

DEDICATORIAS

YOHALI AYLIN AGUILAR CORDOVA

A Dios

Antes de todo, quiero darle gracias a Dios quien ha estado junto a mí en todo momento, quien me ha dado fuerzas, y porque me dio la oportunidad de vivir y de regalarme una maravillosa familia.

A mis padres

Con cariño principalmente a mis padres Hugo y Julia que me dieron la vida, por su comprensión y ayuda en momentos difíciles y en los muy buenos también. Me han enseñado a encarar las adversidades sin perder nunca la dignidad ni desfallecer en el intento. Me han dado todo lo que soy como persona, mis valores, mis principios, mi perseverancia y mi empeño, y todo ello con una gran dosis de amor y sin pedir nunca nada a cambio. Y porque siempre creyeron en mí, y espero un día poder recompensar todo su esfuerzo con el fruto de mi profesión.

A mi hermana

Daniela Julieth, quien, a pesar de pelear siempre, nunca me ha faltado su cariño y su apoyo incondicional, por darme ánimos en todo momento para cumplir mi meta.

A mi hijo

José Julián porque llego a mi vida para darme fuerzas para continuar, ha sido mi pequeño motor, lo que más amo en este mundo, y lo único por el cual seguiré luchando y esforzándome por tener todo lo que deseo y quiero.

A mi esposo

Gerardo Daniel, a ti especialmente, por tu paciencia, apoyo, y porque siempre me has echado porras, sobre todo en los momentos cuando pensaba en darme de baja,

pero tú me animabas, y te lo agradezco mucho, también por todo tu amor, por hacer de nosotros un equilibrio y darme un hogar lleno de felicidad, siempre buscaste el bien a futuro para mí, ayudándome siempre emocionalmente y económicamente.

A mis Suegros

Miguel y Matilde, quienes me apoyaron con el cuidado de mi hijo, para que este triunfo fuera posible, tiempo prestado en el cual yo no pude estar presente, por animarme a seguir adelante aprovechando la oportunidad que mis padres, mi esposo y la vida nos dan, y por los ánimos.

A todos mis compañeros

Flor, Ramiro, Ruleydi, Alexis, Nelson, Saulo, Lulú, Suyi, Adriana, Anai, porque todo este tiempo fuimos un gran equipo, porque los momentos vividos, los llevare presente y los recordare con tristeza, porque es incierto si algún día volveremos a vernos, y porque no solo fuimos alumnos de un aula, también fuimos buenos amigos. Los voy a extrañar.

A mi asesora de tesis

Como último, pero no menos importante, me gustaría agradecer sinceramente a mi directora y tutor de Tesis, Lic. Elisa, por su esfuerzo y dedicación. Sus conocimientos, su orientación, su manera de trabajar, su persistencia, su paciencia y su motivación han sido fundamentales para mi formación y poder concluir con este proyecto.

RULEYDI SALES FELIPE

A Dios

Gracias a dios por permitirme ser parte de este mundo por brindarme la oportunidad de conocer a personas maravillosas y extraordinarias en mi vida misma que han sido importantes para lograr mis metas y sueños

A mis padres

A mi madre Hermila Felipe Vázquez por darme la vida y saberme enseñar las cosas importantes de la vida por ser mi amiga y consejera a mi padre Román Sales Ramírez quien ha sido mi guía quien me ha enseñado a diferenciar las cosas buenas de las malas con sabiduría y ejemplos

A mi esposo

A ese ser que dios me brindo para compañero de vida a Robinson Carrillo Hernández le agradezco por los momentos felices que me ha brindado, por la paciencia, que hemos pasado juntos pero que han sido experiencias las cuales nos han servido como pilares para mejorar nuestro matrimonio. a mi pareja, mi otra mitad; la razón de mi felicidad

A mi hija

A la otra parte de mi vida Briana Carrillo Sales que dios me la ha regalado a ella quien es dueña de todos mis esfuerzos quien es la impulsora de mis sueños el motor de mi existencia a mi hija ayer mi bebe, hoy mi niña y por siempre el amor de mi vida.

A mis hermanos

A mi hermano Mario Antonio Sales Felipe quien ha sido alguien ejemplar con el que puedo contar para lo que sea a mi hermana Nancy Oneydi Sales Felipe mi

confidente, quien escucha y es buena consejera quien está en las buenas y las malas.

A mi compañera de tesis

Yohali Aylin Aguilar Córdova que en el poco tiempo de conocerla me ha servido para descubrir su personalidad encantadora quien ha sido no solamente una compañera de tesis sino una gran amiga que me ha sabido apoyar en diferentes aspectos.

A mi asesora de tesis

Lic. Elisa Pérez Pérez a ella que ha sido una excelente asesora que tiene una paciencia y una sabiduría quien no solamente ha sido una profesora, sino que una amiga con una actitud positiva que contagia con su alegría es a ella quien le agradezco de corazón el tiempo prestado para asesorarme

Índice

INTRODUCCIÓN.....	9
CAPÍTULO I	11
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	11
1.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA	11
1.2 PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN.....	20
1.3 OBJETIVOS.....	20
1.3.1 OBJETIVO GENERAL.....	20
1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	21
1.4 HIPÓTESIS.....	21
1.5 JUSTIFICACIÓN.....	21
1.6 DELIMITACIÓN DEL ESTUDIO	22
CAPITULO II	23
MARCO DE REFERENCIA	23
2.1 MARCO ANTROPOLÓGICO FILOSÓFICO.....	23
2.2 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN.....	26
2.3 MARCO TEORICO	35
2.3.1 TEORIA DE LOS HOLONES	35
2.3.1.1 HOLON DE VINCULACION AFECTIVA INTERPERSONAL.....	35
2.3.1.2 HOLON DEL EROTISMO	37
2.3.1.3 HOLON DE LA REPRODUCTIVIDAD HUMANA	39
2.3.1.4 HOLON DE GÉNERO.....	41
2.3.2 TEORIA DEL DESARROLLO PSICOSEXUAL PROPUESTA SIGMUND FREUD... ..	42
2.3.2.1 BASES DE LA TEORIA DE SIGMUND FREUD	43
2.3.2.2 ETAPA ORAL	44
2.3.2.3 ETAPA ANAL.....	45
2.3.2.4 ETAPA FALICA	45
2.3.2.5 ETAPA LATENTE	46
2.3.2.6 ETAPA GENITAL	46
2.3.3 TEORIA DEL ESQUEMA COGNITIVO DEL SEXO	46

2.3.3.1 EL ESQUEMA DEL SEXO	48
2.3.3.2 CRITICAS MÁS RELEVANTES	49
2.3.4 TEORIA SOCIAL PARA LA SEXUALIDAD HUMANA PROPUESTA POR DURKHEIM	50
2.3.4.1 LA FAMILIA COMO PRINCIPAL EDUCADOR	51
2.3.4.2 DURKHEIM Y LAS REPRESENTACIONES SOCIALES	52
2.3.4.3 DURKHEIM Y LA EDUCACION PARA LA SEXUALIDAD.....	53
2.3.5 HISTORIA DE LA EDUCACIÓN SEXUAL EN MÉXICO.....	56
2.3.6 FACTORES DE RIESGO EN ADOLESCENTES.....	60
2.3.6.1 PRINCIPALES CONDUCTAS DE RIESGO EN ADOLESCENTES	61
2.3.6.2 CONSUMO DE SUSTANCIAS QUIMICAS	61
2.3.6.3 CONDUCTA SEXUAL PRECOZ.....	62
2.3.6.4 EDAD DE LA PRIMERA RELACION SEXUAL	64
2.3.6.5 EL OTRO RIESGO DE LAS RELACIONES SEXUALES A TEMPRANA EDAD: ENFERMEDADES DE TRANSMICION SEXUAL (ETS).	65
2.3.6.5.1 HERPES GENITAL	66
2.3.6.5.2 VIRUS PAPILOMA HUMANO (VPH).....	66
2.3.6.5.3 HEPATITIS B.....	67
2.3.7 INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL NO VIRALES PRODUCTORAS DE ÚLCERAS.....	67
2.3.7.1 SIFILIS.....	67
2.3.8 INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL PRODUCTORAS DE INFECCIONES EN EL TRACTO GENITAL SUPERIOR E INFERIOR.	68
2.3.8.1 VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA VIH- SIDA.....	68
2.3.8.2 INFECCIÓN POR VIH/SIDA EN LA ADOLESCENCIA	69
2.3.9 PREVENCION Y USO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS EN ADOLESCENTES	70
2.3.9.1 PREVENCION DE EMBARAZO.....	70
2.3.9.2 PREVENCION DE INFECCIONES DE TRANSMICION SEXUAL (ITS)	72
2.3.9.3 MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS EN LA ADOLESCENCIA. PRESERVATIVO....	72
2.3.9.4 ANTICONCEPTIVOS HORMONALES COMBINADOS	73
2.3.9.5 ANTICONCEPCIÓN HORMONAL CON SÓLO PROGESTÁGENOS (ASG).....	73
2.3.9.6 PÍLDORA CON SÓLO GESTÁGENO (POP)	74

2.4 MARCO CONCEPTUAL.....	75
CAPÍTULO III.....	80
3 DISEÑO METODOLÓGICO.....	80
3.1 FORMAS DE INVESTIGACIÓN.....	81
3.1.1 INVESTIGACIÓN PURA	81
3.1.2 INVESTIGACIÓN APLICADA.....	82
3.2 TIPOS DE ESTUDIO	82
3.2.1 ESTUDIO CORRELACIONAL.....	82
3.2.2 ESTUDIO DESCRIPTIVO.....	83
3.2.3 ESTUDIO EXPLICATIVO.....	83
3.2.4 ESTUDIO EXPLORATORIO	83
3.3 TIPOS DE INVESTIGACIÓN.....	83
3.3.1 INVESTIGACIÓN DOCUMENTAL	84
3.3.2 INVESTIGACION DE CAMPO	84
3.4 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.....	85
3.4.1 INVESTIGACION EXPERIMENTAL.....	85
3.4.2 INVESTIGACION NO EXPERIMENTAL	86
3.4.2.1 INVESTIGACIÓN TRANSVERSAL.....	86
3.4.2.2 INVESTIGACIÓN LONGITUDINAL	86
3.5 ENFOQUES.....	87
3.5.1 ENFOQUE CUALITATIVO.....	87
3.5.2 ENFONQUE CUANTITATIVO.....	87
3.5.3 ENFOQUE MIXTO	88
3.6 UNIVERSO O POBLACIÓN.....	88
3.6.1 DELIMITACIÓN ESPACIAL.....	88
3.7 MUESTRA	89
3.7.1 TIPOS DE MUESTREO	90
3.7.1.1 PROBABILISTICO	90
3.7.1.1.1 ALEATORIO SIMPLE	90
3.7.1.1.2 ESTRATIFICADO	91
3.7.1.1.3 SISTEMÁTICO.....	91
3.7.1.1.4 POR CONGLOMERADO	91

3.7.1.2 NO PROBABILISTICO	91
3.7.1.2.1 MUESTREO POR CONVENIENCIA	92
3.7.1.2.2 MUESTREO POR CUOTAS	92
3.7.1.2.3 ACCIDENTAL O BOLA DE NIEVE	92
3.8 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	92
3.8.1 TÉCNICAS	92
3.8.1.1 OBSERVACIÓN.....	93
3.8.1.2 ENCUESTA.....	93
3.8.2 INSTRUMENTOS.....	93
3.8.2.1 CUESTIONARIO.....	94
CAPITULO IV.....	99
4 RESULTADOS	99
4.1 RESULTADOS DE LA IMPLEMENTACION DEL MARCO METODOLOGICO	99
4.2 PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN.....	100
SUGERENCIAS.....	119
PROPUESTA.....	121
CONCLUSION.....	123
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	126
ANEXOS.....	130

INTRODUCCIÓN

La sexualidad es una parte normal, saludable y natural de quienes somos a través de cada etapa de nuestra vida. Nuestra sexualidad no solo incluye el comportamiento sexual sino también el género, los cuerpos, y cómo funcionan y nuestros valores, actitudes, crecimientos y sentimientos de nuestra vida. La adolescencia es una etapa donde se comienza a interactuar con el sexo, la identidad sexual y la sexualidad es ahí donde entra la labor de los padres que deben de brindarles confianza para poder entablar una conversación con sus hijos para aclararles dudas que tengan sobre este tema que es importante y que esto evitara consecuencias graves en la vida del adolescente

El presente trabajo se realizó con el propósito de investigar acerca de la sexualidad de los adolescentes, sobre los cambios que sufren antes y durante su desarrollo físico, biológico y social en la etapa de la adolescencia. Estos cambios son muy importantes porque se define no solo la personalidad si no también la manera de ser y comportarse en la sociedad que nos rodea. También enfocarnos en la necesidad que surge en los adolescentes que deciden iniciar una vida sexual activa, que los obliga a informarse y a orientarse acerca del significado y responsabilidad que conllevan las relaciones sexuales prematuras.

La prevención de las diversas consecuencias que esto conlleva entre estas los embarazos no deseados, abortos, violaciones, deserción escolar y enfermedades de transmisión sexual entre otras repercusiones negativas.

Este trabajo se llevó a cabo con adolescentes de nivel secundaria, con la finalidad de prevenir e informar de forma adecuada sobre la sexualidad en esta etapa, los cambios físicos y sociales a los que se enfrentan, con el objetivo de evitar problemas familiares, escolares, laborales a futuro y de manera social, llevándolo a cabo en pacayal, municipio de Amatenango de la frontera Chiapas.

Capítulo 1: Se abordará la metodología de investigación, que se utiliza la cual cuenta con el planteamiento del problema, de sus causas, consecuencias y a si

mismo teniendo como muestra a adolescentes de los siguientes rangos de 12 años a 18 años de edad. Se definen las preguntas planteadas de investigación, la idea central, el objetivo general, los objetivos específicos, la hipótesis, la justificación de la necesidad de investigar y la delimitación del estudio.

Capítulo II: Marco de referencias. Donde presentamos información del tema a partir de un marco antropológico, en el cual ilustra antecedentes del problema en tiempos remotos, también encontramos un marco teórico en el cual podemos encontrar información basadas teóricamente en autores que sustentan nuestro trabajo de investigación.

Capítulo III: Diseño metodológico. Primeramente, están las formas de investigación: pura y aplicada. Luego están los tipos de estudio: estudio correlacional, estudio descriptivo, estudio explicativo y el estudio exploratorio. Prosigue tipos de investigación que la constituye: investigación documental, investigación de campo. Seguimos con el diseño de la investigación que son: investigación experimental, investigación no experimental, investigación transversal, investigación longitudinal. Prosiguen los enfoques: enfoque cualitativo, enfoque cuantitativo y enfoque mixto. Enseguida está el universo o población que se constituye por la delimitación espacial. El siguiente es la muestra que se constituye por tipos de muestreo los cuales son: probabilístico, aleatorio simple, estratificado, sistemático, por conglomerado, no probabilístico, muestreo por convivencia, muestreo por cuotas y accidental o bola de nieve. Para concluir con este capítulo están técnicas e instrumentos de recolección de datos; las técnicas: observación, encuestas e instrumentos: cuestionario y encuesta.

Capítulo IV: En este último capítulo daremos a conocer los resultados de nuestra investigación por medio de gráficas para poder visualizar con más claridad la información obtenida.

Para finalizar las sugerencias y/o propuestas, conclusiones bibliografías y anexos

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

EDUCACIÓN SEXUAL PARA LA PREVENCIÓN DE RIESGOS EN ADOLESCENTES

1.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

(Alvarado T. J., 2013): Argumenta

La adolescencia es un momento de transición entre la niñez y la etapa juvenil. La Organización Mundial de la Salud la sitúa entre los 10 y los 19 años, edad en que se desarrollan los caracteres sexuales secundarios hasta lograr su plena madurez. Paralelamente se desencadenan interesantes procesos psicológicos en el individuo y las búsquedas de identidad e independencia lo cual suele ser fuente de conflictos con los padres, educadores y quienes representen, de alguna manera, “lo establecido”. Por cierto, que el contexto social condiciona también el clima emocional en que transcurre esta etapa. Desde el punto de vista antropológico la etapa se ha definido como paso iniciático hacia la adultez. (p.26).

(Navarro, 2014) Señala:

Que, en 1996, se estimó que el 50 % de los adolescentes menores de 17 años en Cuba eran sexualmente activos. Según investigaciones nacionales y criterios de expertos, el inicio de las relaciones sexuales se ubica por debajo de los 18 años de edad, y según estudio realizado sobre los factores asociados a esto se encuentra la forma imprevista y la ocurrencia de las mismas en sitios y situaciones inadecuadas, presión de grupos de amistades en varones y en las mujeres la de sus parejas, además de que se encontró una elevada asociación con el hecho de pertenecer a una familia disfuncional.

Un asunto de singular interés y controversia ha sido el papel de la educación sexual en relación con la prevención o incitación del inicio sexual precoz y los problemas derivados de estas conductas.

En este período de la vida los adolescentes se enfrentan a una nueva dinámica de su sexualidad y carecen de experiencias, de conocimientos, sienten una intensa curiosidad y necesidad de experimentación en la búsqueda de su identidad, todo esto acompañado de grandes cambios emocionales.

La conducta sexual y el uso de alcohol o drogas suelen formar parte de esta exploración. Existe un doble estándar: de las muchachas se espera que se conserven vírgenes, y de los chicos que demuestren “su hombría” por medio de la agresividad y la actividad sexual, considerándola como una competencia que le ayuda a afirmar su identidad, y les da estatus en sus grupos de iguales, además de identificarse como un recurso para rebasar esta etapa de clara transición a la adultez.

En relación al conocimiento de los métodos anticonceptivos, el resultado fue similar a los estudios internacionales sobre el tema en los que se constata que todos los adolescentes conocen al menos un método anticonceptivo, siendo el condón el más conocido, aunque tienden a desconocer los métodos menos difundidos como son: diafragma, crema espermicida, coito interrumpido, método de temperatura basal, los cuales en muchos casos no conocen en qué consisten y cómo se emplean. En ese estudio fue significativo que incluyeran el condón como método anticonceptivo en su respuesta, siendo este el método más apropiado para ellos, entre otros aspectos, porque, además de evitar el embarazo, protege de las infecciones de transmisión sexual, las cuales tienen una alta incidencia a esta edad por los frecuentes cambios de pareja, propia de la edad y además por el hecho de ser un método de fácil utilización, barato y no necesita de prescripción facultativa y con pocos o ningún efecto secundario.

Existen criterios en relación con el uso de los anticonceptivos como favorecedores del incremento de la promiscuidad sexual, produciéndose un cuestionamiento moral

de la difusión del uso de los mismos. Quienes defienden este criterio plantean que la pérdida del temor al embarazo provocada por la disponibilidad de anticonceptivos seguros y confiables, ha provocado un aumento en el número de adolescentes con relaciones sexuales activas, así como en la promiscuidad de estas relaciones, con el consiguiente incremento de las infecciones de transmisión sexual.

Antes de la era anticonceptiva existían dos grupos bien definidos, los adolescentes sexualmente activos y aquellos que no lo eran. Lo que sí puede incrementar la promiscuidad con sus riesgos morales y médicos es que la anticoncepción no se acompañe de una adecuada y precisa educación sexual.

(UNESCO, 2018) Promueve:

La educación sexual integral de calidad para fomentar la salud y el bienestar, el respeto de los derechos humanos y la igualdad de género, y empodera a niños y jóvenes para que lleven una vida sana, segura y productiva. “Las Orientaciones técnicas internacionales sobre educación en sexualidad, redactadas a partir de los datos científicos más recientes, ratifican la posición que ocupa la educación sexual en el marco de los derechos humanos y la igualdad de género”, declaró la Directora General de la UNESCO, Audrey Azoulay. “El manual promueve el aprendizaje estructurado de la sexualidad y las relaciones de una manera positiva y centrada en interés superior del joven. Al destacar los componentes esenciales de programas de educación sexual que han resultado ser eficaces, las Orientaciones posibilitan a las autoridades nacionales la elaboración de programas escolares que tendrán efectos positivos en la salud y el bienestar de los jóvenes”, añadió.

