozoide vive de 48 a 72 hrs y el óvulo de 24 hrs. No tiene efectos secundarios. Se deben tener en cuenta los padecimientos que produzcan fiebre

d) Método del moco cervical o de Billings.

Este método predice el periodo fértil mediante la observación del moco cervical (el moco proveniente del cérvix o cuello del útero), que en los días previos a la ovulación es claro y acuoso, esto se debe a la acción de los estrógenos, es

decir, en la primera mitad del ciclo, el moco es claro y acuoso, ya cerca de la ovulación el moco es muy elástico y aumenta de cantidad; pasando la ovulación, el moco se vuelve escaso y pierde su elasticidad tendiendo a la sequedad, esto, se debe a la acción de la progesterona, es decir, el moco después de la ovulación, en la segunda mitad del ciclo, es más escaso y menos elástico; hasta el inicio del nuevo ciclo pasando la menstruación. Los días en los que se pueden tener relaciones son en los días secos no así en los días en los que el moco es más elástico y abundante; también se podrán tener relaciones después de la menstruación hasta detectar el moco.

Al detectar el moco, se iniciará la abstinencia, hasta un día después de detectar el día máximo de elasticidad y cantidad de moco. Tiene la ventaja de ser un método natural, no tiene ningún costo, y es aceptado por parejas que no desean utilizar otros métodos. Dentro de sus limitantes encontramos que es poco eficaz, la mujer tiene dificultad para identificar las etapas descritas con precisión, existe la posibilidad de que la mujer confunda el moco cervical con restos de semen. No tiene ningún efecto secundario, pero debemos tomar en cuenta que el moco podrá modificarse en presencia de ciertas enfermedades o infecciones de esta manera el método disminuye su eficacia.

e) Método de la lactancia materna.

Este método se rige por el principio de que mientras la mujer se encuentre amamantando no habrá ovulación y por lo tanto no hay riesgo de embarazo. Se debe a que se inhibe en la hipófisis la secreción de la Hormona Folículo Estimulante por que la producción de Prolactina (hormona que induce la producción de la leche en la mujer) impide la secreción de la primera. Tiene la ventaja de ser fácil de realizar e identificar, no tiene costo, crea y fortalece el lazo madre - hijo. Existe un gran riesgo ya que será imposible predecir cuando ocurrirá la ovulación sólo es un 25% efectivo, no tiene efectos secundarios y puede fallar de 1 a 2% en los primeros meses postparto.

2.8.1.2 MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS DE BARRERA.

a) Condón o Preservativo Masculino.

Es una cubierta de látex que recibe y retiene el semen para evitar que se deposite en la vagina. Cubre al pene desde su base, y posee en su punta un receptáculo (para el semen). Tiene bajo costo, constituye prácticamente el único método anticonceptivo ampliamente disponible para todos los hombres. Tiene un alto índice de seguridad, protege ampliamente contra enfermedades de transmisión sexual, no requiere supervisión médica ni aprendizaje específico para su uso. Dentro de sus limitantes existe el riesgo de ruptura, molestias por fricción durante el coito, mala colocación, disminución en la sensibilidad y por lo anterior un probable efecto psicológico. En muy raras ocasiones puede provocar alergias al látex o a los lubricantes que los acompañan.

b) Condón Femenino.

Es un tubo de plástico de poliuretano más resistente que el látex, en los extremos tiene dos anillos flexibles del mismo material, uno de los extremos es cerrado y el otro está abierto, el primero se coloca y se fija en el interior de la vagina, el extremo abierto permanece fuera de la vagina y cubre parte de la vulva. Su eficacia es similar a la del condón masculino pero a diferencia de éste permite mayor sensibilidad, también protege contra enfermedades de transmisión sexual puede incluso ser usado durante la menstruación. Tiene el inconveniente de tener un elevado costo, el aspecto de que cubra los genitales femeninos externos es poco atractivo, y algunos usuarios refieren que hace demasiado ruido durante su uso.

c) Diafragma.

Es una cúpula de hule con anillos metálicos flexibles que se coloca en la profundidad de la vagina cubriendo de esta manera el cérvix o cuello del útero. Su uso debe ser acompañado de espermaticidas. Tiene la ventaja que se puede colocar desde varias horas antes del coito, protege contra algunas enfermedades de transmisión sexual, se puede usar en el postparto. Algunos de sus inconvenientes es la dificultad para su colocación, requiere de un entrenamiento específico para aprender a colocarlo adecuadamente. Está contraindicado en algunas mujeres con ciertas enfermedades. Puede ocasionar irritación por el material del que está hecho o bien por el espermaticida que lo debe acompañar, puede propiciar infecciones urinarias.

d) Esponja Vaginal.

Es una esponja de poliuretano (plástico) que se impregna con una sustancia química; lo que le confiere varios efectos anticonceptivos; primero espermaticida, por la sustancia química que lo acompaña, de barrera ya que bloquea el conducto cervical y además impide el paso de los espermatozoides y además absorbe la eyaculación, se debe colocar en la profundidad de la vagina cubriendo al cérvix. Su protección dura hasta 24 hrs sin importar la cantidad de coitos ocurridos en ese lapso. No requiere tiempo de espera para iniciar su efecto anticonceptivo después de su inserción, es fácil de usar, protege contra infecciones vaginales, puede usarse en el postparto y puede adquirirse sin receta médica. Dentro de sus limitantes encontramos que su inserción es difícil, así como su extracción, puede provocar molestias vaginales si se mueve de su sitio, si se dejara mucho tiempo pudiera despedir malos olores. Puede ocasionar reacción alérgica severa.

2.8.1.3 MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS QUÍMICOS.

a) Espermaticidas.

Son productos que combinan una sustancia química, capaz de matar a los espermatozoides, con una base de jalea, crema, espuma o tableta; que se disuelven en el interior de la vagina, de esta manera se desactivan los espermatozoides. Tienen la ventaja de tener bajo costo, son fáciles de usar, están disponibles sin necesidad de receta o consulta médica, protegen contra algunas enfermedades de transmisión sexual, son útiles en caso de relaciones poco frecuentes. Tiene el inconveniente de que su aplicación puede resultar incómoda para algunas parejas, su efecto anticonceptivo es de corta duración, lamentablemente tienen un bajo rango de seguridad y puede causar irritación genital.

2.8.1.4 MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS MECÁNICOS.

a) Dispositivo Intrauterino o DIU.

Es un pequeño aparato que se coloca en el interior del útero, está fabricado de polietileno, también existen algunos que se denominan bioactivos a los que se les ha agregado iones de Cobre o bien hormonas como la progesterona, su efecto anticonceptivo se debe a que produce una reacción de cuerpo extraño, la cual, produce una reacción inflamatoria que es incrementada por el Cobre, la liberación de progesterona produce una supresión del crecimiento del endometrio, una vez que se inserte, deben quedar dos pequeños hilos guía que se deben asomar en el cuello del útero hacia la vagina, estos servirán de referencia de que el DIU se encuentra en su lugar, los hay de diferentes clases, los más comunes y los más usados son los de cobre en forma de "7" o en forma de "T" y los que liberan progesterona.

Tienen la ventaja de tener un efecto prolongado de anticoncepción, de hasta 6 a 10 años, requieren de poca vigilancia médica, la recuperación de la capacidad reproductiva es casi inmediata después de retirar el DIU, se puede aplicar en cualquier momento de la vida reproductiva de la mujer. Se recomienda su inserción durante el periodo menstrual, puede insertarse posterior al coito, en el postparto, postpuerperio (posterior a la cuarentena 40 días después del parto) o postaborto. Se retira en cualquier momento en que la mujer desee reiniciar su vida reproductiva. Puede ocasionar dolor, sangrado menstrual excesivo, debe ser aplicado por personal médico, no se recomienda en mujeres jóvenes menores de 18 años, ni en aquellas que nunca han tenido hijos, no debe aplicarse en mujeres que tengan más de dos parejas sexuales ni en mujeres que tengan antecedentes de enfermedades vaginales frecuentes

Está contraindicado en el embarazo, cáncer cervicovaginal, infección pélvica actual o previa, antecedentes de embarazo ectópico (fuera del útero), anomalías uterinas, como tumores, en mujeres que tengan hipermenorrea (sangrado abundante), en mujeres con dismenorrea (regla dolorosa), mujeres con enfermedades del corazón o alteraciones inmunitarias. Los efectos secundarios son: que puede propiciar infecciones, enfermedad inflamatoria pélvica, riesgo de infertilidad, expulsión del DIU, se pueden perder los hilos guía, perforarse el útero, haber embarazo e incluso producir reacción alérgica.

2.8.1.5 MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS HORMONALES.

Éstos ejercen su efecto modificando el sistema endócrino (sistema que produce hormonas) que regula el ciclo sexual, recordar las hormonas que están involucradas y sus sitios de producción, además de su o sus efectos sobre el aparato reproductor femenino. La progesterona y los estrógenos al ser administrados inhiben la ovulación y alteran el desarrollo endometrial, además modifican las características del moco cervical, el cual es importante para el

paso de los espermatozoides y alteran la motilidad de las trompas de Falopio (recordar las funciones de éstas).

1.- ORALES.

a) Orales combinados.

Se denominan así porque contienen estrógenos y progesterona, cada paquete contiene 21 o 28 píldoras; los paquetes de 28 píldoras contienen 7 que no tienen ningún medicamento son llamadas placebos, las otras 21 píldoras contienen las dos hormonas arriba mencionadas.

b) La mini píldora.

Sólo contiene progesterona. Tienen la ventaja de tener un alto nivel de efectividad, son de bajo costo y son fácilmente disponibles, su efecto anticonceptivo es reversible, si no hay problemas de salud en la usuaria no requiere vigilancia médica; existe el riesgo de olvidar tomarla o de seguir el esquema completo.

Está contraindicada en mujeres con problemas de tromboflebitis (alteraciones en sus vasos sanguíneos), enfermedad vascular cerebral, problemas del corazón, sangrado genital, problemas hepáticos, embarazo, cáncer de mama o sospecha del mismo, además se debe valorar a las mujeres que padezcan Diabetes Mellitus, hipertensión arterial sistémica, migraña, alteraciones en los lípidos, alteraciones propias de la sangre, várices, epilepsia, fumadoras y mujeres mayores de 30 años. Sus efectos secundarios son, adelanto de las reglas, ausencia de las mismas, aumento de peso que no es muy significativo, acné, salida de vello o aumento del mismo, disminución del deseo sexual, depresión, manchas en la piel, trombosis, siendo más susceptibles las fumadoras, embolia pulmonar, infarto de miocardio, sangrado cerebral.

Alteraciones en el metabolismo. Se altera su efecto si se combina con los siguientes medicamentos, barbitúricos, fenilbutazona, hidantoína, rifampicina y ampicilina.

2.- INYECTABLES.

Son métodos de acción prolongada, son efectivos y seguros, no requieren que la usuaria lo tome diario. Son combinados o con un solo medicamento las presentaciones son para dos o tres meses, actualmente se están desarrollando algunos de presentación mensual. También inhiben la ovulación, afectan al endometrio y alteran el moco cervical. Tienen un esquema fácil de seguir, tienen un alto índice de efectividad, evita los errores del olvido de las tomas. Las limitantes son que resulta molesto tener que aplicarse la inyección cada dos o tres meses. Las contraindicaciones son el embarazo, trastornos hepáticos, tumores hepáticos, anemias, alteraciones de la sangre, cáncer de mama o sospecha del mismo, Diabetes Mellitus, hipertensión arterial, epilepsia. Los efectos secundarios son cefalea, molestias gástricas, náuseas, tensión mamaria, aumento de peso, disminución del deseo sexual, depresión, ausencia de sangrado o aumento del mismo, riesgo de sufrir embolias.

3.- IMPLANTE SUBDÉRMICO.

Es una estructura a manera de reservorio de 6 cápsulas de silastic (material similar al plástico) con dimensiones de 3.4cm por 2.4cm que contienen progesterona; es colocado debajo de la piel de la usuaria, lo cual permite una liberación continua y constante del medicamento, lo que lleva a una menor cantidad de efectos adversos. Tiene un efecto anticonceptivo reversible, tiene efecto de larga duración, hasta 5 años, tiene gran índice de eficacia. Las limitantes son que requiere un procedimiento específico para su implantación y para retirarlo; disminuye su efecto en las mujeres obesas. Las contraindicaciones son el embarazo, enfermedad hepática, sangrados genitales

y cáncer de mama. Los efectos secundarios son alteraciones menstruales, infección en el sitio de inserción (raro), dolor de cabeza, Acné.

4.- HORMONALES POSTCOITO O PÍLDORA DE EMERGENCIA.

Son utilizados para evitar el embarazo después de haber tenido un coito sin protección durante la etapa de fertilidad; no es un método de rutina, se emplea como alternativa de emergencia para evitar un embarazo. Se clasifica en dos tipos: Hormonales orales debe ser en las primeras 72 hrs postcoito. Mecánico inserción de un DIU en los primeros 5 días postcoito. Tiene la ventaja de tener buen nivel de protección si se emplean en el lapso más breve posible después del coito.

5.- PARCHES.

Es el primer método anticonceptivo en forma de parche. Suministra a través de la piel una dosis continua de las mismas hormonas que la píldora anticonceptiva (estrógeno y progestina), hasta el flujo sanguíneo por siete días.

Previene el embarazo de las dos mismas formas que la píldora anticonceptiva: inhibe la ovulación, es decir, evita que los ovarios liberen óvulos para su fertilización, y además hace más densa la mucosa cervical, dificultando la entrada del esperma al útero.

Se debe de empezar a usar el primer día de la menstruación o el primer domingo después de empezado el período. Se debe cambiar de parche una vez a la semana, el mismo día cada semana, durante tres semanas consecutivas, y en la cuarta semana ya no es necesario aplicarlo. La menstruación te llegará durante la semana sin parche.

Sus efectos secundarios son similares a los de la píldora y la mayoría no son graves ni frecuentes, sin la reacción en el área de aplicación, náuseas, infección de las vías respiratorias superiores, dolor menstrual o abdominal. Algunos de los efectos de mayor riesgo son coágulos de sangre, derrame cerebral y ataques al corazón. Si la mujer fuma, se aumenta el riesgo de graves efectos secundarios cardiovasculares.

6.- ANILLO CERVICAL.

El anillo vaginal constituye un método anticonceptivo de utilización mensual que libera 15 µg de etinilestradiol (EE) y 120 µg de etonorgestrel (ENG) por día. Una de sus principales ventajas, en comparación con los anticonceptivos orales (AO), reside en que libera las hormonas directamente en la circulación sistémica; por lo tanto, evita el metabolismo intestinal y permite el uso de bajas dosis hormonales. Esta liberación controlada permite obtener concentraciones terapéuticas precisas de hormonas anticonceptivas.

2.8.2. MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS DEFINITIVOS O QUIRÚRGICOS.

a) Esterilización tubárica.

También llamada ligadura de trompas o salpingoclasia, es una intervención quirúrgica en la que se seccionan las trompas de Falopio, para impedir que el óvulo sea fecundado y/o llegue al útero. Las ventajas son que se puede practicar en el momento en que la paciente ya no desee más embarazos, durante el postparto, postaborto o simultánea a otras cirugías pélvicas. No necesita revisión médica continua ya que no afecta la salud, requiere una muy corta estancia hospitalaria y su recuperación es rápida. Las limitantes son que es un procedimiento definitivo, debe ser practicado por un cirujano experimentado, pudiera interferir con creencias religiosas o culturales y posiblemente tendría consecuencias psicológicas.

b) Vasectomía.