Partiendo del análisis del estado actual de la educación sexual en el mundo, las Orientaciones se apoyan en las mejores prácticas aplicadas en distintas regiones y demuestran, por ejemplo, que la educación sexual:

- Ayuda a que los jóvenes alcancen una actitud y un comportamiento más responsable en materia de salud sexual y reproductiva

- Es esencial para combatir el abandono escolar de las niñas y adolescentes debido a los matrimonios forzosos o precoces, los embarazos adolescentes u otros motivos relacionados con la sexualidad y la salud reproductiva
- Es necesaria, dado que en algunas partes del mundo dos de cada tres niñas revelaron no saber qué les estaba ocurriendo cuando empezaron a menstruar y los embarazos y las complicaciones del parto son la segunda causa de muerte entre las menores de entre 15 y 19 años
- La educación sexual, dentro o fuera de la escuela, no aumenta la actividad sexual, ni los comportamientos sexuales considerados de riesgo ni el número de contagios de enfermedades de transmisión sexual, como el SIDA. Además, el informe prueba que los programas de abstinencia total no evitan la precocidad sexual entre los jóvenes y tampoco reducen la frecuencia de las relaciones sexuales ni el número de parejas.

La publicación identifica la existencia de una necesidad urgente de educación sexual de calidad, para:

- Informar y orientar a los jóvenes respecto a la transición de la infancia a la edad adulta y los cambios físicos, sociales y emocionales que esta conlleva.
- Afrontar el reto que representan para la salud los temas sexuales y reproductivos, aspectos que son especialmente complicados durante la pubertad. Entre esos retos figuran la violencia de género, el embarazo precoz, la anticoncepción, las enfermedades de transmisión sexual, el VIH y el SIDA.
- Informar a los jóvenes sobre la prevención y la transmisión del VIH, ya que, a nivel mundial, sólo 34% de ellos tienen conocimientos precisos al respecto.
- Complementar y contrarrestar el gran número de material de diversa calidad al que tienen acceso los jóvenes en Internet y les ayuda a combatir los casos cada vez más frecuentes de acoso cibernético.

(Campero, 2013) Describen:

Que, en México, de acuerdo con el último Censo Nacional de Población y Vivienda (2010), la población de 12-19 años de edad representa el 15.6% de la población total. En el país, la amplia heterogeneidad en normas y oportunidades existentes ha propiciado diversas realidades sociales difíciles de atender bajo una única perspectiva social y de política pública, en especial para este grupo poblacional. Las valoraciones culturales de lo femenino y lo masculino; los significados que se atribuyen a la sexualidad y al cuerpo; la exposición a tecnología de información y comunicación masiva, la organización del sistema de salud, las redes de apoyo social, y en general los determinantes sociales (educación, familia, empleo, migración), se vinculan directamente con la morbilidad sexual y reproductiva de los adolescentes. Como parte de los determinantes sociales, en México, a excepción de esporádicos e instruidos esfuerzos, la educación sexual ha carecido de una visión integral; se ha privilegiado la transmisión de conocimientos sobre aspectos biológicos de la reproducción y la promoción de la abstinencia sexual, sin una cultura de prevención desde la perspectiva de la salud sexual, la equidad de género y los derechos sexuales y reproductivos; también, se ha mostrado que existe una carencia de información basada en evidencia científica relevante y actualizada. En los indicadores de salud de los adolescentes se observan las consecuencias de su insuficiencia.

(Hernández, 2015) Argumenta:

Que, los adolescentes mexicanos inician su vida sexual cada vez más frecuentemente antes de los 15 años. Cifras de la SEP revelan que de los jóvenes varones que cursan el bachillerato, 45% tuvo su primera relación sexual entre los 12 y los 15 años, y 35% de mujeres también la tuvo en ese rango de edad.

Así, en promedio, cuatro de cada diez estudiantes de bachillerato iniciaron su vida sexual en la secundaria, lo cual revela que cada vez se acorta la edad de la primera relación sexual.

Lo grave de esa situación, señala la SEP, es que la cuarta parte de ellos no usaron un método anticonceptivo para evitar infecciones de transmisión sexual o un

embarazo no planeado, lo cual aumenta 370% la probabilidad de que los alumnos abandonen la escuela en el bachillerato.

(Palacios, 2008) Refiere:

En México, en la actualidad, son muy pocas las personas adolescentes que reciben una adecuada preparación para la vida sexual, y este hecho las hace potencialmente vulnerables frente a la coerción, el abuso, la explotación, el embarazo no planeado y las ITS, incluyendo el VIH/SIDA. Sobre este particular, el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA), refiere que, en 2012, a nivel mundial, sólo cerca de 30% de las personas jóvenes entre las edades de 15 y 24 años tenía conocimientos actualizados sobre las distintas formas de transmisión y prevención del VIH y, a la vez, registra que los jóvenes constituían 40% del total de los nuevos adultos infectados por el VIH. Por otra parte, algunos estudios nacionales dispersos y de diverso alcance y metodología, reseñados por Campero y colaboradores (2013), acerca de los conocimientos de determinados grupos adolescentes sobre aspectos relacionados con la anticoncepción, el embarazo, las ITS y el VIH/SIDA permiten establecer la carencia de una base de conocimientos que alimente los procesos de toma de decisiones de una manera informada.

Al respecto, estos mismos autores plantean que los indicadores de salud sexual y reproductiva de las y los adolescentes del país reflejan las consecuencias de una insuficiente educación sexual, puesto que, a excepción de esporádicos e instruidos esfuerzos, la educación sexual ha carecido de una visión integral; se ha privilegiado la transmisión de conocimientos sobre aspectos biológicos de la reproducción y la promoción de la abstinencia sexual, sin una cultura de prevención desde la perspectiva de la salud sexual, la equidad de género y los derechos sexuales y reproductivos.

También puede añadirse que existe una carencia de información basada en evidencia científica, relevante y actualizada, por lo que es urgente informar a las y los adolescentes.

Al decir de la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO): Debemos decidir: o dejamos a los niños y niñas encontrar su propio camino en la nebulosa de información parcial, la desinformación y la explotación que podrían encontrar en los medios de comunicación, Internet, grupos de pares o personas inescrupulosas; o aceptamos la tarea de proporcionar una educación en sexualidad clara, informada, sustentada en hechos científicos e inspirada en los valores universales de respeto y derechos humanos.

Para algunos individuos, la adolescencia puede estar marcada por una buena salud, circunstancias familiares estables, acceso a servicios sociales básicos, entretenimiento y educación; sin embargo, para otros este periodo puede ser de alta vulnerabilidad por la pobreza, exclusiones, incorporación temprana a la vida laboral, estigmatización de la sexualidad, desconocimiento social de las y los adolescentes como titulares de derecho especialmente en relación con los derechos sexuales y reproductivos, falta de asistencia a la escuela, condiciones de violencia doméstica o pública y otras situaciones que erosionan las redes tradicionales de seguridad e incrementan su vulnerabilidad.

La heterogeneidad en normas y oportunidades existentes para este grupo poblacional en el país, propicia diversas realidades sociales difíciles de atender bajo una única perspectiva social. Las valoraciones culturales con respecto al género, los significados que se atribuyen a la sexualidad y al cuerpo, el acceso a las tecnologías de información y comunicación masiva, la organización del sistema de salud, las redes de apoyo social y, en general, los determinantes sociales educación, familia, empleo, migración, se vinculan directamente con las necesidades educativas de los diversos segmentos de la población adolescente. En esta perspectiva, la EIS para adolescentes debe adecuarse a cada contexto y contener información culturalmente relevante, científicamente rigurosa y adecuada a su edad. También debe brindarles oportunidades estructuradas, dentro y fuera del sector educativo, que les permitan explorar sus valores y actitudes, poniendo en práctica competencias esenciales para la toma de decisiones y para elegir de manera informada la forma como desean conducir su vida sexual.

(Rodríguez, (S/F)) Menciona:

Que, en la Encuesta de la Juventud 2000 (del Instituto Nacional de la Juventud-México) cuando se les pregunta a los jóvenes de quién han recibido la más importante información sobre sexualidad (y se recalca que está ponderada como la más importante), señalan siempre a la escuela, 34 por ciento. Hay otras encuestas: la de Mexfam en ciudades, la nueva de Salud, y éste es un dato muy consistente. Los maestros son los principales informantes para los jóvenes en los temas de sexualidad; después están los papás con 24 por ciento; por sí mismo, 20 por ciento, que es muchísimo, porque eso es nadie (por sí mismo quiere decir que las instituciones no le están dando nada a 20 por ciento de los jóvenes); nueve por ciento, de los amigos, que muchas veces se cree son los informantes más importantes sobre esta materia, pero no; seis por ciento, los medios: aquí hay una descalificación de los jóvenes a los medios, no les están dando la información más importante; y uno por ciento a la Iglesia (aquí tenemos un primer dato de secularización: la Iglesia sólo representa uno por ciento; no está identificada por los jóvenes como la fuente de información más importante en sexualidad).

(CONAPO, 2011) Describe:

Que, con el fin de observar cambios en el tiempo se incorporan estimaciones de la ENADID de 1997, efectuada también por el INEGI, y cuyo diseño muestral es equivalente. El Índice Resumen de Ordenamiento (IRO) con nueve indicadores de impacto ubica a Chiapas en el 31º sitio del ranking estatal (CONAPO, 2011). Partiendo de la situación más favorable a la menos favorable, se ubica en el lugar 32º en prevalencia anticonceptiva; en el 26º en cuanto al porcentaje de las usuarias que inicia la anticoncepción en el posparto; en el 32º en la necesidad insatisfecha en el uso de anticonceptivos, global, de adolescentes y rural; en el 24º respecto a la probabilidad de tener el primer hijo en la adolescencia; en el 30º por su nivel de tasa de fecundidad en adolescentes; en el 32º por su tasa global de fecundidad; y en el 27º sitio por exhibir una cifra relativamente elevada de razón de mortalidad materna. Ese perfil ubica a Chiapas, junto con Guerrero, Puebla y

Oaxaca, en el patrón de estados en una situación muy desfavorable de salud reproductiva.

(Lavielle. Jiménez. Vázquez, 2014) Mencionan:

Que la sexualidad y la salud reproductiva han cobrado relevancia entre los profesionales dedicados a la salud pública y mental, por el impacto social que han producido en las nuevas generaciones, que se manifiesta en el incremento de las enfermedades de transmisión sexual y los embarazos no planeados. Entre las principales razones por las que los adolescentes no utilizaban condón al momento de las relaciones sexuales fueron no haber planeado tener relaciones y la falta de dinero. Los datos de nuestro estudio han mostrado que estas conductas de riesgo estuvieron relacionadas con la estructura, la comunicación y la expresión del afecto en la familia, cuando estas características familiares son positivas influyen de la misma forma en la conducta de los adolescentes al favorecer el desarrollo de un nivel adecuado de autoestima y calidad de vida, lo cual promueve un funcionamiento adaptativo y reduce la probabilidad de que presenten conductas con resultados negativos.

Otro factor que interviene de forma positiva en la conducta sexual de los adolescentes es la comunicación abierta y cálida. La comunicación en la familia acerca de la sexualidad, específicamente acerca del uso del condón, promueve el uso de este tanto en la primera relación sexual como en las posteriores. Los adolescentes que perciben que la comunicación con su familia es abierta tienden a conductas de sexo seguro, entre ellas el inicio de la vida sexual a una edad no temprana, tener pocas parejas sexuales y el uso frecuente del condón.

En conclusión, los atributos de la familia como el nivel de comunicación entre sus miembros, el nivel del control y monitoreo de la conducta y la calidez y la cercanía desempeñan un papel muy importante como promotores o protectores de las conductas sexuales de riesgo de los adolescentes. Estos aspectos influyen en el comportamiento sexual del adolescente porque afectan su salud emocional.

1.2 PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

2. ¿Cuáles son los riesgos en adolescentes derivados de una falta o inadecuada educación sexual?
3. ¿Por qué es importante la prevención de riesgos en adolescentes sobre las relaciones a temprana edad?
4. ¿Cuáles son los factores que influyen en los adolescentes para iniciar una vida sexual a temprana edad?
5. ¿Cuál es la importancia de la promoción de los métodos anticonceptivos en la adolescencia?
6. ¿Conocen los adolescentes las enfermedades de transmisión sexual a los que se exponen con conductas sexuales de riesgo?
7. ¿Cuáles son las consecuencias de una mala comunicación de la familia con los adolescentes?
8. ¿Se considera importante que la familia tenga comunicación con los adolescentes y puedan hablar sobre la educación sexual sin prejuicios?
9. ¿Cuál es el papel de la institución escolar en la educación sexual de los adolescentes?
10. ¿Cómo interviene el trabajador social en la educación sexual de los adolescentes?

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 OBJETIVO GENERAL

Educar sexualmente a los adolescentes de la Escuela Secundaria Técnica #125 en la comunidad Pacayal municipio de Amatenango de la Frontera, Chiapas, que permita una orientación oportuna y efectiva a los jóvenes, coadyuve a inadecuado desarrollo sexual y reproductivo, previniendo futuros riesgos propios de esa etapa.

1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Indagar los conocimientos previos que tienen los adolescentes en educación sexual.
- Identificar los principales valores morales que se inculcan y/o se viven en la familia de adolescentes.
- Describir cuáles son los riesgos a los que se exponen los adolescentes cuando no hay una educación sexual o esta es inadecuada.
- Hacer promoción a la educación sexual para los adolescentes de Pacayal, para prevenir riesgos propios de su edad.

1.4 HIPÓTESIS

Si se educa sexualmente a los adolescentes, entonces se pueden prevenir riesgos.

A mayor comunicación y orientación de los padres de familia sobre sexualidad menores serán las consecuencias negativas en la adolescencia.

A falta de educación sexual en los adolescentes de Pacayal, municipio de Amatenango de la Frontera, Chiapas, mayor posibilidad de riesgos en su salud reproductiva.

A falta de comunicación y orientación de los padres de familia sobre sexualidad mayores los riesgos en su salud sexual.

1.5 JUSTIFICACIÓN

A través de diferentes épocas, la sexualidad humana se ha manifestado de acuerdo a sus valores, normas, mitos, costumbres y religión, por lo que la sexualidad del individuo ha dependido siempre de una estructura social así pues la familia y la sociedad tienen gran importancia en su difusión.

En la actualidad la falta de educación sexual ha originado problemas sociales, tales como: abortos, embarazos precoces, madres solteras, violaciones entre otros, repercutiendo en el bienestar de los individuos y sus familias.

Este trabajo de investigación se realiza con el fin de explorar más a fondo la problemática para generar una propuesta de acción como trabajadoras sociales en los programas que se llevan a cabo en instituciones públicas de educación, específicamente de educación secundaria, con acciones enfocadas en la educación sexual en su contexto. Conscientes de que la familia es considerada la primera institución que informa y brinda educación sexual temprana al interior de la misma.

Un factor importante para la realización de esta investigación fue la necesidad de reconocer los diversos factores que conllevan a los adolescentes a tomar la decisión de iniciar sus experiencias sexuales, sin una información y orientación adecuada acerca del significado de una conducta sexual responsable.

Como trabajadores sociales reconocemos que tenemos un compromiso con la sociedad para contribuir a atenuar problemáticas que perturban su desarrollo y bienestar; orientando, educando, promocionando valores y derechos que como seres humanos poseemos, contribuyendo a una mayor concientización de nuestro municipio de Frontera Comalapa.

1.6 DELIMITACIÓN DEL ESTUDIO

La investigación se llevará a cabo en el municipio de Amatenango de la Frontera, Chiapas, específicamente en la comunidad de Pacayal en la escuela Secundaria Técnica #125 del lugar antes mencionado.

CAPITULO II

MARCO DE REFERENCIA

2.1 MARCO ANTROPOLÓGICO FILOSÓFICO

(Tribuna, 2020): Menciona:

Que la Edad Media es el periodo histórico que se desarrolla entre el año 476 que es el fin del Imperio Romano y el descubrimiento de América en el año 1492. Marca una época muy retrógrada y en consecuencia represiva de todo lo que signifique sexualidad, de ahí que ésta tenga unas características muy particulares. La sexualidad en el Medievo se veía como algo pecaminoso, reprobable y peligroso; pero también, como lo más soñado, meditado y, secretamente, deseado. El cristianismo separaba el sexo de dos formas, la primera en actos naturales y la segunda en actos contra la naturaleza.

La Iglesia impone a la sociedad medieval que el sexo sólo es posible dentro del matrimonio y éste debe tener una finalidad exclusivamente reproductiva. Utilizan dos términos: “*dialetio*” que es el amor honesto y comprometido en el matrimonio y el segundo término “*honesta copulatio*” que es la práctica del sexo con el casto motivo de la reproducción.

La virginidad era para la Iglesia el estado ideal para volver a la situación prelapsaria, es decir, antes del pecado original, por la que cuando no quería sexo ni pareja, era porque habían sido agraciados por Dios y habían trascendido su naturaleza pecadora.

(Iturrieta, 2018) Menciona:

Que, en el año 1904, Estados Unidos, en pleno decaimiento moral, sufría una pandemia de enfermedades de transmisión sexual (ETS), especialmente la sífilis y la gonorrea. La situación empeoró durante la Primera Guerra Mundial. Muchos de los jóvenes que fueron a la guerra, se encontraron de repente lejos de los ojos

vigilantes de la familia y libres para disfrutar de lo que muchos consideraban una “necesidad sexual” masculina.

Como resultado, se calcula que la mitad de los soldados adquirieron una ETS, lo cual afectó gravemente al ejército en ciertos enfrentamientos en los cuales muchos de sus soldados agonizaban de sífilis en las trincheras. Fue esta crisis de seguridad nacional la que provocó el nacimiento de la educación sexual pública en los Estados Unidos, que luego se extendería a todo el mundo.

Como parte del programa de concientización, el Servicio de Salud Pública distribuía folletos que mostraban niños nacidos con graves defectos congénitos causados por la sífilis, y los efectos en mujeres infectadas por esposos que visitaban el burdel local antes de regresar a sus hogares.

Los defensores de esta política argumentaban que la restricción sexual tendría un efecto positivo en otros males sociales, como la prostitución, el alcoholismo y la inestabilidad familiar.

No fue hasta comienzo de los 80' que programas que promovían la abstinencia fueron aceptados para la enseñanza en las escuelas de Estados Unidos, y esto debido a los miles de muertes causadas por la epidemia del SIDA, cuyos contagios eran muchas veces fruto del “sexo seguro”. Sin embargo, las cifras que recibían estos programas eran migajas comparado con aquellos programas que promovían el uso del condón como método más seguro.

Fue así que a causa de la epidemia del SIDA que la educación sexual explotó en las escuelas, centrando su esfuerzo no en la abstinencia y la prevención, sino en el sexo “seguro”, con la distribución de condones y la educación respecto a su uso.

(Sigmund Fried (1939) citado por Vera, Ligia 1988) Demostró:

La trascendencia que la sexualidad tiene para los individuos. Desarrolló su teoría de la personalidad, la cual tiene como pivote el desarrollo sexual. Introdujo el término de “lívido” como la energía de la que emanan todas las actividades de los

hombres. Con este concepto escandalizó a la sociedad burguesa de Viena al afirmar que la mayoría de las fobias y miedos tenían relación con las frustraciones sexuales. Puede decirse que con Freud se inició el modernismo sexual, el que surgió en respuesta a las rígidas normas victorianas. Freud realizó investigaciones en niños y adultos, estableciendo que desde la más tierna infancia los niños son seres sexuales. Otra de sus contribuciones es la descripción del denominado complejo de Edipo, en el que afirmaba que la mayor parte de las veces los pequeños desde la edad de dos años centran en uno de los padres su objeto amoroso.

(Alfred, 1988) Argumenta:

Que se inició el estudio sistemático de la sexualidad, que ha permitido ir develando los mitos y tabúes que rodeaban a la sexualidad. Al no encontrar datos confiables sobre el comportamiento sexual que lo apoyaran para su curso, Kinsey y colaboradores se dieron a la tarea de elaborar un programa para investigar las experiencias sexuales.

(W Coutts. Morales, 2011) Mencionan:

Que la sexualidad es una esfera que abarca todas las dimensiones de la persona biológica, psicológica y socialmente, es, por tanto, una parte inherente e integral del ser humano desde que nace y a lo largo de toda su vida.

En este escenario de pecados y tabúes, los pediatras y ginecólogos no podían mantener una actitud pasiva, debido a que las enfermedades de transmisión sexual daban cuenta de un elevado porcentaje de jóvenes infectados y eran una de las principales causas de mortalidad general e infantil. Si bien este era un problema de salud pública a nivel universal, la prevalencia en nuestro país era aún mayor.

En una época en que la biología del desarrollo puberal y la sexualidad aún eran desconocidos, era necesario enfrentar enérgicamente el factor social, esa "onda de sexualismo que se ha desencadenado sobre el mundo civilizado". La lucha

antivenérea se convirtió en uno de los ejes principales de las Políticas Sanitarias de la primera mitad del siglo XX, lo que implicó abrir el tema de sexualidad y enfermedades relacionadas y liberarlos de la estigmatización religiosa, para poder realizar una prevención efectiva.

En el año 1927 el Gobierno organizó la "Lucha Antivenérea" como un Programa a nivel nacional, siguiendo los modelos que se habían probado en el viejo mundo. Se implementaron estrategias curativas o directas, y medidas indirectas que incluían una intensa campaña de propaganda.

En este contexto fue planteada por primera vez en nuestro país la educación sexual. Coutts proponía "enseñar desde temprano a los niños en las escuelas, higiene sexual y la manera de prevenir los males venéreos; educar a los padres y convencer a los moralistas del error. Sólo en esta forma haremos un bien frente a males que no tienen otra solución".

Para que la estrategia antivenérea fuese efectiva, era necesario reclutar a los distintos actores sociales, incluyendo los pediatras; seguramente fue ese el motivo que llevó a publicar el artículo "La educación sexual debe comenzar en el hogar y continuar en la escuela" en la revista chilena de pediatría el año 1931; en él, Waldemar Coutts, entonces jefe técnico de la Sección de Higiene Social de la Dirección de Sanidad y Guillermo Morales Beltrami, subjefe técnico de la misma división, nos ilustran acerca del debate respecto a la educación sexual que se encendió hace más de 75 años, y se mantiene, con diferentes matices hasta nuestros días.

2.2 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

(Alvarado T. J., 2015) Realizo una tesis titulada "Educación Sexual Preventiva en Adolescentes":

A la educación para una vida sexual más plena, libre de efectos no deseados, tales como embarazos de niñas adolescentes, menores que, si bien tienen la madurez

biológica para concebir hijos, aún no han alcanzado su plena madurez como personas capaces de elegir y llevar adelante un proyecto de vida, así como la exposición a enfermedades de transmisión sexual (ETS), entre las que se cuenta el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (VIH) como la más devastadora y que causa numerosas muertes en el mundo (25 millones desde 1981. OMS); esta educación constituye un desafío en todo el mundo y da lugar a controversias que adquieren carácter ideológico y connotaciones políticas que complejizan llegar a acuerdos entre las distintas posiciones en cada país.

La educación sexual, por su propia naturaleza, ha sido históricamente tema de debate en las diferentes épocas y en las distintas sociedades. Parece ser que una razón profunda de tales controversias tiene que ver con la perpetuación de la especie, como resultado de la actividad sexual. También con la historia del patriarcado que ha concebido a la esposa como un objeto de propiedad del varón y la relación sexual como expresión de dominación del hombre sobre la mujer.

La educación sexual a los adolescentes, como parte del curriculum escolar, es una tarea asumida hace pocos años en los diferentes países. Tradicionalmente, se ha dado por establecido que este tipo de educación se debe dar en la familia, como parte de su responsabilidad natural.

No obstante, los esfuerzos desarrollados por diferentes países en todas partes del mundo, no han dado los resultados esperados en términos de disminuir los embarazos a tempranas edades o las tasas de enfermedades de transmisión sexual entre los jóvenes. El conocimiento por sí solo no basta para cambiar conductas incorporadas en la cotidianeidad de la vida. Es así como aquellos programas de educación sexual que se basan, principalmente, en entregar información sobre la fisiología de los aparatos reproductores y los preceptos morales ligados a la función sexual, han fallado.

En cambio, aquellos programas donde se ha puesto el foco en producir cambios conductuales usando estrategias metodológicas diversas, tales como: juegos de

roles, dramatizaciones, ejercicios de apoyo al proceso de socialización y otras actividades en esta línea, han mostrado señales de efectividad.

La historia de la educación sexual y su instalación en los diferentes países, es la historia de las fuerzas políticas, desde conservadoras a progresistas, que han tratado de frenar, prohibir, limitar la enseñanza de la sexualidad a través de los sistemas educativos formales, por un lado, y las tendencias progresistas que han pugnado por poner los conocimientos científicos producidos en este campo, a disposición de los jóvenes desde los primeros años de escolaridad, reconociendo que así se complementa la tarea de la familia en este aspecto de la vida humana.

A nivel mundial, Suecia es considerada como país pionero en introducir la educación sexual en las escuelas. En una escuela de niñas se realizó la primera conferencia sobre sexualidad, que fue organizada por la primera mujer médico del país en 1897. Pasaron algunos años, hasta que en 1905 el sindicato Sueco de Profesores solicitó a las autoridades que la educación sexual se entregara en las escuelas.

En Suecia se ha producido una evolución en la educación sexual a partir de 1956, diferentes normativas y manuales estatales han hecho obligatoria la educación sexual a la vez que sistemática a lo largo de los diferentes ciclos de enseñanza. Ha evolucionado desde un enfoque más moralizante a otro de mayor apertura, tolerancia y democrático, así como de una educación basada en los aspectos biológicos a una educación sexual basada en las relaciones sociales, sexuales, valores y actitudes. Luego, en 1957 en Suecia se publica el primer manual oficial de educación sexual. Un grupo de profesionales, en 1966, rechaza dicho manual por considerarlo moralizante y cargado de intencionalidad política y elaboran otro manual llamado Sampell.

(Colque, 2018) Realizo una tesis titulada “Nivel de conocimientos sobre educación para la sexualidad para prevenir embarazos no deseados e infecciones de transmisión sexual. Estudio en estudiantes de 3º y 4º de secundaria de la unidad educativa simón bolívar del distrito 2 de la ciudad de el alto” menciona:

La familia es el núcleo de convivencia y de comunicación interpersonal, donde cada una de las personas que lo integra, debe ser protagonista del cambio que a la luz de una visión compartida apunte hacia el desarrollo personal y colectivo. La familia adquiere así una nueva dimensión como entorno personalizador y socializador, potenciando la dimensión personal y los valores individuales, a la vez que la sociedad y la asimilación de valores colectivos.

En la actualidad, la evolución social, el desarrollo de la Psicología y de las nuevas corrientes pedagógicas, así como el reconocimiento de la igualdad de derechos para la mujer, han llevado a la familia hacia una definición menos patriarcal en comparación a como era antes.

La familia contribuye a la formación de valores, educación y socialización de sus miembros, esta función adquiere un carácter específico ya que depende del sistema de regulaciones propio de cada familia, y de condiciones socioeconómicas en las que se desarrolle. La familia tiene la tarea de preparar a los miembros para enfrentar cambios o crisis que son producidos tanto desde el exterior de la familia como desde el interior y que pueden llevar a modificaciones estructurales y funcionales, incidiendo en su bienestar.

Su función se expresa por la forma en el que el sistema familiar es capaz de enfrentar crisis, valorar la forma en que se permiten las expresiones de afecto, el crecimiento individual de sus miembros y la interacción entre ellos basada en el respeto, la autonomía y el espacio del otro.

El desarrollo de la familia del adolescente es vital, ya que si este se forma dentro de una estructura familiar adecuada esto facilitará sus relaciones con las personas de su edad y su posterior integración dentro de la sociedad adulta, donde deberá asumir nuevas responsabilidades.

Si hay un tema incómodo para tratar con los hijos es el de la sexualidad. Tener en cuenta su edad y lo que pueden digerir, darle a cada cosa su nombre y establecer

una comunicación afectiva son claves. Vivimos en una sociedad donde cualquiera, incluso un niño o un adolescente tiene acceso a libros, revistas, programas de tv, internet, programas de radio, etc. Donde continuamente se habla de sexualidad y esto hace que los adolescentes comiesen su vida sexual más temprano. Esta es una realidad que no se puede negar y los padres deben asumir una actitud consciente y estratégica frente al tema para que logren enseñar, orientar y demarcar límites. En la adolescencia hay que hablar de ciertos temas, con un lenguaje claro y específico.

La educación sexual, en sentido amplio, constituye el intento de trasmisión de las concepciones, normas y valores morales e ideología que cada cultura considera que deben servir para presentar el modelo social, cultural y económico. Trata de impartir también una información progresiva y adecuada a lo que es la sexualidad humana para su formación, tanto en lo biológico como en lo afectivo-social. Debe perseguir la relación de una sexualidad plena y madura que permita al individuo una comunicación equilibrada con el otro sexo, dentro de un contexto de afectividad y responsabilidad.

Para la OMS la sexualidad debe abarcar mucho más que la información. Debe dar una idea de las actitudes, de las presiones, conciencia de las alternativas y sus consecuencias. Debe de aumentar el amor, el conocimiento propio, debe mejorar la toma de decisiones y la técnica de la comunicación. En si la educación sexual es un proceso lento, gradual y complejo que hace posible la construcción de diferentes nociones sexuales, que ayude a comprender los procesos, históricos y culturales, por lo que se han generado los conocimientos actuales y la organización social y sexual vigentes y que nos permita tomar conciencia de aquellos aspectos que deseamos asumir y los que deseamos cambiar.

(Cavero, 2017) Realizo la tesis factores familiares relacionados al inicio de vida sexual de los adolescentes de 4to y 5to año de secundaria de la I.e.e. Pedro e. Paulet de huacho, setiembre 2016 - mayo 2017. Señalar:

Que la familia, como el núcleo que protege a sus miembros en los físicos, emocional y psicológico, regula el comportamiento sexual de sus hijos mediante pautas establecidas, así como los otros comportamientos. Evidentemente los padres son los primeros modelos de niñas y niños desde el nacimiento, ellos y ellas aprenden a desarrollar diferentes roles, que serán determinantes de su identidad como adultos.

Las consecuencias de un inicio de la sexualidad a temprana edad y las reacciones de los padres y madres ante el embarazo de una niña que ya hace evidente su inicio de vida sexual, son en general poco positivas para enfrentar la situación. Cuando la niña o el joven inician su vida sexual, sería el mejor momento para conversar todo lo relativo a la sexualidad, pero ahí ya están las barreras que impiden generar la confianza necesaria para conversar.

Los adultos piensan que los adolescentes no deben tener relaciones sexuales y con eso, se cierra la puerta a hablar de esos temas. No hay realismo para enfrentar las situaciones que se producen de todas formas, al margen de los deseos y voluntades. Si la familia (padres, fundamentalmente) no están en condiciones de proporcionar la debida formación en sexualidad a los jóvenes, se espera que lo haga el colegio. Sin embargo, los jóvenes presentan reparos importantes a la hora de hablar de los programas educativos en educación sexual.

No obstante, los esfuerzos desarrollados por diferentes países en todas partes del mundo, los programas de educación sexual escolares, no han dado los resultados esperados en términos de disminuir los embarazos a tempranas edades o las tasas de enfermedades de transmisión sexual entre los jóvenes.

El conocimiento por sí solo no basta para cambiar conductas incorporadas en la cotidianeidad de la vida. Es así como aquellos programas de educación sexual que se basan, principalmente, en entregar información sobre la fisiología de los aparatos reproductores y los preceptos morales ligados a la función sexual, han fallado. En cambio, aquellos programas en que se ha puesto el foco en producir cambios conductuales usando estrategias metodológicas diversas, tales como: juegos de

roles, dramatizaciones, ejercicios de apoyo al proceso de socialización y otras actividades en esta línea, han mostrado señales de efectividad.

El aborto provocado en condiciones de riesgo es el principal problema en la salud materna. Estos se reflejan en un problema bioético para los médicos y el equipo de salud; el problema biológico por la complejidad de discernir cuándo se inicia la vida humana y con ello las implicancias de la práctica del aborto en sí, el problema jurídico de regulación legal al respecto. Pero también lo es por cuestiones más concretas que hacen a la vida de la comunidad. Entre ellas el de ser un grave problema sanitario, un problema serio en cuanto a su resolución política, un fenomenal negocio por la clandestinidad-corrupción que lleva implícito.

Las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), son un conjunto de enfermedades infecciosas agrupadas por tener en común la misma vía de transmisión, es decir de persona a persona a través de las relaciones sexuales. Los agentes productores de las infecciones de transmisión sexual incluyen bacterias, virus (como el del herpes), hongos e incluso parásitos, como el "ácaro de la sarna" (*Sarcoptes scabiei*) o las ladillas (*Pediculus pubis*). Aunque casi todas tienen tratamiento, algunas de ellas, como las producidas por virus, nunca se curan de manera definitiva, sino que el agente causal permanece en estado latente, sin manifestarse, dentro del organismo al que ha infectado, reapareciendo cíclicamente. Este tipo de relación entre el organismo y el agente infeccioso facilita la transmisión de éste, es decir, su infectividad.

Hay que recordar que el "estado de ánimo deprimido" es muy común en los adolescentes: son demasiados cambios en poco tiempo y muchos jóvenes reaccionan aislándose de los demás. Esto hace que sea difícil diagnosticar la depresión en los adolescentes, pero no por ello debemos dejar de estar atentos (cambios de comportamiento repentino).

(Ayala, 2017) Elaboro el trabajo recepcional para obtener el grado de Maestra en Desarrollo Humano titulado “Sexualidad y conductas de riesgo en alumnos de bachillerato desde el enfoque centrado en la persona” Identifica:

La OMS (Organización Mundial de la Salud), que durante la adolescencia existen ciertas conductas que ponen en riesgo la salud de los jóvenes. Señala que en 2015 murieron 1,3 millones de adolescentes, por causas prevenibles. Este organismo determina que entre las conductas de riesgo se encuentran:

- Fumar,
- Usar drogas y alcohol,
- Llevar dietas nocivas para la salud
- Relaciones sexuales sin protección,
- Violencia interpersonal, entre otras. (Banco Mundial: 2013).

Dentro de estas causas de mortalidad, en adolescentes se encuentran:

- Las enfermedades de transmisión sexual,
- Los embarazos y
- Partos precoces.

La OMS determina que van en aumento las conductas sexuales precoces en los adolescentes, quienes desarrollan una vida sexual activa a edades tempranas, en virtud de que, según sus estadísticas, por cada 1000 mujeres de entre las edades de 15 a 19 años, se registran 49 nacimientos. Estima que 222 millones de niñas que no desean quedar embarazadas no utilizan ningún método de anticoncepción, lo que es preocupante. Las complicaciones en el embarazo son la segunda causa en el mundo de mortalidad entre las adolescentes, entre 15 a 19 años, ya que 11 % de los nacimientos corresponden a mujeres de estas edades. En 2014 la tasa de natalidad de esas jóvenes ascendió a 49 por cada 1000.

La OMS se ha puesto como meta que en 2030 disminuyan estos índices, garantizando un acceso universal a la salud sexual y reproductiva, basando esta disminución en:

- Programas de planificación familiar.
- Información oportuna para los jóvenes.
- Educación sexual.
- Integración de la salud reproductiva en los programas nacionales.

Es preocupante que en nuestro país existan voces ultraconservadoras, apoyadas por la iglesia católica que pugnen por eliminar los temas de educación sexual de los programas educativos, esto basado en argumentos morales que no van de la mano con los últimos descubrimientos de la ciencia y que ponen en peligro a los jóvenes, al desconocer las implicaciones que conllevan las enfermedades de transmisión sexual y los embarazos no deseados, que pueden llegar a poner en riesgo sus vidas y las de sus parejas sexuales.

La OMS recomienda lo siguiente para disminuir los índices de embarazos entre adolescentes:

- Brindar información y servicios de anticoncepción.
- Aplicar leyes que prohíban contraer matrimonio antes de los 18 años.
- Cuando la ley lo permita, que las embarazadas puedan poner término a su embarazo, teniendo acceso a un aborto seguro.

Otra conducta de riesgo se encuentra desde el noviazgo, ya que las jóvenes pueden llegar a sufrir violencia física, mental y sexual de su pareja.

Al respecto Rivera et al (2006), recomienda que los profesionales en materia de salud y educación deban atender y prevenir este problema tomando en cuenta la salud y estabilidad de la mujer, así como las posibles repercusiones que pueden provocar, tales como depresión, baja autoestima o el consumo de alcohol.

Respecto de esta misma problemática Yago y Tomás (2015), se percataron que cuando las jóvenes acudían a consulta de anticoncepción, aceptaron haber sufrido violencia por parte de la pareja y como resultado problemas psíquicos, embarazos no planificados, infecciones genitales. A su vez manifestaron algunas mujeres que su pareja no utilizó el preservativo.

Como conclusión los alumnos tienen pocas opciones para llevar esa información a la práctica personal y no pueden llevarla a sus propios contextos. Por esas razones, dar un taller de sexualidad dentro de una institución educativa para adolescentes es una gran responsabilidad, es un compromiso de preparación para impartirlo de tal manera que la información la puedan llevar a sus prácticas. En el taller tienen mayor oportunidad de abordar el tema y expresar sus inquietudes, que en el entorno familiar o de amigos. Un adolescente con información completa sobre sexualidad puede tener la oportunidad de elegir responsablemente lo que quiere hacer, entre una gama de opciones.

2.3 MARCO TEORICO

2.3.1 TEORIA DE LOS HOLONES

(Dr. Auriolles, 2016) Argumenta: El modelo de sexualidad se sustenta en la teoría general de sistemas. Se crean preguntas y respuestas encontradas que se ha encontrado en la sexualidad.

Nuestra sexualidad se puede afirmar que no hay ninguna otra área de nuestro ser que provoque sentimientos más variados. Para muchas personas, los sentimientos son tan intensos que la búsqueda para encontrarles sentido, plenitud y gozo se ve interferida.

Los holones están conectados por lo tanto interactúan entre sí, forman un conjunto en caso de que alguno fallara todos o posiblemente fallarían. La sexualidad humana representa un conjunto de comportamientos. Como seres humanos utilizamos la excitación sexual con fines reproductivos y para el mantenimiento de vínculos sociales. Nuestra sexualidad tiene cuatro holones:

2.3.1.1 HOLON DE VINCULACION AFECTIVA INTERPERSONAL

Ninguna consideración sobre lo sexual puede estar completa sin incluir el plano de las vinculaciones efectivas entre los seres humanos. El desarrollo de vínculos efectivos es resultado de la particular manera en que la especie humana evolucionó. A mayor tiempo de desarrollo, mayor necesidad de cuidado.

Una vez rotos los vínculos físicos prenatales, la presencia de afectos intensos relacionados con los otros se constituye en la forma de garantizar el cuidado y el desarrollo. La especie humana tiene un tiempo de desarrollo del individuo adulto extremadamente prolongado, el cuidado parental y la permanencia de apoyo entre el par de engendrados, se traducen en estabilidad y aumento de las posibilidades que tiene la especie de permanecer en el mundo.

Por vinculación afectiva interpersonal comprendemos: “La capacidad de sentir afectos intensos por otros, ante la disponibilidad o indisponibilidad de ese otro/a, así como las construcciones mentales alrededor de los mismos”.

La forma más reconocida de vinculación afectiva, es el amor. Sin embargo, y contra lo que suele pensarse, se le puede dar el mismo nombre a formas de vinculación afectiva totalmente diferentes y hasta opuestas. Ocurre que por amor se entiende tanto la necesidad imperiosa de contar con la presencia de alguien, al punto que se siente indispensable para la vida: “yo sin ti no puedo vivir”, como el supremo acto de ofrecer la vida por otro: “me muero por ti”, se le llama amor tanto al gozo de ver al ser querido feliz, como al dolor que experimentamos cuando nos abandona. Esta situación plantea problemas conceptuales que pueden resolverse si identificamos el componente indispensable de todas estas situaciones: la presencia de resonancia afectiva intensa. Es esta resonancia afectiva la que se hace presente por la interacción entre los significados de los otros holones de la sexualidad. Los seres humanos nos vinculamos gracias a que los afectos provocados por los otros, (o por él o la otro/a) son lo suficientemente intensos como para tratar de mantenerlos o evitarlos. El amor es una forma ideal de vinculación.