Es un procedimiento médico quirúrgico sencillo, que consiste en la sección de los conductos deferentes, para evitar que los espermatozoides lleguen a las vesículas seminales y de esta manera propiciar que el semen eyaculado esté ausente de los mismos. Es una técnica sencilla que incluso no requiere de hospitalización y que se realiza bajo anestesia local. Las ventajas son que se puede realizar en cualquier momento de la vida reproductiva del hombre en la que él lo solicite, tiene una recuperación breve, no afecta la salud, la fuerza o la virilidad. Las limitantes son que debe practicarse por un cirujano experimentado, es definitivo. La cantidad de espermatozoides descenderá de manera gradual al paso de los días, recordar que se almacenan en la vesícula seminal; por lo tanto con este método el hombre debe cuidarse con otro método como el condón, los primeros meses hasta que la cuenta de espermatozoides en el semen haya desaparecido. Los efectos secundarios son que puede desarrollar sentimientos de culpa o tener otras consecuencias psicológicas.

2.9 ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL.

Las enfermedades de transmisión sexual (ETS) tienen una incidencia elevada en la mayor parte del mundo, a pesar de los avances diagnósticos y terapéuticos que pueden convertir a éstas rápidamente en no contagiosas a los pacientes o curar a muchos de éstos. En resumen, el ámbito de muchas culturas, el cambio de la moral sexual, y el uso de anticonceptivos han eliminado las restricciones sexuales tradicionales lo que permite una rápida y descontrolada diseminación de las mismas.

Así pues, para el control de las ETS se exigen, buenos métodos diagnósticos además de tratamientos oportunos y eficaces; identificación y tratamiento de los contactos sexuales del paciente; seguimiento de los individuos tratados para confirmar su curación, instrucción sobre las ETS a los trabajadores de la salud y

al público en general, y la enseñanza a los pacientes de una conducta sexual responsable.

Según Voss y Gale. (2008) las siguientes enfermedades son las más comunes:

a) GONORREA.

Según Voss y Gale (2008), es una infección de la uretra, el cérvix, el recto, la faringe o los ojos causada por una bacteria de nombre *Neisseriagonorrhoeae*. La cual se puede identificar si se toman muestras de secreciones de los sitios antes mencionados. La enfermedad se adquiere casi siempre por contacto sexual, las mujeres son con mucha frecuencia portadoras asintomáticas durante semanas o meses(tienen la bacteria, son capaces de transmitir la enfermedad pero no tienen ningún dato de la misma), la infección asintomática se puede también encontrar en la faringe(garganta) de varones homosexuales o mujeres, o en el recto de los mismos(esto se debe a la práctica de relaciones sexuales orales o anales), aunque rara vez podría ser causa de fómites(objetos usados por la persona infectada que posteriormente pueden ser usadas por personas sanas, por ejemplo toallas).

En los hombres las molestias suelen ser al comienzo, leves en la uretra (sitio por donde sale la orina y el semen en el hombre, en la mujer sólo orina), seguidas más tarde por dificultad y dolor intenso al orinar, así como la salida de pus (secreción amarillo verdosa) por la uretra. Posteriormente el paciente aumenta el número de veces al orinar con las características antes mencionadas, el glande del pene (cabeza) puede estar rojo e inflamado. En la mujer las molestias suelen comenzar 7 o 21 días después de haber adquirido la infección aunque por lo general son leves o ligeras también pueden ser intensas con dolor y dificultad para orinar así como aumento en el número de veces de la misma, también hay salida de secreción de pus por la vagina y por la uretra. Los recién nacidos pueden adquirir infección en los ojos al pasar por la vagina

al momento del nacimiento, si esto no es tratado a tiempo podría causar ceguera.

Se diagnostica al aislar la bacteria al tomar muestras de las secreciones y observarlas al microscopio. Puede tener complicaciones, en el hombre puede llegar la infección al testículo, tras esto puede aparecer rojo, caliente y doloroso, hace más difícil su tratamiento, en otros casos la infección llega a la próstata y a las vesículas seminales provocando infertilidad. En las mujeres la complicación más común es la afección a las Trompas de Falopio, esto provoca un aumento en la probabilidad de tener embarazo ectópico o infertilidad. La infección se puede diseminar a otras partes del cuerpo, es más común en la mujer que en el hombre, el sitio más frecuente de diseminación son las articulaciones provocando una inflamación de las mismas. Su tratamiento es a base de antibióticos como la penicilina, aunque en los últimos años ha demostrado ser resistente a este tipo de antibióticos lo que ha provocado que se utilicen tratamientos más fuertes.

b) URETRITIS NO GONOCÓCICA O URETRITIS INESPECÍFICA.

Según Voss y Gale (2008) Estas afecciones son producidas por diferentes bacterias las más comunes son la *Chlamydia trachomatis*, que es la responsables de más del 50% de los casos, *Mycoplasma genitalium* y por *Ureaplasma urealyticum*. Causan cervicitis (inflamación del cérvix o cuello de la matriz), proctitis (inflamación del recto), uretritis (inflamación de la uretra) y faringitis (inflamación de la faringe “garganta”). Las molestias en el hombre son la uretritis que aparece al 7 y 28 día después del contagio, hay ligero ardor al orinar y escaso escurrimiento por la uretra de color claro o francamente purulento, aunque el escurrimiento es escaso y las molestias leves en ocasiones son muy marcadas por las mañanas, en este momento las paredes de la uretra aparecen adheridas con frecuencia por las secreciones, que se secan, el meato(orificio en la cabeza del pene por donde sale la orina) está

enrojecido, en ocasiones este padecimiento se puede confundir con la gonorrea, a la cual se debe descartar.

Las mujeres las molestias son casi imperceptibles, permanecen asintomáticas la mayoría de ellas, aunque puede existir ligero escurrimiento vaginal, ardor o dolor al orinar, dolor en la parte baja del abdomen, y dolor al tener relaciones sexuales. Se diagnostica la enfermedad al tomar muestras de las secreciones y observándolas al microscopio. Existen complicaciones en las que se ve afectado el testículo o las trompas de Falopio, lo que provocaría infertilidad, las articulaciones y otras partes del organismo. También se ven afectados los ojos, lo que es más común en los recién nacidos. Se tratan estas infecciones con antibióticos como la azitromicina o doxiciclina.

c) SÍFILIS.

Según Voss y Gale (2008), es una enfermedad sistémica y contagiosa causada por una bacteria en forma de espiral (espiroqueta) llamada *Treponema pallidum* que se caracteriza por fases clínicas secuenciales y años de latencia (tiempo en que la enfermedad permanece sin dar signos o síntomas) Se clasifica en:

- **Sífilis primaria:** en la que hay un chancro y afección de ganglios.
- **Sífilis secundaria:** aparece después de la primaria y hay diferentes lesiones en la piel.
- **Sífilis congénita:** la cual, a su vez se clasifica en sífilis congénita precoz (sintomática) se observa en los niños hasta los 2 años y la sífilis congénita tardía(sintomática) que son las manifestaciones o secuelas observadas en el transcurso de la vida del paciente.

La transmisión suele ocurrir por contacto sexual, incluyendo oral, genital o anal. Las lesiones cutáneas de la sífilis primaria, secundaria y latente precoz son las

responsables de los contagios excepto la congénita, la fase latente tardía no es contagiosa, y una infección tratada no confiere inmunidad contra la reinfección. El periodo de incubación (tiempo transcurrido desde la entrada de la bacteria al organismo hasta la aparición de los primeros signos o síntomas) de la sífilis varía de 1 a 13 semanas, lo más común es que ocurra en 3 o 4 semanas. La enfermedad se puede presentar en cualquier fase y mucho tiempo después del contagio.

Existen varias fases las cuales se describen a continuación:

- **Fase primaria.** La lesión característica de esta fase es el chancro, que es una lesión que afecta a la piel y que cicatriza sin tratamiento en 4 a 8 semanas. Después del contagio aparece una lesión roja que se erosiona rápidamente y que forma una úlcera indolora, de base dura, si se raspa libera un líquido claro que contiene numerosas bacterias. El chancro se puede localizar en el pene, en el ano o en el recto, en la vulva, cérvix o vagina. También puede aparecer en los labios de la boca.
- **Fase secundaria.** Aparecen lesiones en la piel entre la 6 y 12 semanas después de la infección que se hacen más intensos a los 3 o 4 meses posteriores, puede haber lesiones en los ojos, huesos, articulaciones, riñones, hígado, etc.
- **Fase latente.** Esta fase se puede resolver de manera espontánea en pocos años o durar el resto de la vida del paciente. Fase tardía o latente. Aparecen lesiones en la piel, huesos, vísceras, corazón o sistema nervioso. Se diagnostica mediante los datos clínicos o pruebas serológicas (estudios de sangre) específicas VDRL (VenerealDiseaseResearchLaboratory), RPR (Regina plasmática rápida) o pruebas específicas inmunofluorescentes como la FTA-ABS

(fluorescentreponemalantibodyabsortion). Tratamiento, la penicilina es el medicamento de elección para esta enfermedad pero solo en las primeras fases antes de que haya afección orgánica en la que el tratamiento será más complicado y más específico.

- **Fase tardía o terciaria.** Sintomática no contagiosa que puede afectar el sistema nervioso o al corazón y los vasos (causando graves daños) o ser benigna (que no causa graves daños).

d) TRICOMONIASIS.

Según Voss y Gale (2008) es una infección del tracto genital masculino o femenino causado por el parásito *Trichomonas vaginalis*. Es más común en las mujeres causa vaginitis (inflamación de la vagina), uretritis (inflamación de la uretra), y quizá cistitis (inflamación de la vejiga). En el hombre es difícil de detectar pero probablemente cause prostatitis (inflamación de la próstata), uretritis y cistitis. En la mujer, cursa con abundante secreción vaginal la cual es espumosa, de color amarillento verdosa, además de molestias en la vulva, periné (espacio entre la vulva y el ano), y los muslos, relaciones sexuales dolorosas y ardor al orinar. Algunas mujeres tienen pocas o ninguna molestia y escaso escurrimiento, o por el contrario existen casos más severos en los que las lesiones son muy intensas y en los que la vulva y el periné aparecen inflamados.

Se observa un puntilleo rojizo en la mucosa de la vulva y la vagina dando un aspecto de fresa. El hombre no suele desarrollar síntomas pero puede haber un ligero escurrimiento uretral transitorio espumoso o purulento con ardor al orinar y aumento en su número, rara vez se afecta a la próstata y al testículo. Se diagnostica mediante el estudio de las secreciones y la observación al microscopio de las mismas donde se observa al parásito el cual posee

movimientos flagelares. El tratamiento es a base de antibiótico como el metronidazol.

e) CHANCRO BLANDO O CHANCRO DE DUCREYI.

Según Voss y Gale (2008), es una infección aguda contagiosa de la piel y las mucosas de los genitales, causada por *Haemophilusducreyi*, que se caracteriza por úlceras dolorosas y afección de ganglios de la región genital. Las molestias aparecen de 3 a 7 días después del contagio, con la aparición de pequeñas lesiones dolorosas, que se rompen y dejan pequeñas úlceras, aun más dolorosas, que son superficiales y blandas con sus bordes irregulares, de color rojizo, aumentan de tamaño y tienden a unirse una con otra; lo que conduce a una erosión más intensa y profunda.

Hay afección a los ganglios (estructuras anatómicas que se encuentran debajo de la piel) que se inflaman y crecen de tamaño, al aumentar de tamaño se llegan a unir uno con otro y finalmente comienzan a producir secreciones que salen a la piel. Se diagnostican mediante los signos y síntomas que se presentan aunque se puede aislar a la bacteria de las secreciones y estudiarlas en el microscopio. Su tratamiento es a base de antibióticos como la eritromicina o la ceftriaxona.

f) LINFOGRANULOMA VENÉREO.

Según Voss y Gale (2008), es una enfermedad de transmisión sexual causada por una bacteria llamada *Chlamydia trachomatis*, puede causar uretritis y cervicitis además de una afección a los ganglios de la región genital. Las molestias aparecen después de 3 a 12 días del contagio, inicia con una pequeña lesión con contenido acuoso que luego se ulcera y cura con rapidez, por lo que puede pasar desapercibida. El primer síntoma suele ser el agrandamiento de un ganglio de manera dolorosa en la región de la ingle, luego

progresa hasta formar una gran masa dolorosa, que se adhiere a los tejidos cercanos y se abre hacia la piel formando una o varias fístulas (canal o conducto epitelizado que comunica anormalmente dos estructuras) y descargan material purulento o con sangre. Eventualmente curan y cicatrizan pero las fístulas pueden persistir o reaparecer. Puede también haber fiebre, malestar general, dolores articulares, dolor de cabeza, falta de apetito y vómito.

Hay dolor en la espalda. La lesión crónica de los ganglios produce obstrucción de los vasos provocando que las extremidades inferiores sufran de edema (aumenten de tamaño por salida de líquido de los vasos) e incluso se ulceren. Se diagnostica por pruebas en la sangre o al aislar a la bacteria. Tratamiento se utiliza un antibiótico llamado doxiciclina o eritromicina.

g) HERPES GENITAL.

Según Voss y Gale (2008) Es la infección de la piel o mucosa genital o anorrectal por uno de los dos virus del herpes simple (1 o 2). Habitualmente la infección de este tipo era causada por el tipo 2 pero con el cambio de hábitos y costumbres sexuales se puede también encontrar al tipo 1. Esta ETS es la infección ulcerosa más común en los países subdesarrollados. Las recidivas son frecuentes debido a que el virus produce una infección crónica de los ganglios nerviosos que pueden reinfestar la piel. Las molestias aparecen en los primeros 4 a 7 días después del contagio, se inicia con la aparición de pequeñas lesiones llamadas vesículas las cuales son dolorosas que se erosionan para dejar úlceras circulares superficiales rodeadas por una areola roja, pueden llegar a confluir (unirse).

Posteriormente se forma una costra y cura en 10 días más o menos y a veces dejan cicatriz. La lesión se localiza en el prepucio (piel que cubre al glande o cabeza del pene), en el glande o en el cuerpo del pene. En la mujer aparecen en los labios, en el clítoris, en la vagina o en el cérvix. Durante la etapa inicial

suele haber mucho dolor, puede haber fiebre, malestar general y dificultad para orinar. Se diagnostica por medio de la identificación de las molestias. Se puede complicar con afección cerebral. Tratamiento se utiliza un antiviral que sólo curará los episodios agudos se llama Aciclovir la infección por virus no se cura solo se trata.

h) INFECCIÓN POR VIRUS DE PAPILOMA HUMANO.

Según Voss y Gale (2008), a esta infección se le denomina también, verrugas genitales, condilomas acuminados o verrugas venéreas. Es causada por un virus llamado virus del Papiloma humano que son transmitidos sexualmente y tienen un periodo de incubación de 1 a 6 meses (tiempo del contacto con el virus hasta la aparición de los primeros síntomas), este virus tiene subtipos que se conocen con los números 16, 18 y 32, son de sumo interés ya que estos tres, tienen íntima relación con la aparición de cáncer de cérvix. Las verrugas externas son producidas por los subtipos 6 y 11. Las verrugas suelen aparecer como pequeñas lesiones que posteriormente van creciendo de tamaño, al inicio son húmedas y blandas, de color rosado o grisáceo. Sus superficies asemejan una coliflor.

En los hombres son más frecuentes de superficie plana y húmeda ubicadas en el prepucio, aunque también pueden estar en la corona del glande, dentro de la uretra o sobre el cuerpo del pene. En las mujeres se ubican en la vulva, en el cérvix, en las paredes de la vagina o incluso en el periné (estructura ubicada entre la vulva y el ano), también se pudieran encontrar en el ano o en el recto.

La velocidad del crecimiento varía pero los estados de inmunosupresión o el embarazo aceleran su crecimiento. Se diagnostica por las características clínicas de las lesiones o bien por la toma de una biopsia (muestra) de la lesión y estudio de la misma. El tratamiento es difícil ya que ocurren recidivas, se utiliza el láser o crioterapia (utilización de frío) o escisión de la lesión.

i) INFECCIÓN POR EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA “VIH”.

Según Voss y Gale (2008), es la infección causada por uno de los dos retrovirus VIH-1 o VIH-2, que originan una amplia gama de manifestaciones clínicas, desde el estado de portador asintomático hasta procesos debilitantes o fatales, relacionados con defectos de la inmunidad celular (la que se encarga de combatir las infecciones).

La transmisión del VIH requiere contacto con los líquidos corporales que contengan el virus o células infectadas. El VIH puede estar en cualquier líquido del cuerpo humano que contenga plasma (componente líquido de la sangre) o linfocitos (células especializadas que combaten las infecciones del cuerpo), de manera más específica semen, sangre, secreciones vaginales, saliva, leche materna, secreciones de heridas, etc. Aunque en teoría posible, la transmisión por la saliva o gotitas de la misma al estornudar, toser o hablar, es extremadamente rara o inexistente.

El virus no se transmite de manera casual, ni por contacto íntimo no sexual, como el trabajo, escuela o en el hogar. Entonces, el medio más común de transmisión es, por contacto directo con líquidos corporales, contacto sexual o al compartir agujas infectadas. Las relaciones sexuales que no conllevan a la exposición a líquidos corporales son seguras, otras prácticas como el Fellatio o el Cunnilingus (sexo oral), parecen ser relativa pero no totalmente seguras. El mayor riesgo le corresponde al coito, en especial al anal receptivo. Las prácticas sexuales que producen traumatismos de las mucosas genitales antes o durante el coito aumentan el riesgo de transmisión. El empleo de preservativos de látex, pero de membrana natural, o barreras vaginales, disminuye el riesgo pero no lo elimina. Los lubricantes grasos (vaselina) disminuyen la protección otorgada por los preservativos de látex al disolverlos.

Las células infectadas o el virus libre, puede ponerse en contacto con células susceptibles de un nuevo huésped mediante transfusión sanguínea, inyección accidental o exposición a mucosas o secreciones de las mismas. La transmisión del virus es más probable en presencia de otras ETS, como, la sífilis, herpes o tricomoniasis. La enfermedad se reconoció por primera vez en 1981. Las manifestaciones, pueden imitar a otras enfermedades virales, poco tiempo después de la infección y durante un periodo prolongado, varios meses o incluso años, existe en un pequeño grupo de personas infectadas un estado de portador asintomático (tienen el virus, son capaces de transmitirlo pero no tienen ningún dato de la infección), en esta época el virus se reproduce con gran rapidez, hasta que el sistema inmune comienza a reaccionar o se terminan las células susceptibles (a las que afecta el virus que son las células del sistema inmune), existe fiebre, malestar general, dolor de las articulaciones que dura de 3 a 14 días, comúnmente se confunde con una infección respiratoria.

Posteriormente y conforme avanza la enfermedad hay afección al sistema nervioso, al cerebro, nervios e incluso a los músculos. Finalmente, las infecciones oportunistas (las que se presentan cuando el sistema inmune está abatido), comienzan las manifestaciones del SIDA (síndrome de la inmunodeficiencia adquirida) que es la consecuencia de la infección por el VIH. Se diagnostica por medio de estudios de la sangre los cuales son específicos (especiales para el VIH) y por las manifestaciones. La severidad de la enfermedad o el riesgo de muerte o SIDA están en relación con la cantidad de células no infectadas del sistema inmune; y por la cantidad y severidad de las infecciones oportunistas. El tratamiento se basa en disminuir la velocidad de réplica de los virus, para conservar por mayor tiempo posible la función inmunitaria. Son llamados medicamentos retrovirales.

3. LA SEXUALIDAD EN EL ADOLESCENTE.

"La sexualidad es el más delicado de los comportamientos humanos. Exige cualidades de inteligencia, equilibrio, desprendimiento interior y generosidad. La sexualidad es el único terreno en el cual resulta imposible hacer trampas".

Pierre Daco

La sexualidad se presenta como una poderosa oleada de fondo, el adolescente se siente impulsado fuera de sí mismo, sin saber a dónde ni cómo pero lo siente, es la tendencia sexual que fuertemente le lleva a buscar el placer. Junto a la tendencia aparece la sensualidad. Los grandes caracteres de la afectividad de un adolescente son la belleza, la espera, la voluptuosidad, la sensibilidad, que provocan a menudo angustia por lo impuro de sus deseos como si el instinto sexual normal no fuera la misma pureza. Junto a esa afectividad aparece la emotividad en la que se destaca como rasgos sobresalientes la timidez, el llanto, el rubor.

Es una característica de la adolescencia la búsqueda del amor platónico, ensoñado, inalcanzable con el que cada noche se acuesta bajo la eterna complicidad de las sábanas.

Así mismo, la masturbación solitaria es probablemente la actividad sexual más difundida durante este período. De acuerdo a Muuss (2003), a esta práctica sexual solitaria se le han atribuido a lo largo de la historia cantidad de males imaginarios, entre los cuales se destacan: la pérdida de memoria, la parálisis, la imposibilidad de tener hijos y más creencias que han provocado el temor en muchos de los que la practican.

La masturbación es necesaria como conocimiento del propio cuerpo, algo realmente útil en la adolescencia. Con esta técnica se trata que el cuerpo responda a los estímulos erógenos que se le envían, se satisface y a la vez se conoce. Éste es el primer paso para una sexualidad positiva en la etapa adulta.

Bajo una forma más compleja, la masturbación en el adolescente puede indicar una tensión psíquica al margen completamente de la sexualidad, representando para muchos una manera de consolarse frente a un entorno nocivo, un modo de evadirse del hecho de sentirse desgraciados. Aquí la masturbación actúa de alivio corporal ante una tensión emotiva.

Cuando a la masturbación siempre se le añade las mismas imágenes mentales para alcanzar el placer se puede caer en lo que es llamado fijaciones sin las cuales el placer sería inalcanzable. Estas situaciones a menudo se inician en la adolescencia y pueden mantenerse durante toda la existencia del individuo. Evidentemente este tipo de manifestación sexual no logrará evolucionar a una posterior sexualidad positiva sino todo lo contrario, haciendo que la persona sea incapaz de obtener placer a través de otros medios más maduros como el acto sexual en sí mismo.

La clave a menudo que determina la adecuada sexualidad del adolescente y futuro adulto está en la educación sexual recibida. La educación sexual es importante para el individuo pero quien haga de educador no debe tener represiones sexuales en su subconsciente ni miedos ni complejos porque de este modo la imagen de la sexualidad transmitida será errónea y llena de tabúes.

De acuerdo a Muuss (2003) la sexualidad bien comprendida es sencilla. Debe estar compuesta de altruismo y respeto. No existe verdadera sexualidad con miedo interno. La sexualidad es una donación de sí mismo. Para llegar a ella es necesario que el individuo esté completo en su ser y que la sexualidad no sea una maniobra destinada a compensar sus debilidades y sus miedos.

3.1 EL DESPERTAR DE LA SEXUALIDAD.

El primer vínculo del bebé es con su madre. Ya que ella es quien manipula sus órganos sexuales durante el baño diario y quien le auxilia en sus funciones evacuatorias. Los intereses sexuales por determinadas zonas del cuerpo o zonas erógenas están ligados con las diferentes funciones corporales que implican una asistencia materna.

Cada una de las zonas hace que se creen unas representaciones y fantasías entorno a ellas. A medida que el aparato mental del niño se va desarrollando se producen cambios internos y de conducta, de modo que cada zona responderá a una estimulación concreta para llegar a un objetivo genital. Y este se manifestara a la llegar a la pubertad.

Cuando el niño comienza a reconocer al otro se dará cuenta que no es el único objeto de amor, así surgen los celos fruto de la rivalidad por mantener solo para sí el objeto amado. Es aquí donde se da el complejo de Edipo.

Según Muuss (2003) los impulsos instintivos dejan de manifestarse y quedan latentes. Estos instintos reaparecerán en la pubertad, es aquí donde se da el momento de aparición del instinto sexual.

Dado que los adolescentes se sienten fascinados por una nueva capacidad de atracción sexual, se muestran curiosos por ponerla a prueba. El flirteo proporciona una forma divertida y sin consecuencias de juego sexual que, asimismo cuenta con el beneficio añadido de que no requiere actividad sexual. Los juegos festivos de carácter sexual, sobre todo los que tienen como objetivo besarse, también desempeñan una función importante: ofrecen a los adolescentes la oportunidad de tantear el terreno del sexo en un ambiente amistoso, sin compromisos. Además enseñan a los jóvenes a relacionarse con el sexo opuesto a nivel más sexual que platónico. Sin embargo, para los

participantes tímidos, menos atrevidos, estos juegos pueden convertirse en experiencias embarazosas que provocan sentimientos de fracaso e inadecuación social.

La mayoría de los jóvenes inician su viaje hacia la madurez sexual estableciendo amistades con miembros del sexo opuesto. De este modo ponen a prueba sus facultades de atracción sin implicarse en una relación seria. Más tarde, después de comprometerse en una relación más estable, el joven puede tratar de experimentar con los besos, las caricias y en algunos casos el acto sexual.

Cuando llega el momento de establecer relaciones sexuales surgen diferencias importantes entre ambos sexos. Los chicos tienden a buscar gratificación física porque su deseo sexual en esta etapa es muy intenso; las chicas, por su parte dan más importancia a los aspectos de la relación. Resulta muy triste comprobar cómo los chicos reciben admiración cuando salen y tienen relaciones sexuales con el mayor número de chicas posibles, mientras que éstas encuentran desaprobación si se comportan de manera similar. De hecho, ninguno de los dos sexos debería tener miedo a decir no, ni preocuparse ante la posibilidad de ser etiquetado de aburrido al decidir por sí mismo el momento para iniciarse en el sexo.

Decidir el momento de tener una relación sexual por primera vez constituye una de las decisiones más importantes que una adolescente pueda tomar, y por lo general se hace de forma precipitada. Las investigaciones de Aberastury y Knobel (2007) demuestran que la fuente de presión más común experimentada por las jóvenes adolescentes proviene de sus novios. Los chicos en cambio son más dados a sentirse presionados para practicar el sexo por alardes, las burlas o las afirmaciones de sus compañeros, o por las expectativas culturales sobre la sexualidad masculina.

Los adolescentes que aplazan el acto sexual hasta la edad adulta, cuando se casan o mantienen una relación estable, pueden beneficiarse de una mayor madurez emocional. Mantener una relación sólida requiere seguridad en uno mismo, compromiso, compenetración y confianza; características con más probabilidades de desarrollarse a medida que los jóvenes se convierten en adultos.

Si afirmamos que la sexualidad es la manera en que nos integramos como personas sexuadas, es el modo de vivir esta realidad, entonces la adolescencia es la etapa en la que el proceso de sexuación va a producir transformaciones esenciales para tal fin.

3.2 LA IDENTIDAD SEXUAL.

El ser humano desde que nace inicia un camino que le conducirá a su individualización que consiste en el desarrollo de la propia identidad, entendida ésta como la conciencia de ser un ser autónomo y diferenciado de los demás, la conciencia de sí mismo. Dada nuestra naturaleza sexuada, la identidad necesariamente tienen que serlo: "Yo soy yo que soy mujer, yo soy yo que soy hombre". La identidad sexual y de género adquirirá su conformación madura a lo largo de la adolescencia.

Según Gómez (2011), la identidad sexual hace referencia a la conciencia de pertenecer a uno sexo en función de los atributos corporales en especial los genitales, mientras que la identidad de género hace referencia a los contenidos de la identidad que provienen de las atribuciones que una cultura determinada hace al hecho de ser mujer u hombre, respecto a actitudes, valores, comportamientos, etc.

El proceso de sexuación es esencialmente un proceso de desdoblamiento en dos formas que se produce desde lo biológicamente más elemental, hasta lo

psicológicamente más complejo. Por ello, se dice que la sexualidad es el modo de vivir el resultado de la propia sexuación.

3.3 EL DESEO SEXUAL.

Una de las novedades más relevantes en la adolescencia es la aparición del erotismo.

Según Levine (citado por Gómez, 2011) una de las aportaciones más interesantes para comprender cómo se conforma en la adolescencia el deseo sexual, indica que éste, está constituido por tres elementos moderadamente independientes:

- El impulso (drive) representa la base biofisiológica del deseo sexual
- El motivo (motive) hace referencia a su articulación psicológica
- El anhelo (wish) a su representación socio-cultural.

a) El impulso sexual.

Está constituido por lo que se podría considerar el "sistema sexual". Los seres humanos heredan filogenéticamente los elementos anatómicos, fisiológicos y neuroendocrinos que regulan el comportamiento sexual y que generan predisposiciones de comportamiento hacia los estímulos eróticos. La testosterona es la hormona relacionada con el deseo sexual en ambos sexos. Sin embargo la motivación sexual constituye un sistema interactivo entre el "sistema sexual" (bases biofisiológicas del deseo sexual) y los incentivos, siendo éstos estereotipados en las especies subhumanas y complejos en los humanos por las diversas mediaciones tanto psicológicas, como culturales. Por tanto el impulso hace referencia a la activación que puede generarse desde la propia dinámica biológica, o inducirse a partir de determinados incentivos, es decir estímulos que en diversas situaciones tienen valencia erótica.

b) El motivo.

Constituye la articulación psicológica del impulso sexual. Representa la disposición hacia la actividad sexual. Se manifiesta por la integración del impulso en el conjunto de la personalidad y supone la aceptación o el consentimiento de la activación sexual, la disposición hacia lo erótico. Esta depende de la propia historia sexual y de cómo haya sido su socialización en el contexto socio-cultural donde éstos se desarrollan.

c) El anhelo.

Se acompaña con la representación sociocultural del deseo sexual y significa el deseo de llegar a estar involucrado en la experiencia sexual, siendo este componente independientemente del impulso y del motivo. Sin embargo, este anhelo está fuertemente mediatizado por el contexto. Según Gómez (2011) mencionando a Levine, historiadores, sociólogos y antropólogos llaman la atención sobre el hecho de que la vida sexual está influenciada por fuerzas sociales que circundan al individuo y que pueden llegar a ser más importantes que la propia vida individual. Dicho de otra manera las aspiraciones sexuales están fuertemente diseñadas por la tradición cultural, el momento histórico y los intereses de las clases dominantes. Una de las principales expectativas respecto a las aspiraciones sexuales se derivan de la organización sociocultural de los roles que se definen basándose en los contenidos de género en función de las personas y sus capacidades. El discurso social acerca de la sexualidad establece lo que puede ser deseado por mujeres o por hombres.

Bien al contrario desde el punto de vista de criterios amplios de salud sexual, se puede considerar que un objetivo evidente de la educación afectivo sexual en la adolescencia, consiste en facilitar la posibilidad de que cada adolescente pueda reconocer su impulso sexual, integrar los motivos para la actividad sexual en el conjunto de su personalidad con una perspectiva de futuro, y valorar críticamente los anhelos o aspiraciones eróticos respecto a su propia identidad,

de una manera auténtica, personal, sin tergiversaciones, que responda genuinamente a sus propias necesidades y no a otras inducidas externamente.

Estos tres componentes del deseo sexual son realidades moderadamente separadas. La armonía entre ellos produce una adecuada integración del mismo. En el espacio clínico se puede apreciar su relativa independencia, puesto que en las personas que presentan dificultades con el deseo sexual es posible observar determinadas incongruencias entre ellas.

De acuerdo a Gómez (2011) se considera que el deseo sexual es una realidad compleja que, a partir de disposiciones preprogramadas genéticamente, se articula en función de la experiencia personal, derivada de un contexto socio-cultural portador éste de su propio discurso sobre la sexualidad. En este sentido el deseo sexual no puede reducirse a una mera reacción instintiva a estímulos eróticos, sino que, en conjunción con otros procesos psicológicos, se configura a lo largo de la historia personal.

4. EDUCACIÓN SEXUAL

Entre los factores que influyen en la conducta sexual según Álvarez-Gayou (2007) se encuentran: el condicionamiento biológico, que viene definido por la dotación genética y hormonal que determina una configuración física y ciertos patrones de conducta; factores educacionales; factores culturales, principalmente los que tienen que ver con la moral y la religión; y factores psicológicos, que contienen todos los miedos, preocupaciones y tabúes relacionados con la sexualidad, aunque todos los estados psicológicos influyen en ésta.