Del amor se han ocupado casi todos los escritores en el mundo occidental (ver por ejemplo Hutchinson, 1988). Las características del vínculo afectivo amoroso, es decir, de la forma ideal de vinculación, han sido revisadas por varios autores. Uno de los más conocidos es Erich Fromm (1991) quien enumera las características del amor: “El amor tiene un carácter activo, el amor da y además tiene cuidado, responsabilidad, respeto y conocimiento por la otra persona con la que experimentamos afectos intensos”.

El estudio de las vinculaciones efectivas entre los seres humanos tiene contenidos en todos los niveles en los que los otros holones sexuales se manifiestan. Las bases biológicas de estos fenómenos empiezan a identificarse, cuando menos en lo que se refiere a algunas formas de vinculación afectiva como el amor romántico, el enamoramiento y posiblemente la matriz del vínculo materno-infantil.

La experiencia subjetiva del amor y los patrones de vinculación (llamado por algunos autores patrones de apego), constituyen temas centrales en la psicología. El establecimiento de la pareja humana, su formación, ciclo y disolución, así como la institucionalización de los vínculos efectivos a través del matrimonio, su disolución a través del divorcio y otras formas de terminación de vínculo, así como la regulación institucional y legal de estos procesos, se estudian por métodos de la psicología de la interacción, la psicología social, la sociología y la antropología. Finalmente, muchos de los fenómenos demográficos como las migraciones y los patrones de formación de uniones, están relacionados en alguna medida con los fenómenos de la vinculación humana.

2.3.1.2 HOLON DEL EROTISMO

El erotismo es un elemento de la sexualidad que nos remite a las experiencias más comúnmente identificadas como sexuales. En algunas mentalidades, sexualidad es erotismo. Aquí como se ha visto, lo consideramos como uno más de los holones de lo sexual. Cuando en nuestras pláticas cotidianas hablamos de experiencias

sexuales, casi siempre nos referimos a experiencias en las que se experimentan los cambios corporales que han hecho que los científicos empírico-positivistas, encuentren en la experiencia de excitación y orgasmo, la manera más eficaz para la operacionalización del concepto de conducta sexual. Otra vertiente de pensamiento identifica al erotismo con el amor, porque la vivencia erótica está muy frecuentemente relacionada con la experiencia amorosa (entre otras razones por las identificadas por Reiss, 1986, ver arriba). Sin embargo, es posible que la experiencia erótica, sea tenida en contextos no amorosos, por lo que pienso que, para mayor claridad de conceptos, es preferible identificar al erotismo con el componente placentero de las experiencias corporales (individualmente vividas o, más frecuentemente, en interacción con otro), en las que se presentan los procesos de activación de respuesta genital y corporal (muchos de estos procesos ocurren - de hecho- lejanos a los genitales, en el sistema nervioso central).

Por erotismo entendemos: los procesos humanos entorno al apetito por la excitación sexual, la excitación misma y el orgasmo, sus resultantes en la calidad placentera de esas vivencias humanas, así como las construcciones mentales alrededor de estas experiencias.

Al igual que los otros holones sexuales, el erotismo tiene niveles de manifestación biológica, pero son sus componentes mentales, especialmente en lo que se refiere a las representaciones y simbolizaciones, así como a la significación social y su regulación, lo que hacen del erotismo, una característica específicamente humana.

El reciente prestigio de la sexología como ciencia, de manera especial entre los médicos, es debido al esclarecimiento de muchos de los procesos fisiológicos responsables de la experiencia erótica humana. Si bien en este campo del conocimiento aún existen lagunas importantes, mucho se ha avanzado en la formulación de modelos que explican la biología del erotismo. La forma más aceptada de conceptualización de la fisiología del erotismo humano, es verlo como el resultado de tres procesos fisiológicos interdependientes, concurrentes, pero distintos: El deseo o apetito sexual, la excitación y el orgasmo (Kaplan, 1979).

No obstante, como se ha insistido, no es posible limitar la temática de ningún holón sexual a sus dimensiones biológicas sin perder la posibilidad de una comprensión integral. De manera similar a lo que sucede con el género en la identidad genérica, todos desarrollamos una identidad erótica. La simbolización de lo erótico es uno de los mecanismos más poderosos por lo que el erotismo se integra al resto de nuestra sexualidad y, de hecho, al resto de nuestra vida. Los sociólogos y antropólogos, han identificado guiones de conducta erótica en cada una de las culturas que han venido estudiando. Una de las primeras consecuencias del estudio transcultural, es la identificación de códigos de conducta tan diversos, que permiten la visualización del carácter relativo de las normas de conducta erótica vigentes en la cultura.

2.3.1.3 HOLON DE LA REPRODUCTIVIDAD HUMANA

La potencialidad de reproducirnos es consecuencia directa del hecho de ser seres vivos. La sexualidad humana se ha desarrollado con sus múltiples niveles de manifestación y complejidades de organización e integración, como resultado de la necesidad de la especie humana de reproducirse eficientemente. Parece paradójico, pero la necesidad actual de los grupos sociales por desarrollar patrones reproductivos menos azarosos, es resultado precisamente de que nos es indispensable optimizar nuestras estrategias de permanencia, de reproductividad.

Por reproductividad se quiere decir: tanto la posibilidad humana de producir individuos que en gran medida sean similares (que no idénticos) a los que los produjeron, como las construcciones mentales que se producen acerca de esta posibilidad.

Existen consecuencias evolucionarias de la mayor trascendencia en el hecho de que los seres humanos no nos reproducimos como réplicas exactas de nuestros predecesores, consecuencias que han sido resumidas por los estudiosos de la evolución de las especies (Gallup, 1986). Desde luego, el tema de la reproductividad parece ser identificado de inmediato con nuestra condición biológica y es en ese

nivel en el que generalmente se estudia, sin embargo, la reproductividad humana es un holón sexual que tiene manifestaciones psicológicas y sociales de la mayor importancia y no se limita al evento biológico de la concepción, embarazo y parto. Hay manifestaciones de nuestra reproductividad en hechos tan lejanos de la concepción como el acto educativo mismo. En el momento en que escribo estas líneas... de varias maneras estoy expresando mi reproductividad.

En el nivel biológico de la reproductividad, existe una riqueza de conocimiento que literalmente aumenta día con día en el mundo actual. Los avances más notables de la ciencia biológica en los últimos años, se localizan precisamente en el esclarecimiento del nivel molecular, es decir, de la posibilidad de definir la composición química de las moléculas que regulan el hecho reproductivo. El descubrimiento de la composición del ácido desoxirribonucleico (DNA), matriz de la reproductividad de los seres vivos, ha disparado las posibilidades de nuestro entender hacia límites que están aún por descubrirse (ver Castañeda, 1985). El DNA, su acomodo en genes, así como su empaquetamiento en los cromosomas, constituyen el objeto de estudio de la genética, ciencia que promete respuestas a una multitud de problemas humanos. En el plano del organismo, la reproductividad se manifiesta en la serie de estructuras corporales conocidas como aparatos reproductores. Su funcionamiento, las posibilidades de control de la reproducción sin evitar la interacción erótica, así como para lograr su consecución cuando está problematizada, constituyen temas comunes de la reproductividad.

El plano psicológico de la reproductividad humana suele ser ignorado con mayor facilidad que los temas biológicos. Resulta claro observar cómo la función reproductiva no termina con el nacimiento de un nuevo ser, la función de maternidad y paternidad se prolonga de hecho muchos años antes de poder considerar completo el evento reproductivo. Otros temas psicológicos suelen ser relevantes: la reproductividad, como anotamos no se limita a la reproducción biológica, sino que puede expresarse a través de la maternidad y paternidad en adopción o bien, a través del ejercicio de muchas actividades humanas cuyo resultado final es la reproducción de la plenitud del ser humano.

En el plano sociológico, la reproductividad suele estudiarse en temáticas como las significaciones sociales del hecho reproductivo y la contracepción. La institucionalización de las políticas reproductivas, los procesos sociales ante la reproducción humana que son base de los fenómenos demográficos, son expresión, en el plano sociocultural, de la reproductividad.

2.3.1.4 HOLON DE GÉNERO

En la evolución de los seres vivos apareció en cierto momento el -sexo, es decir, el hecho de que en un mismo tipo de organismo (una misma especie) surgieron dos formas. Los científicos le llaman a esta cualidad de los seres vivos dimorfismo, que quiere decir dos formas. La base biológica del género es el dimorfismo, y éste es la base para la conformación del segundo elemento de la sexualidad que consideraremos. En este contexto, entendemos género como la serie de construcciones mentales respecto a la pertenencia o no del individuo a las categorías dimórficas de los seres humanos: masculina y femenina, así como las características del individuo que lo ubican en algún punto del rango de diferencias.

El género, al igual que los otros holones sexuales, tiene manifestaciones en todos los niveles de estudio de nuestra naturaleza humana. La dimensión humana del género, expresión de este holón, permea casi toda la existencia humana. Es por medio del género que los grupos sociales realizan una multitud de interacciones. La identidad misma, es decir, el marco mental interno de referencia de nuestro ser está construido en el género como elemento central.

En sus niveles biológicos, existen desarrollos importantes que hay que considerar: la determinación del mismo, los múltiples niveles en los que opera en proceso prenatal y postnatal de diferenciación sexual (genérica), las manifestaciones anatómicas (más que evidentes) del dimorfismo, las manifestaciones (menos evidentes) del dimorfismo en el sistema nervioso central, entre otros temas.

En el plano psicológico, el género adquiere relevancia central en la conformación de la identidad individual. La identidad es el marco interno de referencia que nos permite responder quiénes somos, qué hacemos, qué queremos y a dónde vamos. Uno de los principales componentes de la identidad es precisamente el género, en la llamada identidad genérica: yo soy hombre, yo soy mujer. La identidad de género es tan importante en el desarrollo humano que cuando no puede conformarse el desarrollo completo se detiene. Este concepto, tal como se usa en la actualidad, fue articulado por John Money y Anne Erhardt (Money y Erhardt 1972) como la mismidad, unidad y persistencia de la individualidad personal como hombre, mujer o ambivalente, en mayor o menor grado, especialmente como en los planos de la autoconciencia y la conducta (Money, 1980).

La expresión pública de nuestra identidad genérica se llama papel sexual o papel genérico (también llamados roles sexuales o genéricos). Cuando estos papeles sexuales son estudiados en los grupos humanos, es posible la identificación de guiones que dictan lo que es esperado por el grupo en función del género de los individuos y la sociedad norma muchas de sus interacciones en función de estas conceptualizaciones. El género, y su institucionalización en papeles, estereotipos. Y guiones, es uno de los filtros más eficaces para la regulación del poder entre los seres humanos.

2.3.2 TEORIA DEL DESARROLLO PSICOSEXUAL PROPUESTA SIGMUND FREUD

(Rodríguez, (S/F)) Menciona Las etapas del desarrollo psicosexual humano descritas por el famoso psicólogo vienés Sigmund Freud, describen el supuesto desarrollo de la personalidad a lo largo de la infancia y las distintas fases por las que pasamos durante el mismo.

Según Freud, en cada una de estas etapas el niño centra su energía sexual en un área erógena concreta. Esta energía sexual, también conocida como libido, es la

fuerza de la mayoría de los comportamientos en el niño, a pesar de que le mueve de manera inconsciente.

2.3.2.1 BASES DE LA TEORIA DE SIGMUND FREUD

A pesar de que la teoría del desarrollo psicosexual siempre ha sido controvertida dentro del mundo de la psicología (incluso durante el tiempo en el que la desarrolló), no se puede negar que ha tenido una gran influencia en la evolución de esta disciplina como objeto de estudio de la ciencia.

Según Freud, la mente humana se desarrolla en diferentes fases por las que todos tenemos que pasar, desde nuestra infancia hasta nuestra vida adulta. Las cinco fases son las siguientes: oral, anal, fálica, latente y genital.

Durante cada una de estas fases nuestra energía sexual o libido está fijada en un área concreta del cuerpo, de donde reciben su nombre las fases. Estas áreas van cobrando importancia a medida que la persona se desarrolla, ya sea como fuentes de placer potencial, frustración o ambas.

Freud les otorgaba especial importancia a estas áreas porque creía que la vida se basaba en dos factores: la tensión y el placer. Ambos estaban relacionados con la libido, siendo la tensión la acumulación de la energía sexual, y el placer su liberación. En las que se suscitaron conflictos en cada una de las etapas. A medida que el niño se desarrolla, van apareciendo una serie de conflictos en su mente que tiene que superar para avanzar a la siguiente fase con éxito. Estos conflictos están relacionados con la lucha entre los tres componentes de la mente según Freud: el ello, el yo y el superyó.

El ello es la fuerza fundamental que mueve el comportamiento de los niños. Se trata de la mente inconsciente, compuesta por todos los deseos, instintos y pulsiones que cada persona siente. Los otros dos componentes se van desarrollando a lo largo de

las cinco fases para encauzar estos deseos primarios de manera que sean socialmente aceptables.

Durante este proceso, en cada una de las fases se produce un conflicto psicológico que debe ser resuelto para que el niño pueda avanzar en su desarrollo. Cuanto más difícil sea resolver el conflicto, más afectará a la personalidad del individuo durante su vida adulta.

Cuando una persona presenta algún conflicto sin resolver, según Freud esto puede provocar todo tipo de trastornos psicológicos a lo largo de los años. Por tanto, el papel del psicólogo es detectar cuál puede ser la causa de la fijación en una etapa concreta, y resolverla mediante el uso de terapia.

2.3.2.2 ETAPA ORAL

Durante la etapa oral, que ocurre entre el momento del nacimiento y el año y medio de edad, el niño se relaciona con el mundo principalmente a través de su boca. Este órgano es fundamental para la supervivencia, por lo que el bebé recibe un gran placer de actividades como chupar objetos y comer.

Debido también a que el niño necesita de los cuidados de un adulto para sobrevivir, la estimulación oral es también la principal manera en la que crea vínculos con sus cuidadores. En concreto, se establece un vínculo muy fuerte con la madre cuando esta le da el pecho.

El principal conflicto en esta etapa es precisamente la liberación en cierta medida de la dependencia de los cuidadores. El niño debe empezar a emprender su camino hacia la autosuficiencia; de lo contrario, en su vida adulta podría tener problemas como dependencia, agresividad o adicciones como la comida o la bebida.

2.3.2.3 ETAPA ANAL

La etapa anal se produce entre el año y medio y los tres años de edad; durante esta la atención del niño se centra en el control de los esfínteres. La adquisición de la capacidad de ir al baño de manera independiente se convierte en el primer gran logro del niño, que se acerca de esta manera aún más a la autonomía personal.

Según Freud, la resolución del conflicto de esta etapa es especialmente delicada, y depende en gran medida de la manera en la que los padres enseñen al niño a ir al baño. Si los cuidadores refuerzan al niño cada vez que consigue usar el baño de manera adecuada, la persona crecerá sintiéndose competente, productiva y creativa.

Sin embargo, en el caso de padres que castigan al niño cuando no consiguen ir solos al baño (o en el caso de accidentes), la persona puede sufrir todo tipo de consecuencias negativas en su vida.

Por ejemplo, podría convertirse en alguien demasiado rígido, incapaz de saltarse las normas o de improvisar.

Por otro lado, si el entrenamiento no fue tomado en serio por los padres, la persona podría crecer para volverse alguien desorganizado, apareciendo incluso todo tipo de comportamientos autodestructivos.

2.3.2.4 ETAPA FALICA

La tercera etapa descrita por Freud se centra en los genitales, siendo el momento en el que la persona descubre las diferencias anatómicas entre hombres y mujeres.

Aquí es donde se produce el mayor conflicto psicológico del desarrollo: el complejo de Edipo en los hombres, y el complejo de Electra en las mujeres.

Según el autor, los cambios producidos en esta etapa están estrechamente relacionados con la sexualidad de las personas y con sus roles de género. La etapa fálica va desde los tres a los seis años de edad.

2.3.2.5 ETAPA LATENTE

Entre los seis años y la pubertad, la energía sexual del niño entra en un estado de latencia, siendo suprimida por el superyó (la parte de la mente que se encarga de las normas sociales).

Durante este tiempo, la energía reprimida se utiliza para otras tareas, como el desarrollo de las habilidades sociales.

2.3.2.6 ETAPA GENITAL

Por último, durante la pubertad los deseos sexuales de la persona vuelven a aparecer, esta vez en su forma más desarrollada.

En esta etapa (que abarca desde la adolescencia hasta la muerte), el deseo se centra en los genitales y en mantener relaciones sexuales con las personas que nos resultan atractivas.

2.3.3 TEORIA DEL ESQUEMA COGNITIVO DEL SEXO

(Gabral, 1983) Argumenta: La Teoría sobre el rol sexual que postula S. Bern ha experimentado una evolución desde 1974, año en que la autora realizó sus primeras investigaciones hasta el momento actual.

En su teoría original, Bem, sobre la base del B.S.R. I., (Bem Sex Role Inventory) postulaba que los individuos se diferencian en los aspectos y conductas susceptibles de adscribirse y de ser consideradas socialmente como masculinas y femeninas. Por lo que respecta a su orientación de rol sexual, los individuos podrían

ser masculinos, femeninos, indiferenciados y andrógenos y Bern centraba su análisis en este último grupo de sujetos, los cuales al asumir atributos masculinos y femeninos son más creativos y, al ser capaces de asumir conductas adscritas a ambos sexos son también más asertivos.

En su formulación actual, Bern (1981 a) considera un nuevo grupo, el de los sujetos con un rol invertido. Además, centra toda su posición teórica en los sujetos sexualmente definidos (Masculinos y Femeninos), consistiendo básicamente su nueva aportación en considerar que los individuos se diferencian en la nitidez y en la intensidad del esquema sobre el sexo y, por tanto, en el grado en que están sexualmente definidos en sus conductas, actitudes, atributos y en su disponibilidad de procesar la información sobre ellos mismos y sobre las circunstancias externas en relación con el sexo.

La Teoría del Esquema Cognitivo del Sexo propuesta por Bern (1981 a) sostiene que el niño, además de aprender los contenidos específicos que la cultura adscribe a cada sexo, aprende a utilizar una red heterogénea de asociaciones relacionadas con aquél para evaluar y asimilar nueva información, es decir, aprende a procesar la información en conexión con el esquema que envuelve el sexo. En este sentido Bern recoge las aportaciones de la Psicología Cognitiva y concretamente las investigaciones de Minsky (1975), Abelson (1976), Bobrow y Norman (1975), Kelley (1972), Markus (1977) Stotlan y Canon (1972), que sostienen que los individuos difieren en sus estructuras cognitivas de codificación y procesamiento de información, estructuras que han sido también llamadas marco o esquema, y que son la pauta que organiza toda la información, ya sea mediante asociaciones, relaciones de causa-efecto, o discriminaciones de las dimensiones relevantes. Bern sugiere que habría que hablar acerca de los sujetos, no en función de su masculinidad-feminidad tal como se ha venido haciendo tradicionalmente, sino con respecto a sus diferencias en el esquema cognitivo de procesamiento de información relacionado con el sexo, o lo que es lo mismo, en la disponibilidad cognitiva para procesar toda la información relacionada con el sexo.

2.3.3.1 EL ESQUEMA DEL SEXO

En la Literatura sobre Conocimiento Social, Neisser, (1976), Rumelhart & Norman (1978), afirman que un esquema es una estructura cognitiva, una red de asociaciones que organiza y orienta la percepción de los individuos. El esquema actúa como una estructura anticipatoria, y es una disponibilidad para explorar y asimilar la información nueva en términos relevantes para el esquema.