4.1 INFLUENCIA DE LA EDUCACIÓN

La educación sexual que reciba el individuo tendrá influencia decisiva en su posterior comportamiento en relación con el sexo.

El sujeto que reciba la información por parte de su familia, sus padres, que haya visto aceptada su sexualidad de manera natural y que haya contado con un ambiente familiar en que el sexo no era cuestión prohibida, dispondrá de un conocimiento de la realidad y de conceptos que le ayudarán en su vida futura.

Por el contrario, el individuo que no reciba información por parte de sus padres, generalmente, buscará la respuesta en otras personas como los amigos.

Por otra parte, en esta etapa empiezan a tener importancia las imágenes que conserva el adolescente de la situación vivida con sus padres, ya que habrán de ser puestas en práctica con otras personas. Cuando el adolescente se disponga a vivir las relaciones amorosas, podrá aparecer una serie de temores como consecuencia de los celos y del resentimiento que haya experimentado en relación con la vida afectiva de sus progenitores.

Por todo lo anterior la pareja paterna se convierte en un modelo para el adolescente. Por esta razón, puede o no desear tener su propia pareja. Sin embargo, no es una regla que siempre se cumple, pues ya que el adolescente es crítico y analítico puede comparar a otras parejas.

Según Álvarez-Gayou (2007) existen varios tipos de educación sexual:

- Encaminado sólo a la higiene. Su objetivo se reduce a garantizar el uso higiénico de la función sexual, o sea la prevención de las enfermedades de transmisión sexual, lo cual no es malo en sí mismo. Este enfoque incluye como punto central la anticoncepción y el aborto en determinadas situaciones en las que el embarazo ponga en peligro la salud física o psíquica de la mujer, según Álvarez-Gayou (2007) definición bastante vaga e imprecisa que justifica estas conductas en prácticamente todas las situaciones, al mismo tiempo que coloca a la vida para nacer en el mismo nivel de las enfermedades de transmisión sexual, de las cuales en ambos casos es preciso protegerse o deshacerse. El aborto y la anticoncepción son males intrínsecamente graves. Esto es, siempre están mal en toda circunstancia y por cualquier motivo. Pretendiendo ser neutral (alegando que todo contenido científico es y debe ser "neutro"), se limita a impartir mera información científica sin referencia alguna a otras dimensiones esenciales de la sexualidad como la psicológica, la socio-cultural, la espiritual y la ética.
- Enfoque hedonista. Su objetivo consiste en tratar de lograr que la persona alcance una plena "libertad" en el campo de la sexualidad liberándose de todo tipo de ataduras morales, religiosas así como de "prejuicios y tabúes culturales", los que, según este enfoque, limitan y esclavizan al ser humano. Los defensores de esta postura llegan a catalogar como perfectamente normales e incluso a reclamar como

"derechos civiles" ciertos comportamientos (pornografía, permisivismo, erotismo, bisexualismo, homosexualismo y sus múltiples variantes).

- Enfoque normativo. Las normas que regulan las costumbres y las conductas sociales son determinadas por la sociedad en una situación socio-histórica, cultural y política determinada, por lo que pueden y son cambiables ante una nueva situación concreta. Ello, como es de suponer, trae como resultado el relativismo ético. Su lado débil es que se fija en las normas, las que son hasta cierto punto cambiables, sin acentuar los valores que las fundamentan; los cuales son más estables, universales y consistentes. Estos son la justicia, la paz, la solidaridad y el respeto a la dignidad de todo ser humano, por sólo mencionar algunos.
- Enfoque orientado a la persona. Su objetivo consiste en desarrollar una sexualidad madura que integre sus múltiples dimensiones, buscando la realización armónica de la persona concreta.

La educación ética significa formar a partir de los valores. Donde no hay valores no hay verdadera educación. Puede haber instrucción, entrenamiento, pero nunca educación. Es preciso tener presente que los valores no se enseñan ni memorizan, sino que se transmiten, se contagian, se demuestran. Educar en los valores no significa pues, enseñar un conjunto de fríos contenidos ni dictar manuales de entendidos en la materia. No se trata de dar grandes listados de recetas, fórmulas y principios teóricos abstractos, error en el que no pocas veces incurrimos. La educación afectivo-sexual en los valores consiste en ir despertando y alimentando la sensibilidad, el sentido ético. Esto es, la capacidad para captar los valores, capacitando a la persona para el discernimiento en situaciones reales y concretas ante las cuales se verá en la vida.

Mediante esta educación sexual se deberá propiciar el descubrimiento del significado pluridimensional de la sexualidad humana, de modo que la persona sea capaz por sí misma de encontrar en su sexualidad un conjunto de sentidos

existenciales; los cuales, desde la libertad como realización de la verdad en la responsabilidad, contribuyan a su realización y plenitud humana, única fuente de la verdadera felicidad.

4.2 PAUTAS PARA UNA CORRECTA EDUCACIÓN DE LA SEXUALIDAD.

Se han encontrado en bastantes ocasiones que se excluye a la sexualidad del compromiso total de la persona, de los valores éticos del amor y la fidelidad. Esto se refleja en la actual polémica a propósito de la educación sexual que se quiere impartir en los centros educativos públicos de muchos países. Según Susín (2010) los siguientes temas ayudaran a tener un sentido correcto del tema:

a) EDUCAR HACIA LA REALIZACIÓN PLENA.

La meta principal de la educación no es imponer preceptos a la persona humana, sino invitarle a ser persona en plenitud. Educar la sexualidad equivale a educar en el amor hacia el otro. Educar al hombre entero y revisar las estructuras de egoísmo y de mentira que convierten al hombre en un maestro de sus semejantes y que terminan por hacer de la sexualidad un objeto más para el consumo.

La formación para el amor es formación para la libertad, para la capacidad de ser auténticamente libres en el ejercicio de la sexualidad. El hombre, como ser, está llamado a la libertad, pero no con el pretexto de buscar gratificaciones, sino para poder amar. La libertad en el amor se debe conquistarla con esfuerzo, el esfuerzo que exige no acostumbrarse a elegir en virtud de nuestras apetencias de cada momento, sino en virtud del ideal que nos hemos propuesto. La droga, el sexo sin amor, ofrecen todo sin pedir nada a cambio y, por último, conducen a la nada o al hastío; sin embargo, el amor auténtico, ofrece todo exigiéndote todo y, después, te lo concede todo, te da la felicidad plena. El amor verdadero

se traduce en un gozo interior que es promesa de futuro y necesidad de compartir la vida, arriesgándola.

b) ASPIRAR A LOS VALORES MÁS ALTOS.

Impartir información sexual sin acompañarla de formación para el amor puede ser contraproducente. La educación integral no se conforma con lo intelectual, debe abrirse a la voluntad, a los sentimientos, a los valores. Lo contrario es como enseñar a conducir un carro a un chico, sin enseñarle las normas de tránsito, lo gratificante que resulta conducir bien y los peligros que existen. O de otro modo, como si se quisiera tener un buen futbolista a base de charlas, videos, sin entrenarle en el esfuerzo, en la lucha, en la superación.

La educación sexual nunca debe convertirse en una especie de información obsesiva que llene la mente del niño o del adolescente, como un incentivo que desate su curiosidad y le lleve a realizar actos sexuales. La mera explicación de cómo se obtienen sensaciones placenteras puede constituir una incitación al erotismo. No forma para el amor, deforma. Lanza por una vía contraria al auténtico amor.

Las consecuencias de esta actitud pedagógica van a ser muy negativas: embarazos en adolescentes, abortos, madres solteras y desequilibrios psicológicos a muy temprana edad, enfermedades de transmisión sexual.

Lo agradable encierra un valor, pero no el más alto. La amistad, el amor, por ejemplo, presentan una excelencia mayor. Y para conseguir el valor más alto hay que renunciar con frecuencia al valor más bajo. Por eso, conviene no apegarse al valor de lo agradable, ya que tal apego quita libertad para supeditarlo al logro de valores más altos.

Convertirse al amor auténtico, y por tanto, adquirir la plenitud humana, supone aceptar que el otro sea el centro y no yo. Esto supone renunciaciones pero lleva a la verdadera felicidad y alegría.

Es importante no tomar el primer valor que se descubre como la cumbre de todo valor. Este malentendido deja a millones de personas bloqueadas en estadios primitivos. Un joven y una joven empiezan a tratarse y se entregan a complacencias eróticas. Se sienten embriagados por impresiones placenteras. El mero ejercicio de la sexualidad suscita emociones intensas pero todavía no constituye una experiencia auténtica de amor personal. Se contentan con poco, se precipitan a comer la fruta verde. No se acomodan al ritmo lento de maduración en el amor. Estaban llamados a crear una auténtica amistad, una vida de convivencia de altísimo valor, y se quedan a medio camino.

c) NO CONFUNDIR AMOR CON INTERÉS.

Resulta muy fácil confundir el interés que sentimos por satisfacer un instinto con el amor de entrega a una persona. El amor no es como el hambre, que basta comer para saciarlo y restablecer el equilibrio vital. El alimento satisface una necesidad biológica primaria. La relación sexual, en cambio, no satisface la necesidad de crear una relación amorosa auténtica, es insuficiente. Tal engaño se presenta en muchas películas, en que aparece la relación sexual completa como algo normal al principio del enamoramiento, en vez de ser su culminación.

d) LA SEXUALIDAD: LENGUAJE DEL AMOR.

La relación sexual está destinada a expresar una relación de amor auténtico. Y éste lo es cuando se trata de un amor total, fiel y exclusivo, incondicional, etc. Si no se dan estas condiciones, la relación sexual deja de tener sentido, es un engaño, expresa algo que no existe.

4.3 EL PAPEL DE LOS PADRES Y LOS EDUCADORES EN LA EDUCACIÓN SEXUAL.

Existe un indicio aceptado que en la Educación Sexual de la joven generación los adultos, los padres y educadores deben dirigir los primeros intercambios de información, orientándolos adecuadamente pero respetando su independencia, educándolos dentro de los valores morales de nuestra sociedad, pero sin caer en puritanismos, charlas moralizantes, prejuicios o esquematismos poco aconsejables.

Sin embargo, a esta edad existen problemas de comunicación con los padres, en esta esfera, además de una gran ignorancia por parte de los mismos. En tanto los educadores no son reconocidos ni como fuente importante y ni tan siquiera deseados como tales.

Esto es una realidad, además de que se acompaña de tabúes, prejuicios y rezagos de doble moral, además de las propias inseguridades de los adultos en la materia y los temores a enfrentar el diálogo con los adolescentes.

Según Hiriart (2001) los temores adultos están relacionados con el desconocimiento y los peligros a los espacios y vínculos fuera de la familia que ocupan lugar en la vida de los jóvenes, pero sobre todo con su sexualidad, que incluye la capacidad de procrear.

Esta última característica, por muchas razones de origen cultural, se tiende a descontextualizar del resto de los acontecimientos, asignándole una importancia suprema a la salud reproductiva sin atender otras demandas esenciales del proceso de crecer, que sientan pautas para toda la vida.

En cuanto al papel de los responsables de la salud como médicos, psicólogos son preferidos para hablar con libertad de sus preocupaciones sexuales, a la

vez que se constituyen como una fuente de conocimientos reconocida por ellos como muy confiable, sólo siendo superados por sus compañeros de igual edad que, por supuesto, adolecen de similares problemas de formación.

Es imprescindible que en la adolescencia, etapa de extraordinaria complejidad vital, el conocimiento de la sexualidad es un factor determinante en la preservación de la salud sexual, lo cual es por demás imprescindible pues de la coordinación armónica o no de sus impulsos biológicos y ético-morales, dependerá que sus experiencias sea placenteras o traumáticas y las consecuencias negativas pueden provocar un deficiente desarrollo de la personalidad, conduciendo a conductas nocivas y secuelas biológicas y psicológicas que les harían susceptibles de tratamiento médico y psicoterapéutico.

A pesar de que en la actualidad la sociedad es cada vez más tolerante y que además reconoce la necesidad de que se informe de manera franca, abierta y libre sobre el sexo, existen de fallas al respecto. Pues en la actualidad existen jóvenes con conducta sexual irresponsable que, sin embargo, poseen conocimientos adecuados, y otros sometidos a temores de desempeño o incluso francas inhibiciones sexuales y hasta trastornos de la respuesta, que igualmente poseen aceptable información sobre la materia. Por esta razón es necesaria la orientación sobre este tema.

Muchos atribuyen esta situación a los métodos impositivos con que se intenta educar en estos aspectos. Los mensajes son transmitidos en un contexto imperativo con trasfondo de estimación moral "del bien y el mal", sin tener en cuenta que las ideas sobre estas categorías, cambian tanto según el tiempo que llegan a contradecirse y que estos métodos restan el carácter reflexivo y espontáneo a la labor educativa y desencadenan la natural rebeldía y la tendencia al enjuiciamiento del adolescente.

Para la adolescencia, al ser considerada como simple etapa de transición, no existen criterios definidos en cuanto a la vivencia de la sexualidad. Son "terreno de nadie", ni niños ni adultos y las expectativas oscilan entre las de uno u otro tiempo social sin clara conceptualización ni adecuada concordancia con el tiempo biológico.

De acuerdo a Hiriart (2001) la propia sociedad impone a sus miembros normas de funcionamiento de la sexualidad que se constituyen en elementos nocivos para muchos de ellos. Pues la información de la sociedad actual sólo está dirigida a la reproducción pero no a la vivencia del adolescente.

Todo ello incide en exacerbar en algunos la timidez, el temor de desempeño, el miedo al ridículo, las inseguridades derivadas por el desarrollo del propio cuerpo o de los genitales, etc. y en otros estimula el deseo de llevar a la práctica experiencias, que la mayoría de las veces, no pasan de simple ficción.

Por último no se puede dejar de hacer énfasis en los mitos, prejuicios y tabúes que cubren nuestra cultura al heredarse de generación en generación, y que frenan el desarrollo sexual y social de muchos hombres y mujeres.

Ellos se engloban fundamentalmente en el "machismo" o dominio del hombre sobre la mujer por imposición del poder del varón sobre la hembra y en rezagos de doble moral por los cuales se establecen todos los derechos y privilegios para el hombre y la sumisión y subordinación para la mujer.

Estos elementos culturales no sólo discriminan a la mujer como ser social sino también como ser sexual, aún en sociedades como la nuestra en que están borradas las trabas legislativas que en otras imposibilitan la igualdad de los sexos y se reflejan en la familia, incidiendo en la formación de las jóvenes generaciones, con efectos duraderos sobre las actitudes posteriores en la vida.

De acuerdo a Hiriart (2001) la Educación Sexual, con sus dos componentes básicos: Formación e Información, constituye un factor indispensable para alcanzar la expresión sexual saludable cuyos rasgos han de manifestarse de manera imprescindible y enriquecedora en la salud general del ser humano.

Este proceso educativo cobra vital importancia en la adolescencia por su alta vulnerabilidad que pone en riesgo el equilibrio de la relación dialéctica del proceso salud enfermedad. Para alcanzar el desarrollo de una sexualidad sana y enriquecedora, es indispensable la participación activa de toda la sociedad.

CAPITULO II. TALLER DE SEXUALIDAD PARA ALUMNOS DE TERCER AÑO DE SECUNDARIA.

I. INTRODUCCIÓN.

En la actualidad en las escuelas secundarias públicas no le dan importancia a la educación sexual, fomentando que existan muchos tabúes sobre este tema en la actualidad.

Es en la escuela secundaria cuando se empieza a dar el conocimiento de la sexualidad, a partir de la curiosidad por este tema, partiendo del conocimiento propio en donde sus miedos y dudas salen a flote.

Por tal motivo, se presenta este taller para la orientación en la sexualidad para adolescentes en el que los sujetos puedan expresar dudas, vivencias, miedos, etc., y obtengan respuestas con información adecuada y apoyo emocional por especialistas.

Por lo tanto, se presenta esta propuesta, para impartir información dirigida a alumnos en escuelas secundarias públicas, pues este tema dentro de la educación no es de gran importancia, esto con la finalidad de que los sujetos tengan la adecuada información con respecto a este tema, ya que es una herramienta de vida para tener una vida sexual sana.

En el taller se contemplan varios aspectos, como son las consideraciones generales, las actividades específicas para la realización del mismo. El abordaje de temas indispensables como la adolescencia y sus etapas; así, como el desarrollo físico que van teniendo los sujetos, tanto como el desarrollo psicosexual, los cambios en la inteligencia, el desarrollo social. Se abordan también conceptos básicos de la sexualidad humana, como el ciclo menstrual, los aparatos reproductores tanto femeninos como masculinos, los métodos

anticonceptivos para que disminuya la tasa de embarazos no deseados y que se dé el autoconocimiento; así como el tema de enfermedades de transmisión sexual, entre otros.

Se pretende que los adolescentes a partir de este taller estén realmente informados y que tengan un conocimiento veraz sobre la sexualidad ya que al no estarlo se quedan con información falsa que puede afectar su vida.

2. OBJETIVOS.

2.1 OBJETIVO GENERAL.

Propiciar un conocimiento amplio acerca de la sexualidad en los adolescentes.

2.2 OBJETIVOS PARTICULARES.

- Brindar una clara definición acerca de la etapa del que está viviendo el adolescente.
- Propiciar la curiosidad por el tema de la sexualidad humana para que así mismo salgan a flote las dudas acerca de este tema y brindarles un óptimo conocimiento.
- Lograr una clarificación del tema para una adecuada herramienta de vida acerca de la sexualidad.
- Propiciar un clima de confort para que el sujeto se abra y aclare sus dudas sobre la sexualidad.
- Aclarar los métodos anticonceptivos para su óptima utilización.

3. CONSIDERACIONES GENERALES

Este taller va dirigido a alumnos de tercer año de secundaria, el número de participantes será máximo de 40; el espacio acondicionado será la llamada aula de medio, que cuenta con computadoras, cañón para proyectar los temas, pintarrones, etc.

Es necesario que el facilitador sea un licenciado en psicología (formación mínima) pues el tema de la sexualidad requiere de un abordaje profesional.

Se impartirá a los alumnos de la secundaria tanto varones como mujeres, en sesiones conjuntas, ya que de esta forma se pretende empezar a eliminar los tabúes originados con respecto a este tema.

El facilitador llevara una bitácora donde se anotarán observaciones, cambios, dudas, avances, retrocesos, etc., que se vayan notando durante el transcurso del taller.

Por la importancia del trabajo multidisciplinario con este tema, se invitará, si es necesario, a un profesional de la salud a fin, ya sea, un médico, un sexólogo, una enfermera, una trabajadora social, etc., para que exista más claridad los temas expuestos.

4. DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES.

4.1 DESCRIPCIÓN GENERAL DE LAS ACTIVIDADES.

Para que este taller se cumpla de manera adecuada es necesario realizar una serie de actividades orientadas a lograr los objetivos que están encaminados al amplio conocimiento de la sexualidad en los individuos dirigidos al mismo.

Así como también, se exponen los formatos de cada sesión donde se pedirá a los participantes plasmar sus dudas en un trozo de papel de la actividad llamada “El buzón”, una vez que vaya avanzando el taller se aclaran estas dudas.

También se expondrán charlas, actividades o dinámicas a fines a este tema para una mejor explicación de dicho tema.

4.2 CARTA DESCRIPTIVA

SESIONES	ACTIVIDADES	DURACIÓN	MATERIAL
1 Presentación del taller	Presentación Evaluación inicial Dinámica "La telaraña" Entrega de gafetes Entrega de temario Actividad "El buzón"	10 minutos 40 minutos 20 minutos 20 minutos 10 minutos 10 minutos	Hojas de de evaluación Hojas blancas impresas Estambre Fichas de presentación, plumones Hojas blancas impresas
2 Adolescencia I	Actividad "El buzón" Charla: "Definición de adolescencia". Charla: "Etapas de la adolescencia". Actividad "El buzón"	20 minutos 30 minutos 30 minutos 20 minutos	Tarjetas "el buzón" Diapositivas Diapositivas Tarjetas "el buzón"
3 Adolescencia II	Actividad "El buzón" Ubicar a los adolescentes en que etapa de la adolescencia se encuentran. Charla: "Desarrollos físico, psicosexual sexual, cognitivo, moral, social". Actividad "El buzón"	10 minutos 30 minutos 30 minutos 10 minutos	Tarjetas "el buzón" Diapositivas Diapositivas Tarjetas "el buzón"
4 Sexualidad humana I	Actividad "El buzón" Dinámica: "Desensibilización de términos" Charla: "Aparatos reproductores". Dinámica "Sabes cómo soy, di mi nombre" Actividad "El buzón"	10 minutos 20 minutos 30 minutos 30 minutos 10 minutos	Tarjetas "El buzón" Papel, lápices, plumas, pintarrón Diapositivas Pintarrón, plumones Tarjetas "El buzón"

SESIONES	ACTIVIDADES	DURACIÓN	MATERIAL
5 Sexualidad humana II	Actividad "El buzón".	10 minutos	Tarjetas "El buzón"
	Charla: "Métodos anticonceptivos".	40 minutos	Diapositivas
	Dinámica "Elegiendo el método".	30 minutos	4 tarjetas con historias, cartulinas, cinta adhesiva, plumones de colores.
	Dinámica: "Paso a pasito para uso de condón".	20 minutos	
	Actividad "El buzón".	10 minutos	Tarjetas "El buzón".
6 Sexualidad humana III	Actividad "El buzón".	10 minutos	Tarjetas "El buzón". Diapositivas
	Charla: "Enfermedades de Transmisión Sexual".	60 minutos	
	Dinámica "Compartiendo"	30 minutos	Tarjetas, plumones, cinta adhesiva, hojas blancas,
	Actividad "El buzón".	10 minutos	Tarjetas "El buzón".
7 Sexualidad adolescente	Actividad "El buzón".	10 minutos	Tarjetas "El buzón".
	Charla: "Sexualidad Adolescente".	40 minutos	Diapositivas
	Dinámica: "Identificando mi rol sexual".	20 minutos	Tarjetas, recortes de revistas, pegamento
	Charla: "Relaciones afectivas".	30 minutos	Diapositivas
	Actividad "El buzón".	10 minutos	Tarjetas "El buzón".
8 Comunicación Familiar	Actividad "El buzón"	10 minutos	Tarjetas "El buzón"
	Dinámica "Lío familiar"	20 minutos	Tarjetas con mensaje
	Charla: "Comunicación con la familia".	40 minutos	Diapositivas
	Dinámica "Carta a mis padres"	30 minutos	Hojas blancas, lapiceros.
	Actividad "El buzón"	10 minutos	Tarjetas "El buzón"
9 Cierre	Actividad "El buzón"	10 minutos	Tarjetas "El buzón"
	Evaluación posterior	30 minutos	Hojas blancas impresas
	Dinámica de cierre "Día de pago"	60 minutos	Cheques en blanco, sobres, lapiceros.
	Despedida	10 minutos	

4.3 DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES POR SESIÓN.

4.3.1 SESIÓN 1.

a) Título: Presentación.

b) Objetivos de la sesión.

- Dar a conocer a los adolescentes el temario del taller.
- Evaluar el nivel de información acerca del tema de sexualidad en que se encuentran los sujetos.

c) Duración: 110 minutos.

d) Actividades:

1.- Se dará el nombre del expositor a los adolescentes que participarán en el taller.

2.- Se aplicará un examen diagnóstico, como evaluación inicial de los conocimientos acerca de la sexualidad que se muestra en el anexo 1.

3.- Se continuará con la dinámica la telaraña (ver anexo 2).

4.- Se entregará a los adolescentes un gafete para que allí pongan su nombre para una mejor identificación de los participantes (ver anexo 3).

5.- Al finalizar la dinámica se les hará entrega del temario a los participantes, con el objetivo de que sigan el taller; así como que sus padres tengan conocimiento del mismo.

6.- Se presentará la dinámica “el buzón” con la finalidad de que los participantes expongan sus dudas de manera anónima. (Anexo 4)

4.3.2 SESIÓN 2.

a) Título: Adolescencia I.

b) Objetivos de la sesión.

- Reforzar la información que los individuos tienen del tema de su etapa de vida.

c) Duración: 110 minutos.

d) Actividades:

- 1.- Se contestarán las dudas que surgieron con la actividad “el buzón”. (Anexo 4)
- 2.- Se expondrá la definición de adolescencia; así, como el tema de las etapas de la adolescencia.
- 3.- Se realizará la actividad “el buzón”. (Anexo 4)

4.3.3 SESIÓN 3.

a) Título: Adolescencia II.

b) Objetivos de la sesión.

- Ubicar a los adolescentes en la etapa que están viviendo en estos momentos.
- Dar a conocer los distintos tipos de desarrollos y sus características por los que pasa el ser humano, en este caso, el adolescente.

c) Duración: 110 minutos.

d) Actividades:

1.- Se contestarán las preguntas de la actividad “el buzón”. (Anexo 4)

2.- Mediante la actividad “Ubícate” se ubicará a los adolescentes en la etapa de la adolescencia en la que están viviendo. (Anexo 6)

3.- Se les dará una charla de los distintos tipos de desarrollos, abordando los temas de desarrollo como el físico, psicosexual, psicológico, cognitivo, moral, social.

4.- Actividad “el buzón”. (Anexo 4)

4.3.4 SESIÓN 4.

a) Título: Sexualidad Humana I.

b) Objetivos de la sesión.

- Dar información para que al final de la sesión el adolescente pueda identificar los caracteres sexuales secundarios.
- Dar a conocer el funcionamiento de los órganos sexuales.
- Informar acerca del proceso de fecundación.

c) Duración: 110 minutos.

d) Actividades:

- 1.- Se realizarán las respuestas de la actividad “El buzón”. (Anexo 4)
- 2.- Se realizará la dinámica “Desensibilización de términos”. (Anexo 7)
- 3.- Se dará la charla “Aparatos reproductores”. Abordando los temas de aparatos reproductor femenino y aparato reproductor masculino.
- 4.- Se realizará la dinámica “Sabes cómo soy, di mi nombre”. (Anexo 8)
- 5.- Actividad “El buzón”. (Anexo 4)

4.3.5 SESIÓN 5.

a) Título: Sexualidad Humana II.

b) Objetivos de la sesión.

- Informar sobre los métodos anticonceptivos.
- Dar a conocer el adecuado uso del condón, óvulo, la píldora y el DIU haciendo énfasis en los dos primeros.
- Informar sobre los medios para adquirir anticonceptivos en lugares públicos.

c) Duración: 110 minutos.

d) Actividades:

- 1.- Se dará un tiempo para contestar las preguntas el ejercicio “El buzón”. (Anexo 4).
- 2.- Se expondrá mediante diapositivas el tema “Métodos anticonceptivos”.
- 3.- Se hará la dinámica: “Eligiendo el método”. (Anexo 9)
- 4.- Dinámica: “Paso pasito para uso de condón”. (Anexo 10)
- 5.- Ejercicio: “El buzón”. (Anexo 4)

4.3.6 SESIÓN 6.

a) Título: Sexualidad Humana III.

b) Objetivos de la sesión.

- Identificar las enfermedades sexualmente transmisibles más comunes, reconociendo sus síntomas.
- Aprender a realizarse un auto examen físico.
- Prevenir las enfermedades de transmisión sexual mediante la práctica de conductas de higiene.

c) Duración: 110 minutos.

d) Actividades:

1.- Atender a la actividad “el buzón”. (Anexo 4)

2.- Pasar un conjunto de diapositivas con el tema de enfermedades de transmisión sexual abordando los temas de sífilis, chancro blando, sida, etc.

3.- Dinámica: “Compartiendo”. (Anexo 11)

4.- Actividad: “El buzón”. (Anexo 4)

4.3.7 SESIÓN 7.

a) Título: Sexualidad Adolescente.

b) Objetivos de la sesión.

- Identificar las diferencias entre género, orientación y rol sexual.
- Analizar las ventajas y desventajas del rol sexual del hombre y la mujer.

c) Duración: 110 minutos.

d) Actividades:

- 1.- Respuestas al ejercicio “El buzón”. (Anexo 4)
- 2.- Charla “Sexualidad adolescente”. Abordando temas como despertar de la sexualidad, identidad sexual, deseo sexual, etc.
- 3.- Dinámica “Identificando mi rol sexual”. (Anexo 12)
- 4.- Charla “Relaciones afectivas”.
- 5.- Actividad “El buzón”. (Anexo 4)

4.3.8 SESIÓN 8.

a) Título: Comunicación familiar.

b) Objetivos de la sesión.

- Identificar las diferencias entre género, orientación y rol sexual.
- Analizar las ventajas y desventajas del rol sexual del hombre y la mujer.

c) Duración: 110 minutos.

d) Actividades:

- 1.- Se revisarán las preguntas de la actividad “El buzón”. (Anexo 4)
- 2.- Se realizará la dinámica “Lío familiar”. (Anexo13)
- 3.- Se impartirá una charla “Comunicación con la familia”.
- 4.- Se realizará la dinámica “Carta a mis padres”. (Anexo 14)
- 5.- Actividad “El buzón”. (Anexo 4)

4.3.9 SESIÓN 9.

a) Título: Cierre.

b) Objetivos de la sesión.

- Retroalimentar sobre el desarrollo del curso en cuanto a lo aprendido.
- Cerrar el curso con los participantes.
- Agradecer la participación del grupo.

c) Duración: 110 minutos.

d) Actividades:

- 1.- Se revisarán las preguntas de la actividad “El buzón”. (Anexo 4)
- 2.- Se pedirá a los participantes contesten el examen previo para su autoevaluación. (Anexo 1)
- 3.- Se realizará la dinámica de cierre “El día de pago”. (Anexo 15)
- 4.- Agradecimientos y despedida.

CAPITULO III. CONCLUSIONES.

Durante la realización de esta propuesta fue trascendental retomar el tema de la sexualidad en la adolescencia, dado que requieren de su conocimiento para una toma de decisiones en el futuro del individuo.

La adolescencia es el periodo de la vida que oscila entre la niñez y la adultez, y cuya duración e incluso existencia han sido discutidas y definidas como época de crisis (González, 2000).

Durante esta etapa se dan los cambios biológicos denominados pubertad, los cuales se dividen en características sexuales primarias y características sexuales secundarias.

Las primarias implican los órganos reproductivos (ovarios, útero y vagina en las mujeres, en los hombres pene, escroto, testículos).

Las secundarias son visibles en el exterior del cuerpo como el desarrollo de los pechos en las mujeres, la aparición del vello en las axilas, y en el pubis en ambos sexos, etc.

Por lo que convierte a pubertad como el periodo de desarrollo de mayor diferenciación sexual desde la vida prenatal.

Por su parte los cambios psicobiológicos (González, 2000), es lo que se considera como adolescencia. Las etapas de la adolescencia son: preadolescencia (9-11 años), adolescencia temprana (12-15 años), adolescencia (16-18 años), adolescencia tardía (19-21 años) y postadolescencia (21-29 años) (Blos, 2003).

La etapa de preadolescencia es una etapa donde se da el parteaguas por el cambio físico del cuerpo, y es cuando empiezan los juegos sexuales, los cuchicheos, la curiosidad, es decir, la autoexploración.

Así mismo, esta etapa se caracteriza por un aumento cuantitativo en los impulsos, el niño es más inaccesible, más difícil de enseñar y controlar.