El procesamiento de un esquema es por tanto muy selectivo, siendo todo lo percibido el resultado de la interacción entre la información que entra y los esquemas preexistentes del sujeto que percibe. Se conoce como «validez predictiva de un esquema», la disponibilidad con que un individuo utiliza un esquema antes que otro (Nisbett y Ross 1980). El procesamiento de un esquema puede manifestarse de diversas formas. Por ejemplo, los sujetos que tienen una disponibilidad generalizada para procesar la información en términos de un esquema particular, procesan muy rápidamente los estímulos nuevos consistentes con él, organizan la información en categorías relevantes y efectúan elecciones y discriminaciones en función de aquél, por todo lo cual sus acciones y percepciones reflejarán los sesgos que la selectividad del esquema produzca.

De acuerdo con esta teoría, Bem sostiene que los individuos sexualmente definidos tienen una tendencia a ver el mundo en categorías masculinas y femeninas y, en particular, a decidir sobre la base del sexo qué atributos y conductas están asociados al concepto de sí mismos, y cuáles están disociados. Este grupo de sujetos posee un esquema del sexo porque tiene una disposición muy generalizada para procesar y organizar la información incluida la de su propio yo, en términos de las definiciones culturales de masculinidad y feminidad. Sin embargo, los sujetos andrógenos y los sujetos indiferenciados no procesan la información perteneciente al sexo y por tanto carecen, según Bem, del esquema del sexo.

Los sujetos desde niños aprenden los contenidos que su sociedad vierte en el esquema del sexo y, al mismo tiempo, aprenden los atributos que se asocian a su

propio sexo, lo cual implica, no sólo una toma de decisión con respeto a cada dimensión o atributo, sino el aprender que las dimensiones son diferencialmente aplicables a ambos sexos. Paralelamente a este proceso, el niño aprende a evaluarse a sí mismo como persona en términos de su esquema de rol sexual, adaptando sus preferencias, actitudes, conductas y atributos personales en función de éste y determinando su propia autoestima.

2.3.3.2 CRITICAS MÁS RELEVANTES

La Teoría del Esquema del Sexo de S. Bem, desde su publicación (1981 a) ha suscitado una gran polémica en los investigadores, tanto por su originalidad teórica como por el instrumento de medida que utiliza, el Bern Sex Role Inventory. Existen dos tipos de críticas: por un lado, las que se centran en el propio cuestionario que Bem validó en 1974 y por otro las que analizan la definición y conceptualización que Bem hace de «esquema del sexo. Con respecto al primer tipo de crítica cabe decir que cuando S. Bem validó en 1974 el Bern Sex Role Inventory (B.S.R.I.) lo definió como un cuestionario bidimensional que rompía la tradición hasta aquel momento de utilizar en los estudios sobre el rol sexual cuestionarios unidimensionales. Spence, J.I. y Helmreich, R.L. (1981) sostienen que existe una contradicción lógica en usar para estudiar un concepto unidimensional como el esquema del sexo un cuestionario que sólo sirve para identificar a los individuos y clasificarlos según su orientación sexual.

El segundo tipo de críticas, que son las más importantes a mi modo de ver, son las que se centran en la propia definición de Esquema del sexo. Markus, H., Crane, M., Bernstein's y Siladi (1982) sostienen en primer lugar que la gente que tiene un ((esquema del yo. esencialmente femenino, procesa la información de forma diferente de la gente que tiene un esquema del yo esencialmente masculino. Estas diferencias se manifiestan concretamente, en que recuerdan mayor número de atributos femeninos que masculinos y requieren menos tiempo para atribuirse a sí mismos atributos femeninos que otros tipos de atributos y, por tanto, tienen un

procesamiento de información de los estímulos femeninos más eficiente que el procesamiento de los estímulos masculinos. Los individuos con un esquema del yo esencialmente masculino procesan en cambio más eficientemente los estímulos masculinos que los femeninos. En segundo lugar, Markus y colaboradores creen que lo esencial es la forma en que el sexo se incorpora en el concepto de sí mismo y en sus investigaciones sostienen que los individuos definidos sexualmente y que tienen un «esquema del yo» con respecto a la masculinidad tienen un esquema del yo masculino y los que tienen un esquema del yo con respecto a la feminidad tendrán un esquema del yo femenino. En contraste, Bem (1981 a) opina que el individuo definido sexualmente tiene un «esquema del sexo)), es decir, las connotaciones de los estímulos masculinos y femeninos son igualmente relevantes para ellos y se procesan con la misma eficiencia.

2.3.4 TEORIA SOCIAL PARA LA SEXUALIDAD HUMANA PROPUESTA POR DURKHEIM

(Canovas, 2000) Argumenta La sexualidad es un aspecto fundamental de los seres humanos el cual forma parte de toda su historia y construcciones sociales. Esta se conforma como un elemento importante para el hombre y su importancia se evidencia en su presencia en el origen de la sociedad.

No obstante, se puede afirmar que sus concepciones son un punto de avance que marca el comienzo de nuevos ideales, como base para un nuevo entendimiento de la sexualidad como fenómeno social.

Desde sus conceptualizaciones de familia hasta el entendimiento de la mujer como un ser que no necesariamente es inferior al hombre. Sus perspectivas muestran un punto de avance mayor que el de sus contemporáneos. Sin embargo, su visión arraigada a su tiempo, con las limitaciones en las visiones de la sexualidad y el género existentes en la época, hacen que sus teorías futuristas y bien orientadas, no trasciendan las barreras que el sexismo imperante aplica a su tiempo y a su ciencia.

2.3.4.1 LA FAMILIA COMO PRINCIPAL EDUCADOR

Si vamos a hablar de educación, no podemos dejar de mencionar el papel que tiene la familia para la enseñanza y formación en la sociedad. Por tanto, cuando vamos a educar sobre cualquier tema y en específico sobre sexualidad debemos tener en cuenta los referentes, el sistema de creencias que ha aprendido el individuo en su medio de origen. Este elemento es bien conocido por las ciencias actuales, pero muchos teóricos han contribuido a este entendimiento.

Entre sus presupuestos Durkheim comienza a entender a la familia y sus transformaciones como elementos vinculados al sistema social imperante. Así la analiza como una institución social en sí misma. Plantea que la familia se compone de fuerzas sociales que se expresan en los rituales, las ceremonias y las creencias que se construyen en común en la sociedad. Por lo que, la familia es el resultado de la sociedad en la que se inserte. Estos presupuestos han servido de guía a las ciencias sociales para la comprensión de formaciones en el individuo que ocurren desde tempranas edades, como la sexualidad y en la que la familia y la sociedad tienen un papel relevante.

Sin embargo, Durkheim también considera que, producto de los diversos cambios sociales, la familia, como reflejo de la sociedad caótica, tiene menos habilidades para ocuparse de la educación y transmisión de valores morales a los hijos. Por lo cual, otras instituciones que representen a la sociedad, tales como las escuelas, deben hacerse cargo de este rol. En estos presupuestos deja ver sus concepciones predominantemente sociales, dando a entender que la familia no debe ser la única que eduque en temas sensibles a las nuevas generaciones. Si bien, en la actualidad esta teoría ha evolucionado, se sigue considerando que el estudio de la sexualidad y otras cuestiones deben competir no solo a la familia, sino también a las instituciones que representan a la sociedad para una mejor educación de los individuos que en ella se insertan.

2.3.4.2 DURKHEIM Y LAS REPRESENTACIONES SOCIALES

El concepto de representaciones sociales constituye una herramienta necesaria para el estudio de las significaciones, contribuyendo a conocer la influencia social de algunos fenómenos en la individualidad y permitiendo el reconocimiento de condicionantes sociales que contribuyen a la comprensión del objeto en cuestión.

Las representaciones sociales, si bien no son el centro de la formación de la sexualidad humana, son un aspecto importante en la conformación de cómo la vivimos y apreciamos. Durkheim, desde sus presupuestos, no conformó precisamente el concepto de representación social, pero contribuyó con su teorización de los “hechos sociales” a sentar las bases que dieran paso a este concepto en la actualidad tan utilizado.

De esta forma, para Durkheim, los hechos sociales se presentan al individuo como realidades objetivadas, modos de acción y pensamiento, legitimados socialmente que anteceden e incluso norman el comportamiento y la educación. Se consideran altamente generalizables dentro del grupo social, una característica invariable que se mantiene, a pesar de las diferenciaciones que pueden existir en las individualidades de los sujetos que componen el grupo. Constituyendo modos de acción y representaciones extendidas dentro de la sociedad, compartidos por la mayoría de sus miembros.

Por otro lado, este autor nos introduce la noción de coerción caracterizando así los hechos sociales como modos impuestos de pensar y sentir. Señalando a la sociedad con un carácter obligatorio, no optativo, producto de la determinación, que condiciona y coacciona al individuo. Este condicionamiento no solo limita la acción del sujeto, sino que le constriñe a un modo de actuación, contribuyendo a modificar sus disposiciones iniciales, obligándolo a actuar dentro de las pautas marcadas.

Esta conceptualización nos aclara un fenómeno relevante y es la formación de representaciones sociales, creencias y estereotipos que forman parte relevante de

la personalidad de los sujetos e influyen en la conformación de su sexualidad. Aunque en la actualidad se consideran interrelacionadas con el individuo y desde los enfoques humanistas de psicología, ha evolucionado la visión más subjetiva de este tema, las normas y estereotipos sociales siguen influyendo como predeterminados socialmente en las concepciones que de la sexualidad se tienen en la actualidad. Niños y jóvenes aprenden en el seno familiar, las escuelas y con los coetáneos, la mejor forma de comportarse con respecto a la sexualidad, sobre qué temas hablar y cuales están vetados, cuáles son las principales creencias y otros temas similares. La sociedad más allá de regular, se encarga de transmitir, hacer llegar estas concepciones y las normas morales que la rigen.

2.3.4.3 DURKHEIM Y LA EDUCACION PARA LA SEXUALIDAD

La educación es un fenómeno predominantemente social, tanto en su conformación como en su praxis. Su principal objetivo es crear al “hombre nuevo”, conformado por lo mejor de la sociedad en la que se inserta, dando como resultados seres integrados socialmente.

Las principales teorías de la sociología que contribuyeron a la educación como ciencia fueron aportadas por tres grandes pensadores: Durkheim, Weber y Parson. Estos, dentro de sus conceptualizaciones nos hablaron de categorías y referentes relevantes para la conformación de esta ciencia. Durkheim en específico, se destaca por teorías tales como: la educación moral, la cohesión social y la división social del trabajo. En ellas analiza la forma en que se orientan los objetivos que se deben perseguir en la educación. Para Durkheim la educación es el ejercicio que ejecutan las generaciones adultas sobre aquellas no maduras para la vida social. Esta acción permite desarrollar en las nuevas generaciones los estados físicos, intelectuales y morales, que exige la sociedad política en su conjunto. Así, la sociedad esboza al individuo ideal a través de la educación que se realiza a partir de la interrelación de los individuos.

Con su concepto de cohesión social, Durkheim nos explica la necesidad de que en la sociedad exista cierta homogeneidad para que se reproduzca el sistema en la sociedad, lo cual incluiría costumbres, valores, tradiciones y conductas. Dentro de estas costumbres entraría la sexualidad, la moral correspondiente al manejo de esta sexualidad predominante en esa sociedad y los comportamientos sexuales que son tradicionales, culturales y aprendidos. Así no se quebraría el equilibrio y la integración que para él son necesarias en la sociedad y por tanto en la educación del individuo como ser social.

Durkheim propone la educación sexual como una necesidad que todas las sociedades deben cubrir. Esta educación, aunque sea concebida de forma diferente en cada cultura, no debe limitarse al aspecto biológico, sino que debe contemplar fundamentos morales. Siendo así nos esboza:

“Creo que es inútil adelantar una discusión sobre el principio mismo de una educación sexual, pues nadie niega la necesidad de tal educación. De hecho, no hay sociedad donde ella no exista; sólo que cada civilización la entiende a su manera. Igualmente, ninguna controversia puede adelantarse en lo relacionado con la higiene sexual y todas aquellas precauciones que conviene recomendar a los adultos y a los jóvenes” La moralidad en la sexualidad, según este autor, debe tener la influencia de la religión y siendo así sus presupuestos sobre estos temas son conservadores, interpretando sucesos de la cotidianidad como faltos de moral y de apego a las tradiciones religiosas a las que se adhería las sociedades anteriores.

Así, en sus propias palabras podemos entender cómo la educación sexual, para este autor debía estar mediada por las normas sociales preexistentes y estas debían ser inamovibles. Las normas religiosas, las creencias y concepciones heredadas de las sociedades anteriores debían aún regir el proceso educativo en estas cuestiones.

Por supuesto, muchos investigadores contemporáneos pueden no compartir este punto de vista, aunque es importante entender más allá de las propias creencias, el

rol fundamental que juega la sociedad y sus principales instituciones (entre ellas la familia, la religión) en la educación de la sexualidad.

Leyendo entre líneas, podemos percibir como Durkheim defiende la importancia de transmitir los valores sociales en el proceso educativo referente a la sociedad. Eso es algo que aún hoy cobra vigencia, aunque se le dé más espacio al entendimiento de las particularidades y subjetividad del individuo.

Estas cuestiones si bien, no son concebidas tal cual, en la actualidad, perduran en la manera en que socialmente percibimos y vivimos la sexualidad. Para aquellas personas que profesan una religión, todas sus conductas son regidas por estos preceptos religiosos, incluidos los comportamientos sexuales. En las sociedades actuales, sin embargo, las diversas sexualidades que se muestran y las que se educan no parten necesariamente de leyes morales pactadas por las religiones. Sin embargo, la veracidad del planteamiento de Durkheim se evidencia en sociedades eminentemente religiosas.

Durkheim también considera que el proceso formativo para la sexualidad debe ser directo, respetuoso, sensible, claro y adecuado a la edad y características psicológicas del estudiante. Este es un precepto que en la actualidad se tiene en cuenta en los espacios donde se promueve y educa la sexualidad.

Estos antecedentes teóricos en Durkheim sientan las bases para las teorías de la educación social y de la sexualidad específicamente, manteniéndose vigentes en la actualidad. Pues, analizando críticamente nuestro accionar diario, podemos evidenciar como la educación que ofrecemos lleva implícita las concepciones de la sociedad en la que vivimos, así como las tradiciones, creencias, cuestionamientos morales que conforman nuestro entorno y que se reflejan en la expresión de la sexualidad que tienen los individuos. Muchos ejemplos pudieran ilustrar esta teoría, uno de ellos ha sido el fenómeno de la homosexualidad, que, si bien ha estado presente en nuestra sociedad, como en todas, históricamente, ha tenido un análisis diferente, en función del pensamiento social, las tradiciones y lo aceptado como

“moralmente correcto”. Esta visión, por supuesto ha evolucionado hasta la integración del individuo en la sociedad actual.

Sin embargo, la aceptación se ha logrado parcialmente, no completamente. Debido al cambio de pensamiento, de concepciones y creencias que se realiza a nivel social. Así, defendiendo esta teoría de Durkheim, comienza en nuestra cultura a concebirse diferente en alguna medida el ser homosexual. Se comienza a introducir en la educación, como reflejo de la sociedad, el entendimiento desde la sexualidad de estos fenómenos, la aceptación el cambio de visión que llega incluso a modificar concepciones que se trasmitían en la enseñanza de los profesionales, tales como la concepción de la homosexualidad como una enfermedad.

2.3.5 HISTORIA DE LA EDUCACIÓN SEXUAL EN MÉXICO

(Marquez, 2012) Menciona:

Que en los siguientes años: 1932 "La educación sexual debe impartirse desde el 3er. Ciclo de la escuela primaria y en alguno o en algunos grados de la escuela secundaria." Comisión técnica consultiva. Recomendó que se impartiera educación sexual desde el tercer año de primaria que tendiera a explicar las “leyes biológicas que contribuyen al perfeccionamiento de la especie humana” e incluyera en sus programas educativos “las clases de higiene y moral sexuales como obligatorias en las escuelas oficiales y particulares” Oposición por parte del clero y la Unión Nacional de Padres de Familia promovieron un movimiento de huelga. En 1935, Lázaro Cárdenas restringió la campaña anticlerical y canalizó los esfuerzos hacia la realización de su proyecto social En 1939, Se puso a discusión el proyecto que contemplaba el proporcionar educación sexual a todas las primarias de México, tanto pública como privada. Desafortunadamente el proyecto se abortó por los docentes más conservadores y líderes magisteriales por considerarse una instrucción socialista.

En los años 60's, hasta la década de los 70's; Se contó con una educación sexual obligatoria y sobre todo más realista en los libros de texto de la primaria y en la

secundaria y preparatoria durante el gobierno de Luis Echeverría. Modelo de Educación Sexual (mes) plasmados en los programas de estudio y en los libros de texto de la escuela primaria. El exceso de población ponía en jaque las expectativas, proyecciones y planes de los gobiernos y los grandes capitales. Es por ello que a partir de los años setenta se instituye en México la educación sexual en el discurso educativo oficial. Se crea el Consejo Nacional de Población (conapo), el cual nace con la intención de promover y coordinar las acciones gubernamentales para el control de las variables demográficas, y para elaborar un modelo de educación sexual, no sólo para ser impartido en las instituciones educativas, sino para dar paso a impartirse en todos los sectores, como clínicas de salud, a través de telenovelas y en diferentes propagandas por mencionar algunos ejemplos. Sus metas “Reducir la tasa de crecimiento anual al 2.5 por ciento para 1980, así como modelar la conducta sexual de los mexicanos en cuanto a la educación sexual y el uso de anticonceptivos”

En 1978 con José López Portillo se realizaron algunas modificaciones con la introducción de una nueva temática: “Educación para la salud” Los maestros desafortunadamente centraban su quehacer pedagógico siguiendo los libros de texto proporcionando únicamente una educación sexual con carácter informativo-biológico, tal y como se puede apreciar en el libro de texto de Quinto grado de Ciencias Naturales.

En los años 90's Las Reformas introducidas a los libros de Ciencias Naturales de 5o. y 6o. grado de primaria abordan el tema de la sexualidad humana desde una perspectiva integral, ya que incorporan temas como la violencia de género, el condón, las enfermedades de transmisión sexual, como el SIDA, las adicciones, la eyaculación, la menstruación, entre otros.

En 1992 Carlos Salinas de Gortari, se firma el Acuerdo Nacional para la Modernización de la Educación Básica de la Secretaría de Educación Pública, parte del acuerdo es la renovación de los libros de texto gratuitos de la educación primaria, principalmente de los textos de Ciencias Naturales de quinto y sexto grado de primaria.

En 1995 para el sexenio de Ernesto Zedillo, los datos del Hospital General y del Centro Médico revelaron que muchos de los 20 millones de jóvenes en México, entre los 11 y 20 años de edad, que se encontraron en edad fértil, carecían de una educación sexual adecuada, a causa de la desigualdad social, “que en aquel entonces persistía”. Por la escasa “educación” sexual que existe en México, no se han podido abatir los embarazos no deseados en adolescentes, ni las violaciones, ni el acoso sexual. Por lo menos unos 4 millones de estudiantes abandonan la secundaria por resultar encinta anualmente. Las enfermedades venéreas continúan proliferándose a pesar de la constante promoción del uso del condón y existen unos 3 millones de infectados de Sida y más de la mitad de los varones se resiste a usar algún preservativo en el acto sexual, según lo informa la Secretaría de Salud.

En 1998 y 1999 editar dos nuevos libros de texto gratuitos para quinto y sexto grados de primaria, y nuevamente, como en otros años, los libros de Ciencias Naturales monopolizaron la atención.

En el 2000 el Secretario de Educación Miguel Limón Rojas presentó públicamente los libros Sexualidad infantil y juvenil. Nociones introductorias para maestras y maestros de educación básica, así como cuatro textos que formaron parte de la serie “Los libros de mamá y papá”: La sexualidad de nuestros hijos, El amor en la familia, La violencia en la familia y Cuidado con las adicciones. Aunque el libro sobre Sexualidad infantil y juvenil aborda once diferentes temas, como la curiosidad sexual, el equilibrio emocional, el desarrollo de la sexualidad, entre otros, la prensa destacó la inclusión del tema relacionado con la homosexualidad, quizá por su novedad o con la intención de urdir una polémica. Es relevante comentar que los textos aportaban información sobre aspectos fundamentales de las relaciones sexuales: el amor, el placer y las consecuencias de los embarazos no deseados.

En los 2000-2006 durante el sexenio de Vicente Fox hubo mayor aceptación en las instituciones sobre la educación sexual, incluso de familias de católicos practicantes que reconocieron el esfuerzo por incorporar en el currículo la educación sexual. A pesar de la presión de algunos grupos conservadores, a finales del 2003 el Secretario de Educación, Jesús Reyes Taméz Guerra, manifestó que no habría cambios.

En el año 2003, El Senado de la República Mexicana aprobó dos reformas, que fueron el de la Ley General de Educación y la de Protección de los Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes, con el fin de impartir una educación sexual integral, objetiva, orientadora, científica, gradual y formativa, y desde el primer grado de primaria. El objetivo principal de la reforma a la Ley General de Educación fue que la educación sexual se imparta en todas las etapas escolares y no sólo a partir del quinto año de primaria, como se encontraba en los libros de Ciencias Naturales y establecido en los planes de estudio.

En el 2004, Según la senadora Lucero Saldaña, el que “proporcione a la infancia la información científica y sistematizada ante la sobre-exposición a contenidos sexuales de que son objeto a través de los medios masivos de comunicación y que dificultan el sano desarrollo de su sexualidad. El libro de “Sexualidad infantil y juvenil” no se elaboró estrictamente para los niños de tercero a sexto de primaria y para los tres niveles de secundaria, sino, principalmente para los maestros que impartían clases en esos niveles educativos.

En el 2007 algunos sectores conservadores pugnaron porque la educación sexual fuera una materia optativa, tanto en el nivel de primaria como en la secundaria y que los propios padres sean quienes decidan si sus hijos deben o no tener esa información.

En el 2008 se distribuyeron los libros de Formación Cívica y Ética. Para la realización de estos

En el 2009, Josefina Vázquez Mota, Secretaría de Educación Pública, comento que el nuevo libro de Formación Cívica y Ética, el cual contiene en un apartado información sobre educación sexual, que dicho texto pretende alcanzar consenso entre ciertos actores sociales, porque, de acuerdo con especialistas, no significa que el libro “sea bueno pedagógicamente” Al congratularse de la inclusión de la enseñanza sexual en estos textos, destacó que una “verdadera lección cívica y ética” de la dependencia sería evitar la exclusión del libro del gobierno capitalino sobre educación sexual.

En el 2010 El libro “Tu futuro en libertad “se le ve circulan en varias secundarias y preparatorias del Distrito Federal, principalmente de las Delegaciones Iztapalapa, Magdalena Contreras y Cuauhtémoc, como un libro complementario y fundamental para cubrir una deficiencia absoluta en el manejo de los temas de sexualidad que ocurre en el currículum formal de la educación en el Distrito Federal.

En el 2011, de acuerdo con la Evaluación de la Implementación de la Declaración Ministerial “Prevenir con Educación” 2011, durante ese año el país no evaluó los programas educativos en la materia. Se intensifica la preocupación de educadores y moralistas por el tema de la Educación para la Sexualidad y de la Sexología Clínica. Narciso Bassols: sometió a la consideración de la Secretaria de Educación Pública unas bases para la implantación de la educación sexual en las escuelas, en educación Primaria y Secundaria.

2.3.6 FACTORES DE RIESGO EN ADOLESCENTES

(Andreas, 2001) Argumenta: Los factores de riesgo son “variables que pueden afectar negativamente el desarrollo personal”. Están asociados con aumento de la probabilidad de desarrollar problemas emocionales, conductuales o de salud. Estando presente alguno o varios de dichos factores en la vida de determinado individuo, puede o no comprometerse y asumir conductas de riesgo que dificultarían el logro del normal desarrollo que se espera para transitar hacia la etapa adulta con la madurez necesaria. En el plano individual son factores de riesgo: retraso escolar, malas notas que derivan en abandono escolar, incapacidad para resolver conflictos, hiperactividad, impulsividad, baja autoestima, bajo coeficiente intelectual. También entre los posibles factores de riesgo, se encontrarían historias familiares de alcoholismo, baja cohesión familiar, estilos parentales coercitivos, ambivalentes o permisivos, ausencia de uno o los dos padres, baja escolaridad de los padres. En referencia a la escuela, bajo apoyo del profesor, inadaptación al medio escolar, violencia escolar.

En relación al área social, bajo apoyo comunitario, estigmatización, pobreza del entorno, exclusión social, junto con la inequidad y la falta de oportunidades,

pertenencia a grupos de pares que se involucran en actividades al margen de la ley (consumo y tráfico de drogas, delitos varios, etc.). Las características mencionadas generan un entorno difícil, las variables descritas interactúan creando condiciones favorables para que el adolescente tenga probabilidades ciertas de actuar bajo premisas de riesgo que lo impulsen a ejecutar conductas de riesgo o problemáticas.

2.3.6.1 PRINCIPALES CONDUCTAS DE RIESGO EN ADOLESCENTES

Surge así la necesidad de la educación sexual que sea capaz de proveer a los adolescentes de las informaciones correctas, completas, fidedignas acerca de la sexualidad, que incluya procesos de toma de conciencia y reflexión sobre el uso de métodos anticonceptivos, desarrollo de la autoestima y la capacidad de discernimiento, embarazo adolescente y sus consecuencias, aborto, ETS, el alcoholismo. En la actualidad, la familia (padres, fundamentalmente) no están en condiciones de proporcionar la debida formación en sexualidad a los jóvenes, se espera que lo haga el colegio. Sin embargo, las jóvenes presentan reparos importantes a la hora de hablar de los programas educativos en educación sexual, ya que se han focalizado, en la mayoría de los casos, en los aspectos biológicos de la sexualidad

2.3.6.2 CONSUMO DE SUSTANCIAS QUIMICAS

El consumo de drogas se asocia con antecedentes como escasa adaptación a la vida escolar, mala relación con los padres, consumo de drogas de los padres, hermanos o amigos, entre otros factores. Entre los jóvenes que declaran consumir drogas se observa que un gran porcentaje de ellos señala que alguno de sus amigos cercanos, consume también drogas. Esto aclara que las conductas de consumo de drogas aumentan la probabilidad de involucrarse con usuarios de estas sustancias y que, probablemente. (CONACE 2004), una vez más, se pone en evidencia la influencia del grupo de pares para tomar la decisión de asumir conductas de riesgo.

Si bien no se ha demostrado que el consumo de marihuana predisponga al organismo al consumo de otras drogas altamente nocivas, abre la puerta para el desafío de avanzar en conductas socialmente rechazadas. Ciertamente, que la persistencia en el consumo y la escalada hacia drogas cada vez más adictivas y perjudiciales, va a depender de los factores de riesgo en que se contextualiza la vida del joven y de factores protectores que lo alejen de esas conductas

2.3.6.3 CONDUCTA SEXUAL PRECOZ

Las conductas riesgosas hoy día, la gran mayoría de las veces, tienen que ver con conductas de tipo sexuales; no es ajeno que durante la pubertad y adolescencia la libido sexual sea el motor que mueva a los jóvenes, llenándolos de dudas y curiosidad. Por lo tanto, el peligro de desconocer esta situación, es demasiado alto, considerando que hay vidas que se pueden poner en juego. Es en esta dinámica social que se tiende a vivenciar, actos adolescentes fuera de lo normal, tendencias a la bisexualidad, promiscuidad descomunal, abuso excesivo del alcohol, conductas agresivas y acciones que los enmarcan en una realidad posible de consecuencias muy peligrosas.

Los cambios biológicos que experimenta el adolescente que se manifiestan en la producción de gametos (óvulos y espermatozoides), acompañados de la presencia de las respectivas hormonas en el sistema circulatorio se acompañan de cambios emocionales, psicológicos y sociales. La pubertad que es el inicio de la actividad hormonal, se enmarca dentro de la adolescencia como un: “período de la vida humana durante el cual maduran los órganos sexuales implicados en la reproducción. Esta maduración se manifiesta en las mujeres por el comienzo de la menstruación, en los hombres por la producción de semen, y en ambos por el aumento de tamaño de los genitales externos. El rápido desarrollo indica una serie de cambios fisiológicos. Así mismo, durante la pubertad aparecen por primera vez los caracteres sexuales secundarios. En los hombres, se incrementa de forma notable la producción de pelo en ciertas partes del cuerpo, en particular en la zona púbica, en las axilas y en la cara; además, por lo general, la voz cambia y comienza

a tener un tono más grave. En las mujeres, también aparece pelo en la región púbica y en las axilas, y los senos empiezan a crecer” (RAE, 1992:1855).

El adolescente comienza a vivir sus primeras experiencias amorosas en medio del alejamiento progresivo de sus progenitores, impulsado por el deseo de autoafirmación, por la necesidad de encontrar su identidad. En algunos estudios los jóvenes han denunciado problemas como no poder hablar con sus padres como les hubiese gustado hacerlo por la falta de tiempo de los progenitores para escucharlos o la falta de adecuados códigos para comunicarse con ellos. Especialmente en los sectores medios y bajos, la necesidad de incrementar los ingresos familiares lleva a ambos padres a trabajar remunerada mente, quedando los hijos al cuidado de otras personas y solos ante sus más íntimos problemas.

Para la adolescente es indispensable una buena comunicación con su medio familiar, junto con la entrega de afecto y amor. Es así como Molina, Sandoval & González (2004.p.40), establecen que el embarazo adolescente se enmarca, la mayoría de las veces, en un contexto de carencias afectivas, sociales y/o económicas.

Por otra parte, el embarazo adolescente se puede dar por estar inserto en familias mono-parentales, disfunciones familiares, dificultades escolares, deserción escolar, consumo de alcohol y otras drogas, baja autoestima, impulsividad, condiciones de hacinamiento y pobreza. Todo lo que se constituye como un terreno propicio para el establecimiento de relaciones disfuncionales, lo cual incluye los contactos sexuales no protegidos y abuso sexual. Un adolescente que no puede satisfacer sus necesidades emocionales al interior de su hogar, busca afecto fuera de él y muchas veces el embarazo ocurre como consecuencia de aquello a fin de asegurar la recepción de afecto. De este modo, el embarazo se puede instalar como un modo para suplir carencias afectivas ya que es una forma para sentirse querida, necesaria y realizada como mujer.

Para una adolescente enfrentar sola la situación de la maternidad es difícil, mucho más porque se encuentra en un estado donde aún no se ha alcanzado la propia madurez necesaria para poder constituirse como una guía adecuada de los

requerimientos de un hijo. Es decir, producto del embarazo adolescente se genera una contraposición de dos roles, por una parte, la expresión de las necesidades propias de un adolescente y por la otra, el comienzo de una nueva etapa en donde está en juego la responsabilidad propia de la adultez.

2.3.6.4 EDAD DE LA PRIMERA RELACION SEXUAL

El joven y la niña despliegan una serie de prácticas, relaciones y conductas propias que van modelando lo que será el inicio de su vida sexual adulta.

Según la Sexta Encuesta de Juventud (INJUV. 2010) el promedio de edad de la primera relación sexual es de 16,7 años; los hombres se inician más tempranamente (16,4 años), en tanto las mujeres lo hacen después (17,1 años). Estos promedios se mantienen casi constantes por nivel socio económico, aunque en los sectores sociales más acomodados se producen un poco más tardíamente la primera relación sexual.

La mencionada encuesta, deja en evidencia que en jóvenes entre 15 a 19 años de edad declaran prácticas penetrativas antes de los 15 años en un 21,8%; este porcentaje es casi 10 puntos porcentuales más alto que en los tramos de edad de 20 a 24 y de 25 a 29. Respecto del nivel socio económico, en todos los segmentos, salvo el C2, se da una proporción que bordea el 15,0% y más, de personas cuya iniciación fue antes de los 15 años. Cabe mencionar también, las prácticas sexuales previas a la iniciación, que van desde “besos profundos”; 76,0%, caricias corporales; 47,9% y sexo oral en un porcentaje bajo; 2,3%. Estas prácticas van en alza a medida que aumenta la edad. La práctica de sexo oral, en el tramo de mayor edad aumenta al 8,7%; lo que implica una mayor exposición a riesgos sanitarios. Es importante considerar que las edades promedio de quienes han tenido estas prácticas previas son 14,3 años para los varones y 14,9 años para las mujeres.

El principal argumento para el uso de condón en la primera relación sexual, fue prevenir el embarazo (90,6%) en porcentajes similares para hombres y mujeres. El uso del condón para prevenir el VH/SIDA y las enfermedades de transmisión sexual

(ETS), no supera el 40,0%, registrándose, sin embargo, un aumento respecto de la información de la Sexta Encuesta Nacional de Juventud donde fue menos del 13,0%. Se constata un incremento en los jóvenes respecto del uso de condón como prevención del embarazo y de las ETS y el VH/SIDA. Están adquiriendo informaciones en este plano y actuando conforme a ellas. Cuestión que se expone en el siguiente cuadro extraído de la Sexta Encuesta Nacional de Juventud en (INJUV 2009). La relación con la presencia de otras conductas de riesgo ha sido documentada por el estudio de CONACE (año 2005). Este mostró que hay una correlación entre la edad de inicio de relaciones sexuales y el porcentaje de consumo de sustancias químicas.

Por otro lado, otro factor importante de riesgo que determina conductas dañinas, y consecuencias deplorables es la impulsividad. El elemento de impulsividad es también importante entre las características psicológicas de las relaciones sexuales precoces. Según Florenzano (2005), entre los motivos más frecuentemente mencionados por los adolescentes para explicar su conducta riesgosa figura la convicción de que “eso no me va a pasar a mí”, lo inesperado del momento del coito y el temor a ser criticadas. Entre los factores familiares, la tensión familiar está estadísticamente asociada a mayor frecuencia de relaciones sexuales entre los adolescentes. Se evidencia que la sexualidad temprana, que se ejerce en un contexto personal de sujetos en pleno proceso de desarrollo, distanciados, muchas veces, de sus padres, carentes de la presencia de adultos significativos capaces de orientarlos ante el cúmulo de conflictos que enfrentan. Ante la soledad afectiva, los grupos de pares adquieren una enorme importancia como apoyos y guías.

2.3.6.5 EL OTRO RIESGO DE LAS RELACIONES SEXUALES A TEMPRANA EDAD: ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL (ETS).

Las enfermedades de transmisión sexual (ETS), constituyen un problema de salud pública. Más del 60,0% de las infecciones nuevas se producen en jóvenes menores de 24 años, y un tercio de éstas se desarrollan en adolescentes con vida sexual

activa. Las consecuencias son siempre nocivas y fatales: comprometen la fertilidad, la relación de pareja y el vínculo sexual, incluso hasta la vida, como es el caso de los virus VIH y HPV, agentes etiológicos del SIDA y del cáncer cérvicouterino, respectivamente.

Las ETS son una serie de infecciones provocadas por distintos agentes patógenos, transmitidas sexualmente, aunque también pueden adquirirse por otras vías de índole no sexual.

Entre los factores que inciden en la aparición de las ETS, los señalados como de alto riesgo: “el inicio precoz de la actividad sexual, más de una pareja simultánea y/o sucesiva en un período inferior a tres meses, se vinculan directamente al comportamiento sexual. Entre factores favorecedores de las ETS se destacan: ETS coexistentes, la presencia de síntomas en la pareja, el uso de alcohol y drogas y un estilo de vida promiscuo.

2.3.6.5.1 HERPES GENITAL

El herpes genital es causado por el virus herpes simples (HSV). El HSV pertenece a la familia del herpes virus humano que incluyen ocho tipos de virus, entre los que se distinguen el HSV1 Y EL HSV2, ambos agentes etiológicos del herpes genital. Dentro de los factores de riesgo se destacan: ser de sexo femenino, de raza negra, y pertenecer al estrato socioeconómico bajo. Todos los factores vinculados a la conducta sexual son factores de alto riesgo. Los de mayor importancia corresponden al inicio precoz de las relaciones sexuales, mayor número de parejas sexuales, promiscuidad, práctica del sexo urogenital.

2.3.6.5.2 VIRUS PAPILOMA HUMANO (VPH)

Produce una agresión en el tejido cervical y se manifiesta por una reacción que va desde la infección asintomática hasta su máxima expresión, el carcinoma. El VPH tiene la singularidad de infectar solo la piel y las mucosas; en el tracto ano genital

inferior del hombre y de la mujer. Se producen, luego de la infección, diversas modificaciones correlacionadas al tipo viral, como son las lesiones infecciosas con o sin displasias y el carcinoma de cuello uterino. Los factores de riesgo que se vinculan hacen alusión al comportamiento sexual; donde las múltiples parejas, el inicio temprano de las relaciones sexuales, otras enfermedades de transmisión sexual, raza, bajo nivel socioeconómico, tabaquismo, uso de anticonceptivos orales, e higiene deficitaria, son los factores más frecuentemente implicados.

2.3.6.5.3 HEPATITIS B

Esta enfermedad es producida por el virus de la hepatitis B (HBV) que es un Hepadnavirus de estructura compleja. 168 La vía de transmisión es primordialmente por vía parenteral, vertical y sexual.

2.3.7 INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL NO VIRALES PRODUCTORAS DE ÚLCERAS

2.3.7.1 SIFILIS

La sífilis es una enfermedad infectocontagiosa remediable en etapas tempranas. El agente causal es el *Treponema pallidum*. Esta enfermedad implica a ambos sexos, con una leve predominancia en el sexo masculino. Los grupos mayormente afectados son los de nivel socioeconómico bajo, aquellos que tienen un comportamiento sexual promiscuo, hábitos higiénicos deficitarios y son portadores de otras enfermedades de transmisión sexual. La vía sexual es la más frecuente. El contagio a través de la vía sexual se produce por contacto directo (sexo genito-genital, sexo genito-anal, sexo oral, manipulación genital y anal). Se transmite desde un individuo enfermo con una lesión activa, a otro sano con la piel o mucosa previamente lesionada. Se manifiesta a través de un chancro sifilítico, que es una erosión húmeda, de borde indurado y la base está recubierta de un exudado

transparente. Es asintomático excepto cuando se sobre infecta o se localiza en el meato uretral y en los dedos.

2.3.8 INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL PRODUCTORAS DE INFECCIONES EN EL TRACTO GENITAL SUPERIOR E INFERIOR.

El inicio de la actividad sexual en la adolescencia, favorece la infección genital del tracto genital superior. Los gérmenes de transmisión sexual 169 habitualmente involucrados son: *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis*, *Mycoplasma hominis* y *Ureaplasma urealyticum*. Con alta frecuencia estos patógenos dan origen a la enfermedad inflamatoria pélvica aguda (EIPA). El daño de esta entidad es muy importante y puede alterar la esfera sexual y reproductiva de ambos sexos. En la mujer las secuelas se declaran como dolor pélvico crónico, infertilidad y embarazo ectópico.

2.3.8.1 VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA VIH- SIDA

El VIH/SIDA, es amenaza cierta para quienes practican el sexo desprotegidos. En diversos países se realizan esfuerzos para que los jóvenes internalicen el riesgo del SIDA. Datos aportados por diferentes estudios en España proporcionados en prevención de ETS, señalan que entre el 20,0% y el 40,0% de jóvenes no utilizan el preservativo y cuando lo hacen es para prevenir el embarazo. Lo mismo se repite en otros países y también en Chile. Si en el pasado se consideraba que el riesgo de contraer SIDA era mayor en las relaciones homosexuales, los datos actuales muestran que la transmisión del SIDA por vía heterosexual se ha convertido en uno de los mecanismos más seguros de transmisión del virus.(OMS,2003b). Por las razones expuestas, se considera necesario un cambio conductual hacia la triple prevención: embarazos no deseados, SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual.