Los hombres son hostiles con las mujeres, tratan de evitarlas y se vuelven presumidos y burlones. Por el contrario, también pueden aparecer síntomas transitorios como fobias, tics nerviosos, dolores de cabeza y estómago, jugar con los cabellos, morderse las uñas, etc.

En la adolescencia temprana el desarrollo corporal va tomando características propias de la feminidad y masculinidad. Los adolescentes se separan de los padres y se individualizan, cuestionan los valores, reglas y leyes morales. Sin embargo, los valores morales adquieren cierta independencia y un control en el adolescente pero si no se da esto puede darse un descontrol en el adolescente y desembocar a conductas delictivas, o incluso depresión por la búsqueda del objeto de amor.

Más tarde se da una frustración pues el ideal de ese amigo se convierte en un sujeto normal; sin embargo, el adolescente es capaz de regular su propia autoestima.

La etapa de la adolescencia propiamente dicha es una etapa que culmina con la formación de la identidad sexual. Generalmente ocurre un cambio hacia la heterosexualidad y la renuncia final hacia el objeto incestuoso.

La vida emocional es más intensa, más profunda y con mayores horizontes. La aptitud para el amor heterosexual maduro se desarrolla con lentitud.

Los deseos edípicos resurgen, los conflictos internos alcanzan el máximo desarrollo y resulta imposible saber el resultado.

Las fantasías privadas son comparadas a un ensayo, pues son funciones que preparan para iniciar las relaciones interpersonales, especialmente con el sexo opuesto.

En la adolescencia tardía se termina el crecimiento físico y las funciones cognoscitivas superiores encuentran su punto de maduración.

La vida emocional es más intensa y la aptitud para el amor heterosexual maduro se desarrolla con lentitud. La identidad sexual implica la existencia de cambios característicos e identificativos pero la presión social puede provocar y forzará la sumisión del individuo y esto desembocará en un estado de confusión interna.

También se puede observar que los padres que en la niñez son sobrevalorados y considerados con temor y respeto, ahora son devaluados y vistos con las ruines proporciones de un ídolo caído y los sentimientos que antes fueron hacia los padres se vuelven hacia ellos y surge nuevamente el egocentrismo, con ellos se presenta una sobrevaloración del propio ser, además de cambios de humor inesperados.

La pérdida de interés por la familia hace que el adolescente se vea en los amigos, pues le dan una especial importancia ya que los idealiza, los admira, etc. Los amigos son importantes pues son una transición entre los padres y la pareja.

El adolescente empieza a ensayar con fantasías privadas para iniciar relaciones interpersonales especialmente con el sexo opuesto.

La tolerancia al conflicto y a la ansiedad, así como la cantidad y la intensidad de estímulos necesarios para el funcionamiento afectivo, determinan las diferencias individuales.

El proceso de consolidación de la etapa puede describirse como una serie de adaptaciones positivas y negativas a condiciones endopsíquicas y del medio ambiente.

El adolescente tiene como ganancia la integración social, predictibilidad en sus reacciones, existe más constancia de emociones y logra la estabilidad en su autoestima.

La postadolescencia son los sujetos llamados adultos jóvenes. En este periodo se ejerce la moralidad con un énfasis en la dignidad personal o autoestima. Se realizan todo tipo de sacrificios con el fin de sostener el sentido de dignidad y autoestima.

Son más capaces de pensar, sentir y actuar de una manera más íntegra, son autónomos económicamente, se enamoran, son más propensos al matrimonio, a formar una pareja e incluso permitirse la paternidad.

Sin embargo, el fracaso puede impedir la integración de esfuerzos diversos y contradictorios, de la misma manera en que puede terminar con la esperanza de mejorar el nivel de vida.

En lugar de vivir para realizar las tareas de vida el adolescente espera que las circunstancias de esta le resuelvan la tarea de vivir.

En cuanto al desarrollo físico sexual, la glándula encargada de este acontecimiento se llama pituitaria, esta produce hormonas que circulan por la

sangre para llegar a distintas partes del cuerpo. En el caso de los hombres son los andrógenos, en el caso de las mujeres se les llama estrógenos.

En general, los jóvenes se desarrollan aceleradamente en los dos años antes de la pubertad, y especialmente en el año antes de ella, esto se conoce como la edad de crecimiento máximo. Después el ritmo del crecimiento se vuelve más lento.

En ambos sexos las extremidades y el cuello crecen más rápido que la cabeza y el tronco. En los varones se produce un ensanchamiento de la espalda, se vuelven más delgados, más angulosos y más musculosos. En las niñas se dilata la pelvis, cambian las proporciones faciales, la nariz y la barbilla se hace más prominente.

Los órganos genitales externos se hacen más grandes, esto es más notable en el caso del hombre.

Durante el desarrollo físico la altura del niño aumenta un 25 % y su peso se duplica. Los varones son más grandes que las niñas, excepto en el periodo entre los 11 y los 14 años cuando estas últimas maduran antes y sobrepasan a sus pares del otro sexo.

El primer signo externo en el desarrollo sexual suele ser el crecimiento de los testículos y el escroto, también comienza a crecer, en algunos casos, con lentitud, el vello púbico.

Durante este proceso la laringe o manzana de Adán aumenta mucho de tamaño y las cuerdas vocales aumentan casi la doble longitud. Este proceso da lugar al tono más bajo de la voz.

En las chicas los estrógenos y progesterona provocan cambios en el cuerpo, la maduración y liberación de los óvulos y la menstruación.

El primer signo externo en las mujeres es la elevación de los pechos. El crecimiento del útero y la vagina suele acompañarse del desarrollo de los pechos y los genitales femeninos también aumentan de tamaño. La menarquía ocurre relativamente tarde en la secuencia del desarrollo y casi siempre después de que el ritmo del crecimiento de la estatura comienza a disminuir.

Por otra parte, se da también durante la adolescencia el desarrollo sexual el cual es parte fundamental de la identidad del yo, pues durante esta etapa el joven se identifica con su propio sexo, asume los rasgos, gestos, conducta verbal y motivaciones propias de su género. Este sexo identificado necesita ser afirmado por otros y por el propio adolescente para asegurarse de su aceptación y lograr la adaptación social.

Con base en lo anterior, la sexualidad en la adolescencia no sólo tiene implicaciones físicas sino también psicológicas por lo que la educación sexual es imprescindible en la vida del individuo pues depende mucho de ésta que el individuo se desarrolle sanamente esta área.

El sujeto que reciba la información por parte de su familia, sus padres, que haya visto aceptada su sexualidad de manera natural y que haya contado con un ambiente familiar en que el sexo no era cuestión prohibida, dispondrá de un conocimiento de la realidad y de conceptos que le ayudarán en su vida futura.

Por el contrario, el individuo que no reciba información por parte de sus padres, generalmente, buscará la respuesta en otras personas como los amigos, quienes posiblemente proporcionen información errónea.

Así mismo, en el área del amor los adolescentes, en esta etapa empiezan a tener importancia las imágenes que conservan de la situación vivida con sus padres, ya que habrán de ser puestas en práctica con otras personas. Cuando el adolescente se disponga a vivir las relaciones amorosas, podrá aparecer una serie de temores como consecuencia de los celos y del resentimiento que haya experimentado en relación con la vida afectiva de sus progenitores.

Por todo lo anterior, la pareja paterna se convierte en un modelo de pareja para el adolescente. Por esta razón, puede o no desear tener su propia pareja. Sin embargo, no es una regla que siempre se cumple, pues ya que el adolescente es crítico y analítico puede comparar a otras parejas.

En la actualidad se excluye a la sexualidad del compromiso total de la persona, de los valores éticos del amor y la fidelidad. Esto se refleja en la actual polémica a propósito de la educación sexual que se quiere impartir en los centros educativos.

Ya que si se le da al individuo el tema de sexualidad como una materia más sin ser orientados, ni auxiliados por los educadores puede haber distorsión de la información y esto traer consecuencias negativas. Pues hasta la fecha no se ha sabido impartir esta información. Incluso al impartir estos temas debe orientarse al individuo a que realice los valores más altos, se respete, se ame, y se valore.

Y es en este momento de vida cuando entra el papel de los padres y maestros como orientadores y educadores.

Existe un indicio aceptado que en la educación sexual de la joven generación, los adultos, los padres y educadores deben dirigir los primeros intercambios de información, orientándolos adecuadamente pero respetando su independencia, educándolos dentro de los valores morales de nuestra

sociedad, pero sin caer en puritanismos, charlas moralizantes, prejuicios o esquematismos poco aconsejables.

De acuerdo a Hiriart (2001) la educación sexual, con sus dos componentes básicos (formación e Información), constituye un factor indispensable para alcanzar la expresión sexual saludable cuyos rasgos han de manifestarse de manera imprescindible y enriquecedora en la salud general del ser humano.

Este proceso educativo cobra vital importancia en la adolescencia por su alta vulnerabilidad que pone en riesgo el equilibrio de la relación dialéctica del proceso salud-enfermedad. Para alcanzar el desarrollo de una sexualidad sana y enriquecedora, es indispensable la participación activa de toda la sociedad.

Una vez expuesto esto, se muestra la importancia de esta propuesta. Pretende dar a conocer la necesidad de los jóvenes por estar completamente informados con el tema de la sexualidad, pues en la escuela secundaria tanto maestros como padres de familia se preocupan más por el ámbito educativo que por los sentimientos de los jóvenes y el sano desarrollo del joven y por la forma en que se viven con respecto al tema de la sexualidad.

Por esta razón es de gran importancia que intervención y apoyo emocional sea abordado por especialistas.

Por lo tanto, se presenta esta propuesta como taller de sexualidad con el abordaje de temas de interés para los adolescentes como la adolescencia y sus etapas, así como el desarrollo físico, tanto como el desarrollo psicosexual, los cambios en la inteligencia, el desarrollo social. Se abordan también conceptos básicos de la sexualidad humana, como el ciclo menstrual, los aparatos reproductores tanto femeninos como masculinos, los métodos anticonceptivos para que se dé el autoconocimiento. Así como el tema de enfermedades de transmisión sexual, entre otros.

Esta propuesta tiene el objetivo de dar la pauta para un conocimiento amplio acerca de la sexualidad en los adolescentes pues es necesario que los sujetos a quienes va dirigido el taller estén realmente informados y que tengan un conocimiento veraz sobre este tema ya que al no estarlo se quedan con información falsa que puede afectar su vida.

Ya que los adolescentes necesitan de una guía, no sólo en lo conductual, es necesario que abarque en todos los aspectos ya sea emocional o intelectual. Los adultos tenemos esa responsabilidad con estos jóvenes de informarles con certeza, sobre todo en este tema que se calla por tabúes y una mala educación.

Por lo tanto esta propuesta es para ellos y de ellos pues esto generará una sexualidad sana y el adolescente será un adulto responsable.

LIMITACIONES Y SUGERENCIAS.

1. LIMITACIONES.

La presente propuesta tuvo como limitaciones las siguientes:

- En la actualidad la mayoría de los padres de familia no permiten que sus hijos estén informados acerca del tema de la sexualidad pues se tiene la creencia de incitarlos si se les da la información, es por esto que el taller sólo se imparte a alumnos de tercer grado.
- Por los horarios estipulados en las escuelas públicas, el horario de este taller se extendería a una sesión por día.
- Otra limitante es que no todas las escuelas actualmente cuentan con aula de medios y se limitaría a impartirse en las aulas de clase, las cuales no están equipadas con los elementos necesarios para impartirlo, se reduciría la calidad del taller.
- Otro aspecto también importante, es que existen ciertas limitantes en algunas escuelas públicas para tratar estos temas, por tabúes existentes aun en la actualidad, por evitar meterse en problemas con los padres de familia.
- Por último, ésta es sólo una propuesta, no se ha aplicado y por lo tanto, no se sabe si tendrá efectividad y su alcance.

2. SUGERENCIAS.

De acuerdo al tema de la propuesta se dan las siguientes sugerencias:

- Puesto que aún los padres de familia están llenos de tabúes, sería imprescindible, antes de realizar el taller darles una charla acerca de este tema, así como la importancia de que los jóvenes estén informados.
- En conjunto con la propuesta del taller presentar la importancia de la calidad al momento de impartirlo, sin limitaciones de tiempos.
- Ya que no en todas las escuelas se cuenta con aula de medios, pues tener preparado el taller de tal forma que sea de igual calidad, para que se cumpla el objetivo del mismo.
- Puesto que la educación pública no está preparada para tratar a fondo el tema de la sexualidad con los padres de familia, se presentará una propuesta que abarque pláticas tanto a padres como a maestros.
- Es necesario llevar a cabo este proyecto para comprobar su efectividad.

REFERENCIAS

- Álvarez-Gayou, J. L. (2007). *Sexoterapia integral*. México: Manual moderno.
- Berk, E. L. (2001). *Desarrollo del niño y del adolescente*. España: Pearson.
- Blos, P. (2003). *Los comienzos de la adolescencia*. Argentina: Amorrortu.
- Burin, M., Meler, I. (2000). *Varones, género y subjetividad masculina*. Argentina: Paidós.
- Camacho, M. F. J. (2000). *La sexualidad en la adolescencia desde el punto de vista psicoanalítico. Tesina de licenciatura. Facultad de psicología educativa*. México: IMCED.
- Cárdenas, P. P., Figueroa, G. A. (2001). *Manual para talleres para la ayuda y manejo del adolescente. Tesina de la licenciatura. Facultad de psicología*. México: UVAQ.
- Carrasco, R. S. (2007). *La sexualidad en el adolescente: conformación de la conciencia en el adolescente sobre la sexualidad*. Recuperado en agosto de 2009. Disponible en: <http://www.psicologiaincientifica.com/bv/psicologia-235-1-la-sexualidad-en-el-adolescente-conformacion-de-la-conciencia-en-el-adolescente-sobre-la-sexualidad.html>
- Checa, S. (2003). *Género, sexualidad y derechos reproductivos en la adolescencia*. Argentina: Paidós.
- Comisión episcopal de Educación católica de Argentina (2006). *La educación de la sexualidad en las escuelas*. Recuperado en agosto de 2009. Disponible en http://www.cea.org.ar/07-prensa/la_educacion_de_la_sexualidad.htm.
- Contreras, S. L., Córdoba Z, J. (2007). *Propuesta de un taller vivencial de educación sexual para adolescentes de 12 a 15 años. Tesina de la licenciatura. Facultad de psicología*. México: UNAM.
- Cueli, J., Reidl, L., Martí, C., Lartigue, T., Machaca, P. (2002). *Teorías de la personalidad*. México: Trillas.
- Día de pago: una actividad de cierre* (2010). Recuperado el 20 de febrero de 2011. Disponible en: <http://dinamicasojuegos.blogspot.com/2010/12/dia-de-pago-una-actividad-de-cierre>.

Díaz, N. J. Gallego, M. B. (2003) Aforismos, proverbios y consejos. "*La sexualidad es el más delicado de los comportamientos humanos. Exige cualidades de inteligencia, equilibrio, desprendimiento interior y generosidad. La sexualidad es el único terreno en el cual resulta imposible hacer trampas*". Pierre Daco. Recuperado en septiembre de 2010 disponible en bvs.sld.cu/..mgi15204.htm.

Dicaprio, N. S. (2000). *Teorías de la personalidad*. México: McGraw Hill.

Dolto, F. (2001). *Sexualidad femenina, la libido genital y su destino femenino*. España: Paidós.

Egan, G. (2000). *El orientador experto. Un modelo para la ayuda sistémica y la relación interpersonal*. México: Iberoamericana.

Eguiluz, L. L. (2003). *Dinámica de la familia un enfoque psicológico sistémico*. México: Pax.

Erikson, E. (2000). *Sociedad y adolescente*. México: Siglo XXI.

Foucault, M. (2002). *Historia de la sexualidad*. México: Siglo XXI.

Freud, S. (2002). *Tres ensayos sobre teoría sexual*. España: Alianza.

Gómez J. Z. (2011). *El desarrollo sexual de los adolescentes. Departamento de personalidad, evaluación y tratamientos psicológicos*. España. Recuperado el 1 de enero de 2011. Disponible en <http://www.svnp.es/Document/Captulof.htm>.

González, J. J. López, R. Javier, A. (2000). *Teoría y técnica de la terapia psicoanalítica del adolescente*. México: Trillas.

González, J. J. (2001). *Psicopatología de la adolescencia*. México: Manual Moderno.

Gotward, W. H. (2000). *Sexualidad la experiencia humana*. México: Manual Moderno.

Hermenegildo, M. M. (2006). *Taller teórico vivencial de autoconcepto, asertividad y sexualidad dirigido a adolescentes de una secundaria pública. Tesina de licenciatura*. Facultad de psicología. México: UNAM.

Hiriart, R, V. (2001). *Educación sexual en la escuela. Guía para el orientador de púberes y adolescentes*. Argentina: Paidós.

Kernberg, O. (2003). *Relaciones amorosas normalidad y patología*. Paidós. Argentina: Paidós.

Las tres dimensiones del amor (2011). Recuperado el 6 de febrero de 2011. Disponible en: <http://www.suite101.net/content/las-tres-dimensiones-del-amor-a34474#ixzz1HT61db3a>

Maier, H. (2000). *Tres teorías sobre el desarrollo del niño: Erikson, Piaget y Sears*. Argentina: Amorrortu.

Martínez, J. M. (2006). *Amores que duran y duran y duran*. Claves para superar las creencias destructivas que separan las parejas. México: Pax

Muñoz A. (2010). *Desarrollo Psicológico*. Recuperado el 28 de Noviembre de 2010 de <http://www.cepvi.articulos/adolescentes.shtml>.

Musen, P.H., Conger, J.J., Kagan, J. (2000). *Aspectos esenciales del desarrollo de la personalidad en el niño*. México: Trillas.

Muuss, R. E. (2003) *Teorías de la Adolescencia*. Argentina: Paidós.

Morris, D. (2000). *El zoo humano*. España: Plaza y Janes.

Oliver, E. (2003). *Efecto de un taller de salud, sexualidad y reproductiva en el conocimiento de las actitudes hacia la sexualidad en la adolescencia*. Tesis de licenciatura. Facultad de psicología. México: UNAM.

Paniagua, A. P. (2001). *Curso-taller para el reconocimiento de las manifestaciones psicológicas del déficit de atención con hiperactividad. Dirigido al equipo interdisciplinario de un centro de atención múltiple de educación especial: una propuesta*. Tesina de licenciatura. Facultad de psicología. México: UVAQ.

Papalia, D. E. Wendkos, S., Duskin, R. (2002). *Psicología del desarrollo de la infancia a la adolescencia*. México: McGraw Hill.

Paradojas del amor romántico relaciones amorosas entre jóvenes. (2006). México: Instituto Mexicano de la Juventud.

Pick, S. (2003). *Planeando tu vida*. México: Ed. Limusa.

Saavedra, M. S. (2004). *Como entender a los adolescentes para poder educarlos mejor*. México: Manual Moderno.

Sexualidad humana y prevención. (2009). México: Secretaria de salud y asistencia social (S.S.A.)

Silva, J. A. (2000). *La sexualidad en el adolescente. Tesis de licenciatura. Facultad de psicología educativa.* México: IMCED.

Soler, C. (2000). *La maldición sobre el sexo.* Estudios de psicoanálisis. Argentina: Manantial.

Susín, A. C. (2010). *Pautas para una correcta educación de la sexualidad.* España. Recuperado el 24 de mayo de 2010. Disponible en www.vidahumana.org/..pautas.html.

Tomas, J., Bassas, N. (2000). *Problemática de la adolescencia y otros aspectos de la edad evolutiva.* Barcelona: Alertes.

Torres, A. P. (2007). *La sexualidad integral como factor importante en la autorrealización de la mujer y como marco referencial para la educación sexual. Tesis de licenciatura. Facultad de psicología educativa.* México: IMCED.

Vanegas, J. H. (2000). *Estrategias metodológicas para talleres de sexualidad.* Bogotá: Manual Moderno.

Vázquez, D, F. (2003). *La conceptualización de la sexualidad en nivel secundaria. Tesis de licenciatura. Facultad de psicología educativa.* México: IMCED.

Voss, J., Gale, J. (2008). *Guía sexual para la adolescente.* Buenos Aires: Vergara.

William, H., Gotwald, Gale, H. (2000). *Sexualidad la experiencia humana.* México: Manual Moderno.

Zsazs, I. (1999). *Análisis de la encuesta de salud reproductiva de la secretaria de salud.* Recuperado el 25 de noviembre de 2009. Disponible en www.132.248.35.1/bibliovirtual/Tesis/arillo/contenido.pdf.

ANEXO 1.

EXAMEN DE DIAGNÓSTICO.

Encierre en un círculo la letra del inciso que usted considere correcto (solo una).

1.- Los caracteres sexuales secundarios son los siguientes. Excepto:

- a) Vello púbico y axilar.
- b) Cambio de voz.
- c) Pene y vulva.
- d) Cambios de conducta.

2.- Se entiende por pubertad:

- a) A los cambios ocurridos durante el transcurso de la vida.
- b) A los cambios ocurridos durante el nacimiento.
- c) A los acontecimientos por los que un niño alcanza su crecimiento y madurez sexual.
- d) A los acontecimientos por los que un adolescente se transforma en adulto.

3.- Esto ocurre en la pubertad de la mujer:

- a) Aparición del vello púbico.
- b) Cambio del tono de voz.
- c) Aparición del botón mamario.
- d) El inicio de la regla o menarca.

4.- Se presenta en el hombre, a diferencia de la pubertad de la mujer:

- a) La regla.
- b) Crecimiento de talla y masa muscular.
- c) Ensanchamiento de las caderas.
- d) Aparición de vello púbico.

5.- El inicio de la pubertad es más rápido en:

- a) El hombre.
- b) En la mujer.
- c) Al mismo tiempo.
- d) Ninguna de las anteriores.

6.- El cromosoma sexual del hombre es:

- a) V.
- b) X.
- c) Y.
- d) Z.

7.- El cromosoma sexual de la mujer es:

- a) V.
- b) X.
- a) Y.
- d) Z.

8.- El cariotipo de nuestra especie es:

- a) 45 XX.
- b) 46XY y 46XX respectivamente.
- c) 46VZ y 46VV respectivamente.
- d) 46ZZ.

9.- Hormona producida por los ovarios:

- a) Estrógenos y Progesterona.
- b) Testosterona.
- c) Prolactina.
- d) Hormona Luteinizante.

10).- ¿Cuál es la capa del útero que mes con mes crece?

- a) Endometrio.
- b) Miometrio.
- c) Perimetrio.
- d) Ninguna de las anteriores.

11.- La unión del espermatozoide con el óvulo se llama:

- a) Fertilización.
- b) Fecundación.
- c) Relación sexual.
- d) Fecundidad.

12.- Las trompas de Falopio tienen las siguientes funciones, excepto:

- a) Alojan a embrión para que se desarrolle.
- b) Sirven de conducto a los espermatozoides.
- c) Sirven de conducto al óvulo.
- d) Sirven de conducto al cigoto.

13.- Son las estructuras que conforman la vulva, excepto:

- a) Labios mayores.
- b) Meato urinario.
- c) Introito vaginal.
- d) Vagina.

14.- Hormona producida en los Testículos:

- a) Estrógenos y Progesterona.
- b) Testosterona.
- c) Prolactina.
- d) Hormona Luteinizante.

15.- Motivo por el cual el testículo se encuentra fuera de la cavidad abdominal

- a) Para tener una adecuada temperatura.
- b) Para tener una adecuada espermatogénesis.
- c) Para estar de medio a un grado centígrado por abajo de la temperatura corporal.
- d) Todas las anteriores.

16.- El conducto deferente sirve para:

- a) Transportar los espermatozoides del testículo a la vesícula seminal.
- b) Transportar en semen del testículo a la vesícula seminal.
- c) Sostener al testículo.
- d) Nutrir al testículo.

17.- La vesícula seminal sirve para:

- a) Alojar y nutrir a los espermatozoides.
- b) Formar el líquido seminal.
- c) Ninguna de las anteriores.
- d) A y B son correctas.

18.- La próstata produce:

- a) Espermatozoides.
- b) Líquido seminal.
- c) Líquido preeyaculatorio.
- d) Ninguno de los anteriores.

19.- El pene está formado por:

- a) Dos cuerpos cavernosos, un cuerpo esponjoso y la uretra.
- b) Un himen.
- c) Un cervix.
- d) A y B son correctas.

20.- El escroto tiene las siguientes funciones:

- a) Alojarse y proteger a los testículos.
- b) Ayuda a mantener la temperatura óptima de los testículos.
- c) a y b.
- d) Ninguna de las anteriores.

21.- ¿Cuál es la cantidad de semen eyaculado?

- a) 1 ml.
- b) 1 lt.
- c) 500 ml.
- d) 3 - 4 ml.

22.- ¿Cuántos espermatozoides son eyaculados por vez?

- a) 50 mil por ml.
- b) 100 millones por ml.
- c) 100 por ml.
- d) 20 millones por ml.

23.- Los siguientes son componentes del semen, excepto:

- a) Líquido seminal.
- b) Líquido preeyaculatorio.
- c) Espermatozoides.
- d) Testosterona.

24.- ¿Qué hormona induce la maduración del óvulo?

- a) Estrógenos.
- b) Progesterona.
- c) Hormona Folículo Estimulante.
- d) Hormona Luteinizante.

25.- ¿Cuántos días dura en promedio un ciclo menstrual?

- a) 5 días.
- b) 28 días.
- c) 14 días.
- d) Ninguna de las anteriores.

26.- ¿Cuántos días del ciclo pasan para que haya ovulación?

- a) 5 días.
- b) 28 días.
- c) 14 días.
- d) Ninguna de las anteriores.

27.- ¿Cuántos días dura en promedio la regla?

- a) 5 días.
- b) 28 días.
- c) 14 días.
- d) Ninguna de las anteriores.

28.- ¿Qué ocurre en el útero en caso de que haya fecundación?

- a) El endometrio cae en forma de regla.
- b) El endometrio se mantiene.
- c) El miometrio se contrae.

29.- Método anticonceptivo Natural:

- a) Minipíldora.
- b) DIU.
- c) Condón.
- d) Ritmo.

30.- Método anticonceptivo de barrera:

- a) Minipíldora.
- b) DIU.
- c) Condón.
- d) Ritmo.

31.- Método anticonceptivo mecánico:

- a) Minipíldora.
- b) DIU.
- c) Condón.
- d) Ritmo.

32.- Método anticonceptivo hormonal:

- a) Minipíldora.
- b) DIU.
- c) Condón.
- d) Ritmo.

33.- ¿Por qué se llaman métodos hormonales combinados?

- a) Así los denomino el que los descubrió.
- b) Por que contienen estrógenos y progesterona.
- c) Por que tienen testosterona y prolactina.
- d) Ninguna de las anteriores.

34.- ¿Qué ocurre en la vasectomía?

- a) Se cortan los testículos.
- b) Se cortan las trompas de Falopio.
- c) Se cortan los conductos deferentes.
- d) Se corta el pene.

35.- ¿Qué ocurre en la salpingoclasia?

- a) Se cortan los testículos.
- b) Se cortan las trompas de Falopio.
- c) Se cortan los conductos deferentes.
- d) Se corta el pene.

36.- El espermaticida es un método anticonceptivo del tipo:

- a) Químico.
- b) Mecánico.
- c) Quirúrgico.
- d) Natural.

37.- Este método está descrito en la Biblia:

- a) Condón femenino.
- b) Condón masculino.
- c) Coitus interruptus.
- d) Esponja vaginal.

38.- Este método tiene un triple efecto anticonceptivo:

- a) Condón femenino.
- b) Condón masculino.
- c) Coitus interruptus.
- d) Esponja vaginal.

39.- ¿Cuáles son los métodos con mayor efectividad o menor índice de Pearl?

- a) Barrera.
- b) Naturales.
- c) Hormonales.
- d) Ninguno de los anteriores.

40.- Presentación de los anticonceptivos hormonales:

- a) Inyectables.
- b) Minipíldora.
- c) Implante subdérmico.
- d) Todos los anteriores.

41.- La gonorrea es una enfermedad:

- a) De transmisión sexual.
- b) Que la produce una bacteria.
- c) Que produce secreción a través del pene o vagina.
- d) Todas las anteriores.

42.- ¿Un recién nacido puede adquirir gonorrea?

- a) No, nunca solo se contrae por contacto sexual.
- b) Sí, al pasar por la vagina de una madre infectada.
- c) No hasta que sea mayor de edad y tenga relaciones sin protección.
- d) Ninguna de las anteriores.

43.- La sífilis es causada por:

- a) Una bacteria.
- b) Un virus.
- c) Un parásito.
- d) Un hongo.

44.- Es la ETS ulcerosa más común en los países en vías de desarrollo:

- a) Gonorrea.
- b) VIH.
- c) Herpes genital.
- d) Sífilis.

45.- ¿Cuál es la importancia de la infección por el virus del papiloma humano?

- a) Que se ven feos los condilomas en la vulva o en el pene.
- b) Que los papilomas son dolorosos.
- c) Que puede ocasionar cáncer.
- d) Ninguna de las anteriores.

46.- Sitio donde ocurre el cáncer más frecuente en la mujer mexicana:

- a) Mama.
- b) Cervix.
- c) Piel.
- d) Estómago.

47.- El VIH ataca a

- a) Al sistema inmune.
- b) Los genitales.
- c) Pelo y uñas.
- d) Los pies y las manos.

48.- El VIH se transmite por:

- a) Saludar de mano a una persona infectada.
- b) Estar en contacto con líquidos corporales y plasma de una persona infectada.
- c) Tener relaciones íntimas no sexuales con una persona infectada.
- d) B y C son correctas.

49.- Las manifestaciones del VIH pueden:

- a) Imitar a otras enfermedades virales.
- b) Pasar desapercibidas en un principio.
- c) Afectar al sistema nervioso.
- d) Todas las anteriores.

50.- ¿Cuál es la consecuencia final de la infección por VIH?

- a) Diarrea.
- b) Enfermedades respiratorias.
- c) SIDA.
- d) Gripe.

ANEXO 2.

Dinámica: La telaraña.

Objetivos:

- Romper la tensión inicial conociendo a los integrantes del grupo.
- Lograr una adecuada interacción con el grupo.

Material: una bola de estambre.

Duración: 20 minutos.