2.3.8.2 INFECCIÓN POR VIH/SIDA EN LA ADOLESCENCIA

La infección por VIH en el adolescente es aquella que ocurre después de los 13 años de edad. En un mundo en el que la población es joven, los adolescentes y los jóvenes son los más vulnerables a la infección por el VIH. Se estima que alrededor del 60% de las infecciones nuevas por VIH se producen en jóvenes entre los 15 y los 24 años. El principal factor de riesgo en la transmisión del VIH entre los jóvenes (al igual que en los adultos) es el sexo no protegido. Los adolescentes no conocen o no tienen conciencia de los riesgos unidos a la actividad sexual, como la infección por VIH y otras enfermedades que se transmiten por esta vía. La otra gran vía asociada a la infección en adolescentes está vinculada a la infección intravenosa. (Molina, Sandoval & González 2004.p.68) Los jóvenes son vulnerables a la transmisión sexual del VIH tan pronto como empiezan a tener relaciones sexuales (dependiendo de la prevalencia de la infección por el VIH existente en determinados país o región) sin protección. La infección con el virus del SIDA se puede producir mediante relaciones sexuales no protegidas por vía vaginal, anal u oral con una pareja infectada. (Molina 2004) “Las ETS que producen úlceras genitales (como el herpes genital, chancroide, sífilis) aumentan la cantidad de células en las secreciones genitales y además permiten un acceso directo del virus al torrente circulatorio, aumentando así la contagiosidad. Otras ETS, como la infección por clamidias, gonorrea, tricomoniasis, candidiasis, aumentan la cantidad de los fluidos genitales y su contenido de células, lo cual también puede aumentar la transmisibilidad del virus.” (Molina, 2004.p. 322). Por último, según el mismo autor, la ulceración de las mucosas, inflamación, exudación y el trauma en caso de violencia sexual o cuando las mucosas están secas, aumentan la eficiencia de la transmisión del virus. A veces, las personas que presentan algunas ETS, a menudo reportan conductas de alto riesgo, como por ejemplo múltiples contactos sexuales con múltiples parejas.

2.3.9 PREVENCIÓN Y USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS EN ADOLESCENTES

(OMS, 2014) Define: 3 niveles de prevención como objetivo de la Medicina del Trabajo: Prevención Primaria, Secundaria y Terciaria, que suponen técnicas y objetivos diferentes, al unir el criterio del conjunto salud-enfermedad, según sea el estado de salud del individuo, grupo o comunidad a las que están dirigidas.

A la hora de la prevención de cualquier enfermedad se habla de:

- La prevención primaria: evita la adquisición de la enfermedad (vacunación, eliminación y control de riesgos ambientales, educación sanitaria, etc.).
- La prevención secundaria: va encaminada a detectar la enfermedad en estadios precoces en los que el establecimiento de medidas adecuadas puede impedir su progresión.
- La prevención terciaria: comprende aquellas medidas dirigidas al tratamiento y a la rehabilitación de una enfermedad para ralentizar su progresión y, con ello la aparición o el agravamiento de complicaciones e invalidades e intentando mejorar la calidad de vida de los pacientes.

(SEPEAP, 2013) Describe: El embarazo continúa siendo el principal riesgo en la trayectoria vital de las jóvenes, a pesar de que son los adolescentes actuales los que más utilizan métodos anticonceptivos y de que se está incrementando el recurso a la interrupción voluntaria del embarazo en grupo de edad de 15-19 años.

2.3.9.1 PREVENCIÓN DE EMBARAZO

En la encuesta valenciana, la mayoría de los adolescentes entre 16 y 18 años consideran que tienen un nivel de información sobre anticoncepción suficiente. Sin embargo, el estudio cualitativo llevado a cabo por CIMOP en 2005, pone de manifiesto que la información sobre sexualidad, reproducción y anticoncepción no está integrada en la vida de los jóvenes ni en sus experiencias; suele ser superficial

y basada en conversaciones con sus iguales y en lo que leen en revistas y ven en televisión.

Según dicha encuesta, el método utilizado más frecuentemente en la primera relación coital es el preservativo. Con la edad, el uso del preservativo disminuye, incrementándose la utilización de métodos hormonales. Tanto los chicos como las chicas declaran los mismos motivos para no utilizar preservativos: pérdida de la intensidad del placer, la interrupción de la relación y el no tenerlo disponible. El coito interrumpido fue utilizado por algo más del 10%, aumentando su utilización con la edad; de forma que, un porcentaje estable de jóvenes cercano al 25% utiliza como método habitual el coito interrumpido.

En el IJE-2008, el 97,5% de los adolescentes entre 15 y 17 años habían utilizado preservativo en su última relación sexual, con un uso muy escaso del coito interrumpido. Las razones aducidas por quienes no utilizan preservativo en el grupo 15/17 años eran: no tenerlo a mano en determinadas situaciones de “urgencia” (29,4%), no quererlo la persona entrevistada (14,4%) o la persona con la que va a mantener relaciones (3,5%), creer que conoce lo suficiente a la otra persona (15%) y creer que no corre ningún peligro. La vergüenza también puede jugar un papel ya que, en la encuesta realizada en 2003 entre jóvenes en Sevilla, el 25% declaran tener ese sentimiento (10). Pero, tanto los datos del IJE-2008 como los de la encuesta INE-2002, indican que los actuales jóvenes son quienes en mayor medida han utilizado preservativos en su primera relación sexual y que son los jóvenes (18-29 años) los que toman más precauciones cuando tienen relaciones con parejas ocasionales. Pero persisten alrededor de un 11% de jóvenes que no han adoptado ninguna precaución en su última relación sexual, muchos de los cuales son de nacionalidad extranjera, por lo que es necesario elaborar políticas educativas y preventivas dirigidas a esta población inmigrante.

El IJE 2004 y 2008 encuentran un uso muy bajo de la píldora del día siguiente. También la Encuesta Nacional de Salud Sexual 2009. Sin embargo, según el Informe sobre la interrupción voluntaria del embarazo y los métodos anticonceptivos en jóvenes de 2007, es un método que se utiliza cada vez con más frecuencia, con

ventas en farmacia en el año 2005 de 500.000 unidades (11). Además, encuentra que el 63% de la píldora postcoital es utilizada por jóvenes con tasas de utilización entre los 15 y 24 años de 117,38 por mil.

2.3.9.2 PREVENCIÓN DE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS)

Las relaciones sexuales coitales sin protección exponen al riesgo de contraer ITS, entre las que se incluyen la infección por papiloma virus, algunos de cuyos serotipos son los agentes etiológicos del cáncer de cérvix, y la infección por VIH. Las adolescentes son más vulnerables que las chicas de más edad y las mujeres que los hombres al exponer una mayor superficie mucosa en las relaciones coitales.

Los jóvenes siguen considerando que el VIH/Sida no es su problema, quizás porque siguen relacionándolo con la drogadicción, la homosexualidad y la prostitución, sin que todavía haya calado en ellos la idea de que la principal vía de transmisión ha pasado a ser la relación heterosexual y el que a priori no hay ningún compañero sexual seguro a menos que nunca haya tenido relaciones sexuales y no mantenga ninguna conducta de riesgo. Contribuye a su no percepción de este riesgo, el que suelen elegir a sus parejas entre su grupo de amigos y conocidos, lo que les infunde una falsa seguridad. Por ello, aunque muchos adolescentes piensan en protegerse del embarazo, aún hoy, muy pocos consideran la necesidad de prevenir también las enfermedades de transmisión sexual. Así, el uso tan extendido del preservativo en España no se debe tanto al miedo al VIH/Sida y a otras ITS, sino al embarazo.

2.3.9.3 MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS EN LA ADOLESCENCIA. PRESERVATIVO

Es el método más utilizado entre los menores. Con la edad, su uso va siendo sustituido por otros métodos, fundamentalmente los hormonales. La hegemonía del preservativo a estas edades es un éxito de las políticas de prevención y resultado

también de la autonomía de su uso que no requiere del concurso de profesionales sanitarios. Pero, el IJE-2008 señala un inconveniente relacionado con esta casi exclusividad: el desconocimiento de los otros métodos, que deja a los adolescentes que rechazan el uso del preservativo sin posibles alternativas.

2.3.9.4 ANTICONCEPTIVOS HORMONALES COMBINADOS

Por su alta eficacia anticonceptiva, son una buena elección para adolescentes sanas que mantienen relaciones sexuales con suficiente frecuencia y no requieren protección frente a ITS. Son beneficiosos cuando existe sangrado menstrual irregular o excesivo, dismenorrea, acné o hirsutismo, problemas que aparecen con alguna frecuencia en la adolescencia. La anticoncepción hormonal combinada (AHC) asocia un estrógeno, el etinilestradiol, a un progestágeno, que varía según los diferentes preparados disponibles. Este tipo de anticoncepción puede indicarse desde la menarquia, ya que no interfiere con el proceso de maduración del eje hipotálamo-hipofisiario. Para evitar un efecto negativo sobre la masa ósea de las adolescentes, se recomienda utilizar una dosis de 30 microgramos de etinilestradiol. Disponemos de tres formulaciones: píldoras, anillo vaginal y parche transdérmico.

2.3.9.5 ANTICONCEPCIÓN HORMONAL CON SÓLO PROGESTÁGENOS (ASG)

Son una buena alternativa para adolescentes que no requieren protección frente a ITS y que presentan alguna contraindicación médica para el uso de AHC y, además, en el caso del implante y la inyección intramuscular cuando tienen dificultades para usar adecuadamente los otros métodos.

Los anticonceptivos que contienen sólo gestágenos son de elección para adolescentes con alguna contraindicación a los métodos combinados con estrógenos, y para aquellas que presentan algunos efectos adversos con la AHC, como: náuseas, retención de líquidos, cefalea, cambios de humor, depresión,

disminución de la libido o que están lactando. Disponemos de ASG en forma de píldora diaria, inyectables trimestrales e implantes.

Estos anticonceptivos se utilizan de forma continuada y, por tanto, no inducen una hemorragia de depravación similar al sangrado menstrual, como hacen los AHC. Los ASG producen, por el contrario, un patrón impredecible de sangrado: desde sangrado regular, sangrado frecuente, sangrado prolongado, sangrado infrecuente a amenorrea. Estas alteraciones del patrón menstrual, aunque directamente relacionadas con el efecto de los progestágenos sobre el endometrio, constituyen el motivo más frecuente de rechazo o abandono de estos métodos. Es por ello, muy importante advertir a la adolescente de estas alteraciones y explicar con claridad que no suponen ningún problema para la salud y que, incluso, la amenorrea puede constituir una ventaja si existía sangrado menstrual muy abundante o dismenorrea.

2.3.9.6 PÍLDORA CON SÓLO GESTÁGENO (POP)

Sólo disponemos de una píldora comercializada que contiene 75 mg de desogestrel (Cerazet, incluida en la prestación farmacéutica del SNS). Su metabolito activo es el etonogestrel.

No existen estudios que comparen su eficacia con la de la AHC, aunque se considera similar. Está especialmente indicada si existe alguna contraindicación para el uso de estrógenos: migraña con aura, historia de enfermedad tromboembólica, trombofilia genética, hepatitis aguda, cirugía con inmovilización, 21 primeros días postparto, lactancia a partir de las 6 semanas.

No es un método elegible si la adolescente presenta un tumor hepático, anticuerpos antifosfolípidicos, padece una enfermedad trombo embolica venosa, se encuentra en las primeras 6 semanas de lactancia o sigue tratamiento con inhibidores de la proteasa reforzados con ritonavir, carbamazepina, fenitoína, primidona, barbitúricos, topiramato y oxcarbazepina.

2.4 MARCO CONCEPTUAL

ABORTO

Consiste en la interrupción del embarazo y se puede producir tanto de forma espontánea como inducida. Sea cual sea el caso, el aborto concluye con la expulsión del feto a través del canal vaginal.

ABSTINENCIA

La abstinencia o continencia sexual es la práctica de abstenerse de algunos o todos los aspectos de la actividad sexual por razones médicas, psicológicas, legales, sociales, financieras, filosóficas, morales o religiosas.

ACOSO SEXUAL

El acoso sexual es la intimidación o acoso de naturaleza sexual o violación, promesas no deseadas o inapropiadas a cambio de favores sexuales.

ADOLESCENCIA

Período de la vida de la persona comprendido entre la aparición de la pubertad, que marca el final de la infancia, y el inicio de la edad adulta, momento en que se ha completado el desarrollo del organismo.

AMOR

Sentimiento de intensa atracción emocional y sexual hacia una persona con la que se desea compartir una vida en común.

BIENESTAR

Estado de la persona cuyas condiciones físicas y mentales le proporcionan un sentimiento de satisfacción y tranquilidad.

CARACTERES SEXUALES

Es la madurez sexual que se distingue entre los dos sexos de una especie, pero no son directamente parte del sistema reproductor, por lo que no incluyen los órganos

sexuales primarios. Los caracteres sexuales secundarios permiten distinguir a los diferentes sexos

CONDUCTA SEXUAL

Se refiere a todo tipo de práctica sexual que una persona puede realizar consigo misma, con otra persona, bien sea homosexual, heterosexual o bisexual, o incluso en grupo.

CURIOSIDAD

La curiosidad es cualquier comportamiento inquisitivo natural, evidente por la observación en muchas especies animales, y es el aspecto emocional en seres vivos que engendra la exploración, la investigación, y el aprendizaje.

DESARROLLO FISICO

Se refiere a los cambios corporales que experimenta el ser humano, especialmente en peso y altura, y en los que están implicados el desarrollo cerebral, como ya se ha indicado, el desarrollo óseo y muscular. **EDUCACIÓN**

Formación destinada a desarrollar la capacidad intelectual, moral y afectiva de las personas de acuerdo con la cultura y las normas de convivencia de la sociedad a la que pertenecen.

EDUCACION SEXUAL

Hace referencia al conjunto de actividades relacionadas con la enseñanza, la difusión y la divulgación acerca de la sexualidad humana en todas las edades del desarrollo, el aparato reproductor femenino y masculino, la orientación sexual, las relaciones sexuales, la planificación familiar y el uso de anticonceptivos, el sexo seguro, la reproducción y, más específicamente, la reproducción humana, los derechos sexuales y los derechos reproductivos, los estudios de género y otros aspectos de la sexualidad humana, con el objetivo de alcanzar un estado específico de salud sexual y reproductiva.

EMBARAZO

Es el periodo que ocurre mediante la implantación del cigoto en el útero, hasta el momento del parto, en cuanto a los siguientes cambios fisiológicos metabólicos e incluso morfológicos que se producen en la mujer encaminados a proteger, nutrir y permitir el desarrollo del feto, con la interrupción de los ciclos menstruales, o el aumento de las mamas para preparar la lactancia.

ENFERMEDAD

Alteración leve o grave del funcionamiento normal de un organismo o de alguna de sus partes debida a una causa interna o externa.

ENFERMEDADES DE TRANSMICION SEXUAL

Son infecciones que transmiten de una persona a otra a través del contacto sexual. Las causas de las ETS son las bacterias, parásitos y virus.

FACTOR DE RIESGO

En epidemiología un factor de riesgo es toda circunstancia o situación que aumenta las probabilidades de una persona de contraer una enfermedad o cualquier otro problema de salud.

FAMILIA

Conjunto de ascendientes, descendientes y demás personas relacionadas entre sí por parentesco de sangre o legal.

IDENTIDAD

Conjunto de rasgos o características de una persona o cosa que permiten distinguirla de otras en un conjunto.

MATRIMONIO

El matrimonio es una institución social, presente en gran cantidad de culturas, que establece un vínculo conyugal entre personas naturales, reconocido y consolidado

por medio de prácticas comunitarias y normas legal, consuetudinaria, religiosa o moral.

METODO ANTICONCEPTIVO

Se entiende por métodos anticonceptivos, contracepción o anticoncepción a las distintas maneras que existen de prevenir un embarazo. Algunos de ellos incluso sirven para prevenir enfermedades venéreas o ETS.

ORIENTACION SEXUAL

La orientación sexual es la atracción afectiva, romántica sexual y psicológica que la persona siente de modo sostenido en el tiempo.

PREVENCION

Medida o disposición que se toma de manera anticipada para evitar que suceda una cosa considerada negativa.

PROMOCION

Acción de promocionar a una persona, un producto, un servicio, etc.

PLANIFICACION FAMILIAR

Se refiere habitualmente al conjunto de prácticas que al ser utilizadas por una persona con capacidad gestante orientadas básicamente al control de la reproducción mediante el uso de métodos anticonceptivos en la práctica de acto sexual.

PUBERTAD

Período de la vida de la persona en el que se desarrollan los caracteres sexuales secundarios y se alcanza la capacidad de reproducción; constituye la primera fase de la adolescencia y el paso de la infancia a la edad adulta.

REBELDIA

La rebeldía es un tipo de comportamiento humano, caracterizado por la resistencia o el desafío a la autoridad, la desobediencia de una orden o el incumplimiento de una obligación sea o no justa la causa. Por lo cual, la rebeldía puede ser positiva o negativa dependiendo del propósito.

SALUD SEXUAL

La salud sexual es definida por la Organización Mundial de la Salud como "un estado de bienestar físico, emocional, mental y social relacionado con la sexualidad; la cual no es la ausencia de enfermedad, disfunción o incapacidad.

SALUD REPRODUCTIVA

Según la OMS, la salud reproductiva es «un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo, sus funciones y procesos.

SEXUALIDAD

Conjunto de actividades y comportamientos relacionados con el placer sexual.

SEXO

En biología, el sexo es el conjunto de las peculiaridades que caracterizan los individuos de una especie dividiéndolos en masculinos y femeninos, y hacen posible una reproducción que se caracteriza por una diversificación genética

VALORES

Los valores son aquellos principios, virtudes o cualidades que caracterizan a una persona, una acción o un objeto que se consideran típicamente positivos o de gran importancia por un grupo social

VIOLENCIA INTRAFAMILIAR

Se define como un conjunto de actos que atentan contra la integridad física, psicológica, social y/o económica de algún miembro de la familia. Normalmente, las víctimas de la violencia intrafamiliar suelen ser los niños y las mujeres.

VULNERABILIDAD

La vulnerabilidad es la incapacidad de resistencia cuando se presenta un fenómeno amenazante, o la incapacidad para reponerse después de que ha ocurrido un desastre.

VIH- SIDA

El VIH es una infección que lleva al SIDA. VIH significa virus de inmunodeficiencia humana. Es un virus que destruye determinadas células del sistema inmunitario (la defensa del cuerpo contra las enfermedades que nos ayuda a mantenernos sanos).

VIRGINIDAD

Estado de la persona que es virgen, que no ha tenido nunca relaciones sexuales.

CAPÍTULO III

3 DISEÑO METODOLÓGICO

(Cortés & Iglesias, 2004) Afirman:

La Metodología es la ciencia que nos enseña a dirigir determinado proceso de manera eficiente y eficaz para alcanzar los resultados deseados y tiene como objetivo darnos la estrategia a seguir en el proceso.

La Metodología de la investigación o metodología de la investigación científica es aquella ciencia que provee al investigador de una serie de conceptos, principios y

leyes que le permiten encauzar de un modo eficiente y tendiente a la excelencia el proceso de la investigación científica.

El objeto de estudio de la metodología de la investigación se puede definir como el proceso de investigación científica, el cual está conformado por toda una serie de pasos lógicamente estructurados y relacionados entre sí.

Este estudio se hace sobre la base de un conjunto de características y de sus relaciones y leyes.

La investigación científica surge de la necesidad del hombre de dar solución a los problemas más acuciantes de la vida cotidiana, de conocer la naturaleza que lo rodea y transformarla en función de satisfacer sus intereses y necesidades.

El carácter de la investigación científica es creativo e innovador aplicando lo último del conocimiento científico. (p. 8)

3.1 FORMAS DE INVESTIGACIÓN

La investigación "Educación Sexual para la Prevención de Riesgos en Adolescentes de 12-18 años" es una investigación aplicada debido a que el estudio se llevara a campo por medio de trípticos, encuestas, y observaciones para comprobar los objetivos y la hipótesis planteada.