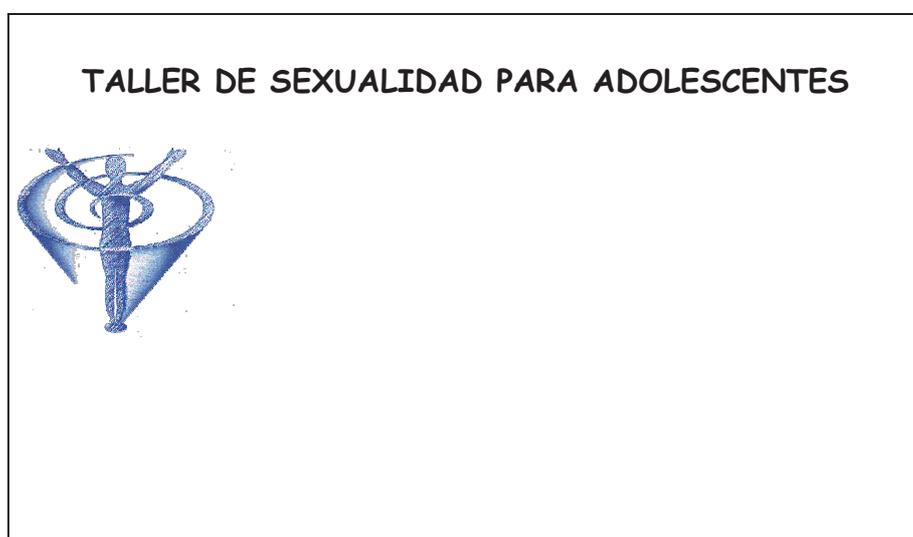
Actividades:

- Se indicará al grupo que realizarán una actividad de integración con el fin de que se conozcan más.
- Advertir a los participantes que deben estar atentos, ya que el ejercicio es de memorización.
- Pedir a los participantes que se pongan de pie y formen un círculo.
- El presentador iniciará el ejercicio tomando una punta del estambre y se presenta ante el grupo diciendo su nombre, y alguna anécdota del mismo (la razón por la cual se llama así, etc.)
- Al terminar su presentación, lanza la bola de estambre a otro compañero quien a su vez deberá dar la misma información, sostendrá el estambre por un punto antes de lanzarlo a otro compañero.
- Esta secuencia se repite hasta que todos los participantes queden enlazados en una especie de telaraña.
- Una vez que se haya presentado el último participante deberá regresar la bola al último compañero que se la lanzó, repitiendo los datos expuestos por dicho compañero, quien a su vez deberá repetir los datos de quien le precedió. Este procedimiento se continúa en sentido inverso, de manera que la bola se vaya enredando nuevamente y termine en las manos de quien inició el juego.
- Cerrar el ejercicio permitiendo que los participantes comenten sus experiencias sobre esta dinámica.
- Si los integrantes del grupo ya se conocieran pedir que den la información diferente.

Referencia: Pick, S. (2003). Planeando tu vida. México: Ed. Limusa.

ANEXO 3.

GAFETE DE PRESENTACIÓN



ANEXO 4.

Actividad “El buzón”.

Objetivos:

- Proporcionar a los participantes un medio para aclarar de manera anónima sus dudas sobre los diferentes aspectos de la sexualidad.

Material: tarjetas “El buzón”

Duración: 20 minutos.

Actividades:

- Indicar a los participantes que al finalizar de cada sesión podrán anotar sus dudas y sugerencias en forma anónima, en una tarjeta u hoja de papel y depositarlas en el buzón (una caja de madera o cartón).
- Recordar al grupo diariamente la finalidad del buzón.
- Revisar el buzón todos los días.
- Contestar todas las dudas o comentar las sugerencias recibidas al término de cada sesión, o bien en la siguiente.
- No olvidar que aunque en las preguntas o comentarios los jóvenes pidan privacidad, as respuestas deben darse al grupo entero. Manejar este punto explicando el beneficio de compartir tanto para el individuo como para el grupo.

Referencia: Pick, S. (2003). Planeando tu vida. México: Ed. Limusa.

ANEXO 5.

HOJA PARA LA ACTIVIDAD “EL BUZÓN”



EL BUZÓN

ANEXO 6.

Actividad: Ubícate en la etapa de Adolescencia

Objetivos:

- Reconocer la etapa de la adolescencia que el sujeto atraviesa.

Material: individuos del grupo.

Duración: 30 minutos.

Actividades:

De manera verbal y a manera de discusión, con ayuda de los mismos integrantes del grupo se les ayudará a ubicarse en la etapa de la adolescencia que están pasando.

El expositor empezará preguntando a manera de pregunta abierta en que etapa se encuentran los adolescentes, uno de ellos responderá y al mismo facilitador promoverá la participación grupal para el propósito de esta actividad.

Referencia: Pick, S. (2003). Planeando tu vida. México: Ed. Limusa.

ANEXO 7.

Dinámica: Desensibilización de términos

Objetivos:

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

Material: Papel, lapiceros, plumines, pintarrón y plumón para el mismo.

Duración: 20 minutos.

Actividades:

- Comentar que dado el carácter del tabú que a través de los años ha tenido la sexualidad hay muchos términos asociados con ella, algunos correctos otros que provienen del lenguaje común y corriente.
- Formar cuatro subgrupos e identificarlos con un nombre.
- Una vez organizados el facilitador dirá en voz alta uno de los términos que se usan en la sexualidad (por ejemplo pene, vagina, etc.) y dará dos minutos para que cada equipo haga su lista de sinónimos. Después pedirá que lean en voz alta su lista.
- El facilitador apuntará en el pintarrón el número de sinónimos mencionados por cada equipo.
- Decir en voz alta un nuevo término y repetir el procedimiento anterior. Esto se puede hacer con tres o cuatro términos.
- Discutir algunos puntos, tales como:
 - a) ¿Alguien se sintió apenado cuando vieron, escribieron o leyeron en voz alta los términos? ¿Si, no, por qué?
 - b) ¿Cuándo usamos términos sexuales vulgares? ¿Cuándo usamos los términos sexuales correctos? ¿Por qué?
 - c) ¿Existen diferencias entre los términos asociados con el hombre y la mujer?

Referencia: Pick, S. (2003). Planeando tu vida. México: Ed. Limusa.

ANEXO 8.

Dinámica: Sabes cómo soy, di mi nombre.

Objetivos:

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

Material: Pintarrón y plumones para el mismo.

Duración: 30 minutos.

Actividades:

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

Referencia: Pick, S. (2003). Planeando tu vida. México: Ed. Limusa.

ANEXO 9.

Dinámica: “Eligiendo el método”

Objetivos:

- Seleccionar el método anticonceptivo más adecuado a una situación específica.

Material: 4 tarjetas con las historias a examinar escritas.

Duración: 30 minutos.

Actividades:

- Solicitar que los adolescentes formen cuatro equipos.
- El facilitador comentará al grupo que se les entregará por equipo unas historias cortas de una pareja que necesita un método anticonceptivo.
- Cada equipo analizará la historia que se le asigne y seleccionará el método más adecuado, justificando la elección.
- El facilitador escribirá en el pintarrón las opciones de métodos anticonceptivos que pueden seleccionarse: óvulo, condón y óvulo, píldoras, etc. Dar 10 minutos para la realización de esta actividad.
- Pedir un representante por equipo, el cual leerá ante el grupo el caso que analizó y el método anticonceptivo que seleccionó su equipo, exponiendo a su vez las razones de la elección. Esta secuencia se continuará hasta que los cuatro equipos hayan expuesto.
- Cerrar el ejercicio comentando con el grupo la importancia de la adecuada selección y utilización de un método anticonceptivo.

Referencia: Pick, S. (2003). Plneando tu vida. México: Ed. Limusa.

ANEXO 10.

Dinámica: “Paso a pasito para uso de condón”.

Objetivos:

- Identificar cada uno de los pasos que sugieren para el uso efectivo del condón.

Material: Cartulinas, cinta adhesiva, plumones de colores.

Duración: 20 minutos.

Actividades:

- El facilitador describirá el condón y si es posible lo mostrará como una funda puesta en el pene (ilustrar su colocación en una botella o en la mano, señalando la importancia de dejar un pequeño espacio en la punta) mencionará su importancia en la prevención de un embarazo y en la transmisión de enfermedades de transmisión sexual.
- Explicar a los adolescentes que a algunas personas les gusta practicar cómo ponerse los condones antes de que tengan de hecho relaciones sexuales. Mencionar que se requiere tiempo para adaptarse a las sensaciones producidas por el condón.
- El facilitador previamente habrá escrito cada uno de los términos siguientes en tarjetas grandes de cartulina, con letra grande: colocar el condón desenrollándolo, eyaculación, detenerse un momento, excitación sexual, penetración, erección, pérdida de erección, extracción del pene, sostenerlo del borde.
- Formar 4 grupos. El facilitador les dará las tarjetas en forma desordenada y pedirá a los equipos que las ordenen.
- Solicitar que pase cada grupo al frente y pegue las tarjetas en el pintarrón o en la pared. El facilitador hará la revisión conjuntamente con el grupo.

Orden correcto:

- Excitación sexual.
- Erección.
- Detenerse un momento.
- Colocar el condón.
- Penetración.
- Eyaculación.
- Sostenerlo por el borde.
- Extracción del pene.
- Pérdida de erección.

Asegurarse de que todos entendieron la secuencia y estén de acuerdo con el orden. Resolver dudas al respecto.

Referencia: Pick, S. (2003). Planeando tu vida. México: Ed. Limusa.

ANEXO 11.

Dinámica: “Compartiendo”.

Objetivos:

- Analizar como las conductas sociales pueden repercutir en la salud sexual.

Material: 4 tarjetas para cada adolescente, cinta adhesiva, plumones, hojas blancas.

Duración: 30 minutos.

Actividades:

- Enumerar a los adolescentes para formar equipos de 5 grupos. Asignará cada uno un color (verde limón: sida, azul marino: sífilis, amarillo: cándida, blanco: clamidia, rojo: uretritis.) sin decirles el código y pedirles que cada uno lleve 4 tarjetas del color asignado.
- Pedir a los adolescentes que escriban en una hoja, con letra grande, su nombre y 5 características personales que los identifiquen (positivas y/o negativas) y se la peguen en el pecho (simpático, retraído, deportista, etc.).
- Indicarles que caminen por todo el salón leyendo las hojas de sus compañeros, eligiendo a 4 personas con cuyas características se identifiquen.
- Una vez elegidas las 4 personas deben preguntarles si quieren intercambiar tarjetas con él o ella. En caso afirmativos hacerlo pegando la tarjeta en una parte del cuerpo del compañero en el orden en que este las va recibiendo (no necesariamente deben intercambiarse todas las tarjetas). Una vez concluido el intercambio informar a los adolescentes el código de cada color y el objetivo de este ejercicio.

Referencia: Pick, S. (2003). Planeando tu vida. México: Ed. Limusa.

ANEXO 12.

Dinámica: “Identificando mi rol sexual”.

Objetivos:

- Facilitar a los adolescentes la exploración y análisis de su propio concepto de rol sexual.

Material: Tarjetas con recortes de revistas en las que se representan diferentes oficios.

Duración: 20 minutos.

Actividades:

- Introduzca el ejercicio señalando lo que significa hablar de rol sexual y como muchas veces frases como “los niños no lloran”, “la conciencia es sólo para mujeres”, etc. dan una idea falsa de lo que significa ser hombre o ser mujer.
- Exponga al grupo que a continuación les va a presentar una serie de láminas y que su tarea es identificar a qué sexo corresponden y por qué.
- Promueva la discusión.

Preguntas guía:

- ¿Qué ven esta lámina?
- ¿Quién crees tú que desempeña estas tareas diferentes para hombre y mujeres?
- ¿Estas diferencias son biológicas o culturales?
- ¿En qué forma se nos enseña lo que podemos hacer y no?
- ¿En qué forma esto que se nos enseña influye en las decisiones que tomamos y en lo que queremos para el futuro (expectativas)?
- ¿Qué cosa les gustaría hacer, pero piensan que por ser hombres o mujeres no deben hacerlo? ¿Por qué?
- ¿Cómo podemos solucionar esto?

Referencia: Pick, S. (2003). Planeando tu vida. México: Ed. Limusa.

ANEXO 13.

Dinámica: “Lio familiar”.

Objetivos:

- Identificar las formas de distorsión en la comunicación familiar.

Material: Pintarrón, plumones

Tarjeta con el mensaje: Carlos y Javier se pelearon con Roberto porque éste no les devolvió el dinero que le habían dado a guardar, pues me lo prestó para rescatar el reloj de mi papá que había empeñado con Jesús.

Duración: 20 minutos.

Actividades:

- Pedir 5 voluntarios a los cuales se les asignarán los papeles de papá, mamá, tío, hermano (a), y adolescente, y quienes saldrán del salón con excepción del adolescente.
- El facilitador lee el mensaje al adolescente y se le pide al tío que entre al salón.
- El adolescente debe decirle al tío el mensaje que le dio el facilitador.
- Se le pide al hermano (a) que entre al salón y el tío le da el mensaje que recibió del adolescente.
- Se le pide a la mamá que entre y el hermano (a) le da el mensaje que recibió del tío.
- Se le pide al papá que entre la salón y la mamá le da el mensaje que recibió del hermano (a).
- El padre finalmente escribirá en el pintarrón el mensaje que recibió de la madre.
- El facilitador escribe el mensaje original y se comparan ambos mensajes.
- Propiciar la discusión alrededor de la comunicación en la familia y la distorsión del mensaje, analizando las respuestas de las diferentes personas ante el mensaje.
- Cerrar el ejercicio comentando la importancia de confirmar la información que se recibe para no provocar confusiones en la comunicación.

Referencia: Pick, S. (2003). Planeando tu vida. México: Ed. Limusa.

ANEXO 14.

Dinámica: “Carta a mis padres”.

Objetivos:

- Facilitar la comunicación entre el adolescente y sus padres.

Material: Cheques en blanco, sobres, plumas o lápices.

Duración: 30 minutos.

Actividades:

- Solicitar a los adolescentes que escriban una carta dirigida a sus padres o a alguno de ellos. En esta comentarán algún aspecto de la sexualidad del que no han podido hablar con él o ella (ambos) y del cual les gustaría hablar.
- Preguntar si algún voluntario quisiera leer su carta al grupo. Si nadie quiere leerla, pedir que comenten su experiencia: los que la escribieron cómo se sintieron y los que no lo hicieron exponer sus razones.
- Sugerir como actividad en casa que entreguen la carta a su destinatario considerando las posibles consecuencias de ello.

Referencia: Pick, S. (2003). Planeando tu vida. México: Ed. Limusa.

ANEXO 15.

Dinámica: "Día de pago".

Objetivos:

- Elaborar una evaluación personal y de grupo respecto a la actuación de cada participante.
- Permitir a cada participante comparar su autoevaluación con la evaluación grupal sobre él.
- Proporcionar a los participantes una experiencia al evaluar a otras personas de una manera constructiva y concreta

Material: Cheques en blanco, sobres, plumas o lápices.

Duración: 60 minutos.

Actividades:

- El Facilitador pide al grupo se acomoden en un círculo.
- Se dirige al grupo para dar una recapitulación sobre los objetivos que en un principio debían ser alcanzados.
- Explica al grupo que cada participante tendrá una oportunidad de evaluar su contribución en su aprendizaje en el curso, o facilitar el aprendizaje de los demás premiándose a sí mismo con un cheque.
- El Facilitador les explica que la "clasificación de pago" varía de \$0.00 hasta \$100.00. Si el participante siente que ha ganado y/o contribuido poco, deberá pagarse una cantidad pequeña, y si siente que ha ganado y/o contribuido bastante, deberá pagarse una cantidad mayor.
- El Facilitador pide a cada participante que coloque su cheque dentro de un sobre, cerrarlo, y rotularlo con su nombre. Luego recoge los sobres y pide a cada participante que regrese al círculo.
- El Facilitador señala al grupo que el siguiente paso será dar y recibir retroalimentación. Pero aclarando que debe ser constructiva.
- El Facilitador elige un sobre al azar. Le pide al participante se siente en medio del círculo. El participante abre y revela al grupo lo que se ha pagado y por qué. El grupo entonces responde a las siguientes preguntas: ¿Qué hizo para merecer ese pago? ¿Qué pudo haber hecho para aumentar sus ganancias? ¿Es congruente el pago que se hizo el

participante con la evaluación del grupo? El participante responde a la retroalimentación del grupo.

- Cuando todos los participantes hayan dado y recibido su retroalimentación de esta manera, el Facilitador dirige al grupo a una discusión sobre la experiencia, centrándose en puntos tales como las semejanzas entre esta experiencia y la vida real, la facilidad o dificultad con la que valoramos monetariamente a nuestros congéneres, la "ley de la selva" llegó a prevalecer en la experiencia, o la honradez o los valores fueron los que prevalecieron.
- El Facilitador guía un proceso para que el grupo analice, como se puede aplicar lo aprendido en su vida.

Referencia: Día de pago: una actividad de cierre (2010). Recuperado el 20 de febrero de 2011. Disponible en:
<http://dinamicasojuegos.blogspot.com/2010/12/dia-de-pago-una-actividad-de-cierre>.