3.1.1 INVESTIGACIÓN PURA

(Cazau, 2006 cita a Rubio y Varas, 1997) quienes sostienen:

Tiene como finalidad primordial avanzar en el conocimiento de los fenómenos sociales, elaborar, desarrollar o ratificar teorías explicativas, dejando en un segundo plano la aplicación concreta de sus hallazgos. Se llama básica porque sirve de fundamento para cualquier otro tipo de investigación. (p.18)

3.1.2 INVESTIGACIÓN APLICADA

(Rivero, 2008) Menciona:

Este tipo de investigación también recibe el nombre de práctica, activa, dinámica. Se caracteriza porque busca la aplicación o utilización de los conocimientos que se adquieren.

La investigación aplicada se encuentra estrechamente vinculada con la investigación básica, pues depende de los resultados y avances de esta última; esto queda aclarado si nos percatamos de que toda investigación aplicada requiere de un marco teórico.

Busca confrontar la teoría con la realidad. Es el estudio y aplicación de la investigación a problemas concretos, en circunstancias y características concretas. Esta forma de investigación se dirige a su aplicación inmediata y no al desarrollo de teorías. (p. 20)

3.2 TIPOS DE ESTUDIO

La investigación “Educación Sexual para la Prevención de Riesgos en Adolescentes de 12-18 años. Es correlacional porque relaciona dos variables o dos categorías o conceptos una causa y una consecuencia; puesto que se relacionan dos variables: la educación sexual está relacionada con la prevención de riesgos en adolescentes, es descriptivo, porque se especificarán los riesgos determinantes en los adolescentes de 12-18 años, las enfermedades que aquejan a los adolescentes, el apoyo familiar entre otros aspectos relevantes.

3.2.1 ESTUDIO CORRELACIONAL

(Cortés & Iglesias, 2004) Afirman:

Los estudios correlacionales tienen como propósito evaluar la relación que existe entre dos o más conceptos, categorías o variables. (p.21).

3.2.2 ESTUDIO DESCRIPTIVO

(Cortés & Iglesias, 2004) Afirman que:

Los estudios descriptivos buscan especificar las propiedades, las características y los perfiles importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis. Describen situaciones, eventos o hechos, recolectando datos sobre una serie de cuestiones y se efectúan mediciones sobre ellas, buscan especificar propiedades, características y rasgos importantes de cualquier fenómeno que se analice. Estos estudios presentan correlaciones muy incipientes o poco elaboradas. (pp.20 y 21).

3.2.3 ESTUDIO EXPLICATIVO

(Cortés & Iglesias, 2004) Mencionan que:

Los estudios explicativos van más allá de la descripción de conceptos o fenómenos o del establecimiento de relaciones entre conceptos, están dirigidos a responder a las causas de los eventos, sucesos y fenómenos físicos o sociales. Las investigaciones explicativas son más estructuradas que las demás clases de estudios e implican los propósitos de ellas. (p. 21).

3.2.4 ESTUDIO EXPLORATORIO

(Jiménez, 1998) Sostiene:

En los estudios se abordan campos poco conocidos donde el problema, que solo se vislumbra, necesita ser aclarado y delimitado. Esto último constituye precisamente el objetivo de una investigación de tipo exploratorio. (p.21)

3.3 TIPOS DE INVESTIGACIÓN

La investigación “Educación Sexual para la Prevención de Riesgos en Adolescentes de 12-18 en la colonia El Pacayal, Municipio de Amatenango de la Frontera, Chiapas” es de tipo documental y de campo; es documental debido a la información que obtuvimos para la investigación fue extraída de PDF, libros digitales, artículos de revista, informes, instituciones, sitio web y secciones de libros importantes para la recopilación de información importante.

También es de campo porque planteamos una hipótesis en la cual hablamos de los principales problemas que conllevan a los adolescentes a la falta de educación sexual y sus consecuencias.

3.3.1 INVESTIGACIÓN DOCUMENTAL

(UNAM, 2018) Menciona:

Esta modalidad está orientada a resolver una situación o problema y obtener conocimientos mediante la recopilación, análisis e interpretación de información obtenida exclusivamente de fuentes documentales. No incluye intervención, ni reporte e interpretación de datos empíricos obtenidos por los autores del trabajo en cuestión (por ejemplo, respuestas a encuesta o mediciones experimentales). En la parte correspondiente al desarrollo y análisis de resultados deberá incluirse una síntesis de la información recopilada sobre el tema investigado, expresar claramente el argumento central que postula la investigación, además de establecer las relaciones entre los materiales consultados, destacando los puntos donde haya coincidencia o divergencia entre los autores. Las citas textuales deben escribirse entre comillas y es necesario precisar la referencia de la fuente consultada. (P.1)

3.3.2 INVESTIGACION DE CAMPO

(UNAM, 2018) Menciona:

Se lleva a cabo con la finalidad de dar respuesta a algún problema planteado previamente, extrayendo datos e informaciones a través del uso de técnicas específicas de recolección, como entrevistas, encuestas o cuestionarios. En la parte correspondiente al desarrollo se incluirá el diseño, consistente en someter el objeto de estudio a un proceso o procesos, es decir, con qué y cómo se llevó a cabo la investigación, con el fin de recoger de forma exacta los efectos que cada proceso o variable ha surtido sobre el objeto de estudio. (P.1)

3.4 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

Nuestra investigación “Educación Sexual para la Prevención de Riesgos en Adolescentes de 12-18 años en la colonia del Pacayal Frontera, Municipio de Amatenango de la Frontera, Chiapas.” Es de tipo no experimental de corte transversal porque solo se observará y encuestará a los adolescentes, en una sola ocasión para luego analizar los resultados obtenidos.

3.4.1 INVESTIGACION EXPERIMENTAL

(Hernandez, 2006) Afirma:

En los experimentos se diseñan pruebas en las cuales se inducen cambios es decir se manipulan las variables que intervienen en un proceso o sistema deliberadamente (supuestas causas), de manera que sea posible observar, identificar y analizar las causas en la respuesta obtenida. En un experimento, el investigador construye deliberadamente una situación a la que son expuestos varios individuos. Esta situación consiste en recibir un tratamiento, condición o estímulo bajo determinadas circunstancias, para después analizar los efectos de la exposición o aplicación de dicho tratamiento o condición. Por decirlo de alguna manera, en un experimento se ‘construye’ una realidad. (p.2)

3.4.2 INVESTIGACION NO EXPERIMENTAL

(Cortés & Iglesias, 2004) Argumenta:

Que la investigación no experimental es la que no manipula deliberadamente las variables a estudiar. Lo que hace este tipo de investigación es observar fenómenos tal y como se dan en su contexto actual, para después analizarlo.

En un estudio no experimental no se construye ninguna situación, sino que se observan situaciones ya existentes.

Existen diferentes criterios para clasificar la investigación no experimental, adoptaremos la dimensión temporal, es decir de acuerdo con el número de momentos o puntos en el tiempo en los cuáles se recolectan los datos.

3.4.2.1 INVESTIGACIÓN TRANSVERSAL

(Cortés & Iglesias, 2004) Mencionan:

Recolectan los datos en un solo momento, en un tiempo único. Su propósito es describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado. Este tipo de investigación es como una fotografía en un momento dado del problema que se está estudiando y puede ser: descriptiva o de correlación, según el problema en estudio.

3.4.2.2 INVESTIGACIÓN LONGITUDINAL

(Cortés & Iglesias, 2004) Afirma:

En este tipo de estudios se obtienen datos de la misma población en diferentes momentos. Aquí se comparan los datos obtenidos en las diferentes oportunidades a la misma población o muestra y se pueden analizar los cambios a través del tiempo.

3.5 ENFOQUES

El tema de investigación es de enfoque mixto porque se relacionó el enfoque cualitativo y cuantitativo; es cualitativo porque describiremos factores que influyen en la educación sexual de los adolescentes de 12 a 18 años de edad; es cuantitativo porque mediremos el nivel de conocimientos que poseen los adolescentes acerca de la educación sexual y así mismo prevenir los riesgos. Posteriormente se realizará encuestas para luego analizarlas estadísticamente y comprobar hipótesis.

3.5.1 ENFOQUE CUALITATIVO

(Cortés & Iglesias, (2004)) Mencionan:

Es una vía de investigar sin mediciones numéricas, tomando encuestas, entrevistas, descripciones, puntos de vista de los investigadores, reconstrucciones de los hechos, no tomando en general la prueba de hipótesis como algo necesario. Se llaman holísticos porque a su modo de ver las cosas las aprecian en su totalidad, como un todo, sin reducirlos a sus partes integrantes. Con herramientas cualitativas intentan afinar las preguntas de investigación (p.10)

3.5.2 ENFONQUE CUANTITATIVO

(León, 2004) Señala:

Proceso de investigación a las mediciones numéricas, utiliza la observación del proceso en forma de recolección de datos y los analiza para llegar a responder sus preguntas de investigación. Utiliza la recolección, la medición de parámetros, la obtención de frecuencias y estadígrafos de la población que investiga para llegar a probar las Hipótesis establecidas previamente. En este enfoque se utiliza necesariamente el Análisis Estadístico, se tiene la idea de investigación, las preguntas de investigación, se formulan los objetivos, se derivan las hipótesis, se eligen las variables del proceso y mediante un proceso de cálculo se contrastan las

hipótesis. Este enfoque es más bien utilizado en procesos que por su naturaleza puedan ser medibles o cuantificables (p.10).

3.5.3 ENFOQUE MIXTO

(Cortés & Iglesias, 2004) Afirman:

En un enfoque mixto el investigador utiliza las técnicas de cada uno por separado, se hacen observaciones, entrevistas, se realizan encuestas para saber las opiniones de cada cual sobre el tema en cuestión, se trazan lineamientos sobre las políticas a seguir según las personas que intervengan, además esas encuestas pueden ser valoradas en escalas medibles y se hacen valoraciones numéricas de las mismas, se obtienen rangos de valores de las respuestas, se observan las tendencias obtenidas, las frecuencias, se hacen histogramas, se formulan hipótesis que se corroboran posteriormente. (p.11)

3.6 UNIVERSO O POBLACIÓN

El universo de la investigación es el 3er grado grupo B de la escuela Telesecundaria (NOMBRE) que cuenta con 30 alumnos de la colonia Pacayal de la Frontera.

(Cazau, 2006) Menciona:

Es un procedimiento para extraer una muestra de una población, mientras que una muestra es una parte de la población que está disponible, o que se selecciona expresamente para el estudio de la población. (p. 86)

3.6.1 DELIMITACIÓN ESPACIAL

La siguiente investigación se llevará a cabo en la colonia Pacayal municipio de Amatenango de la Frontera, Chiapas, se decidió estudiar dicha investigación en ese lugar, debido a que una tesista es originaria de la misma localidad, por eso mismo

nos dirigimos allí, por lo tanto, nos fue más accesible y nos queda más cercano, también cuenta con transporte transitable y su población suele ser amable.

PACAYAL MUNICIPIO DE AMATENANGO DE LA FRONTERA, CHIAPAS.

La localidad de Pacayal, está situado en el Municipio de Amatenango de la Frontera (en el Estado de Chiapas). Hay 3045 habitantes. Pacayal se localiza en la zona sur del estado de Chiapas, integra la Región VII. La Sierra y limita al norte con el municipio de Frontera Comalapa, al oeste con el municipio de Bella Vista, al suroeste con el municipio de Bejucal de Ocampo y con el municipio de La Grandeza y al sur con el municipio de Mazapa de Madero, al este limita con la República de Guatemala, en particular con el Departamento de Huehuetenango.

Tiene una extensión territorial total de 171,4 kilómetros cuadrados que representan el 0,22% de la superficie total de Chiapas.

En la colonia Pacayal encontramos a la población adolescente en riesgo de inicio de las actividades sexuales a temprana edad, incluyendo enfermedades de transmisión sexual y embarazos precoces; y fue por ello que quisimos investigar acerca del tema para informarnos y dar a conocer a la población que es de vital importancia estar informados y como promotores de la salud nuestro deber es enseñar, promocionar y prevenir enfermedades de este tipo y fomentar la educación sexual sin tabúes.

3.7 MUESTRA

La muestra de la investigación son 10 adolescentes que se encuentran en el rango de edad de 12 a 18 años de edad.

(Porras, s/f) Señala:

Una muestra es cualquier conjunto de n unidades tomadas a partir de una población, tiene que ser representativa y sus características deben reflejar las de la población.

Por otra parte, la población se debe definir en términos de a) unidades, b) elementos, c) áreas y d) periodos de tiempo.

La elección de muestras requiere definir la región de interés: colonias, distritos electorales o calles, tarea que se dificulta en el caso de contar con poblaciones móviles. También implica especificar las unidades de muestreo, ciudades, calles u hogares, así como elegir el tamaño y la forma de los sitios muestreados que van a constituir el soporte de la muestra. (p.4)

3.7.1 TIPOS DE MUESTREO

Nuestra investigación es de tipo no probabilístico porque solo se eligió a adolescentes que se encuentran en el rango de edad de 12 a 18 años de edad y es un muestreo accidental o bola de nieve porque se harán las encuestas con las personas que estén disponibles en ese momento.

3.7.1.1 PROBABILISTICO

(Salvadó, s/f) Señala:

Es requisito que todos y c/u de los elementos de la población tengan la misma probabilidad de ser seleccionados (azar). (p.4).

3.7.1.1.1 ALEATORIO SIMPLE

(Velázquez, s/f) Afirma:

Cada elemento de la población tiene una oportunidad igual e independiente de ser seleccionado, para lo cual se le asigna un número. La muestra se determina con tablas de números aleatorios. (p. 5)

3.7.1.1.2 ESTRATIFICADO

(Cortés & Iglesias, 2004) Sostienen:

La muestra aleatoria estratificada es la obtenida mediante la separación de los elementos de la población en grupos que no presentan traslapes, llamados estratos, y la selección posterior de una muestra aleatoria simple.

3.7.1.1.3 SISTEMÁTICO

(Velázquez, s/f) Afirma:

Se selecciona una muestra tomando cada k -ésima unidad de la población, una vez que las unidades de muestreo están numeradas o arregladas de alguna forma. La letra k es la razón de muestreo, esto es, la razón del tamaño de la población correspondiente al tamaño de la muestra. (p. 5)

3.7.1.1.4 POR CONGLOMERADO

(Cortés & Iglesias, 2004) Mencionan:

Los conglomerados son subconjuntos de la población que tienen la propiedad de ser internamente heterogéneos y entre ellos lo más homogéneos posibles.

Una muestra por conglomerado es una muestra aleatoria en la cual cada unidad de muestras es una colección o conglomerado de elementos. (p. 96)

3.7.1.2 NO PROBABILISTICO

(Salvadó, s/f) Afirma:

No se conoce la probabilidad que tienen los diferentes elementos de la población de estudio de ser seleccionados. (p.17)

3.7.1.2.1 MUESTREO POR CONVENIENCIA

(Salvadó, s/f) Afirma:

Es la muestra que está disponible en el tiempo o periodo de investigación. (p.18)

3.7.1.2.2 MUESTREO POR CUOTAS

(Salvadó, s/f) Afirma:

Todos los elementos conocidos de la población tienen que aparecer en la muestra. Se debe asegurar que estos aparezcan en la misma proporción que en la población. El investigador entrevista a todas las personas de cada categoría que pueda encontrar hasta que haya llenado la cuota. (p. 19)

3.7.1.2.3 ACCIDENTAL O BOLA DE NIEVE

(Salvadó, s/f) Afirma:

Se aprovecha o utiliza personas disponibles en un momento dado que se corresponda con el propósito del estudio.

De los tres tipos de muestreo no probabilístico resulta el más deficiente. (p.20)

3.8 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Nuestra investigación “Educación Sexual para la Prevención de Riesgos en Adolescentes de 12-18 años” se basará en técnicas de Observación y encuesta, para obtener los mejores resultados de acuerdo a cada uno de los encuestados.

3.8.1 TÉCNICAS

(ITSON, 2006) Menciona:

En la actualidad, en investigación científica hay una variedad de técnicas o instrumentos para la recolección de información en el trabajo de campo de una determinada investigación. De acuerdo con el método y el tipo de investigación a realizar, se utiliza unas u otras técnicas. (P.3)

3.8.1.1 OBSERVACIÓN

(ITSON, 2006) Sostiene:

La observación directa cada día cobra mayor credibilidad y su uso tiene a generalizarse, debido a obtener información directa y confiable, siempre y cuando se haga de mediante un procedimiento sistematizada y muy controlado, para lo cual hoy están utilizándose medios audiovisuales muy completo, especialmente en estudios de comportamiento de la persona en su sitio de trabajo. (P.6).

3.8.1.2 ENCUESTA

(Salomón, 2008) Afirma:

A diferencia de un censo, donde todos los miembros de la población son estudiados, las encuestas recogen información de una porción de la población de interés, dependiendo el tamaño de la muestra en el propósito del estudio.

La información es recogida usando procedimientos estandarizados de manera que a cada individuo se le hacen las mismas preguntas en más o menos la misma manera. La intención de la encuesta no es describir los individuos particulares quienes, por azar, son parte de la muestra, sino obtener un perfil compuesto de la población. (P.62)

3.8.2 INSTRUMENTOS

(Hernandez, cita a Brown, Ashcroft y Miller, (1998) 2006) sostienen:

Con la finalidad de recolectar datos disponemos de una gran variedad de instrumentos o técnicas, tanto cuantitativas como cualitativas, es por ella que en un mismo estudio podemos utilizar ambos tipos. Incluso, hay instrumentos como la prueba de propósito vital (que evalúa el propósito de vida de una persona) de Crumbaugh y Maholick que, en la misma prueba, tienen una parte cuantitativa y una cualitativa. (p.274)

3.8.2.1 CUESTIONARIO

Nuestra investigación “Educación Sexual para la Prevención de Riesgos en Adolescentes de 12-18 años” se realizará con un cuestionario que beneficie a nuestra investigación.

Tamayo (1999) afirma que:

“Es un instrumento de recolección de datos formado por una serie de preguntas que se contestan por escrito a fin de obtener la información necesaria para la realización de una investigación” (p.131)

El cuestionario de la investigación consta de apartados como datos personales, pasa tiempos, y conocimiento de que tanto saben o conocen los riesgos y los métodos de anticoncepción, ya que esto nos ayudara a cumplir con los objetivos planteados.

CUESTIONARIO

A través de esta encuesta (anónima) pretendemos como estudiantes de la Lic. En Trabajo Social y Gestión Comunitaria de 9º Cuatrimestre, de la Universidad del Sureste (UDS) Campus La Frontera:

Caracterizar la vida sexual o el conocimiento sobre la misma, de los encuestados para re planificar nuestra propuesta educativa respecto la educación sexual, en nuestro proyecto de tesis: Educación Sexual para la Prevención de Riesgos en Adolescentes de 12-18 años.

Se les pide a los encuestados contestar con sinceridad ya que para el éxito de nuestro trabajo necesitamos resultados reales.

Gracias por su colaboración.

DATOS PERSONALES DEL ENCUESTADO

OCUPACION	
LUGAR DE RESIDENCIA	
EDAD	
PASA TIEMPO FAVORITO	

INDICACIONES: *para el llenado de la siguiente encuesta encierra con un ovalo o subrayando la respuesta de su elección, en preguntas con respuestas de múltiples opciones pueden ser marcadas más de una opción.*

1._ ¿Qué tanto crees que sabes, sobre las infecciones de transmisión sexual y el VIH-SIDA?

- a). Mucho
- b) Más o menos
- c) Poco
- d) Nada

2._ ¿De quién recibes o escuchas información oportuna sobre las Enfermedades de Trasmisión Sexual?

- a) Amigos
- b) Escuela
- c) Padres
- d) Radio o Televisoras
- e) Servicios de salud
- f) Otro_____

3._ ¿Las Enfermedades de Transmisión Sexual más comunes son?

- A) Sida y Sífilis
- B) Cáncer y Tumores
- C) Gonorrea y Herpes
- D) Gripe y úlceras
- E) No conozco ninguna.

4._ ¿Cuál es la reacción que toman tus padres cuando les preguntas algo sobre sexualidad?

- a) Responden abiertamente
- b) Desvían la conversación
- c) Te niegan la respuesta
- d) No les pregunto

5._ ¿Cuándo tienes alguna duda sobre sexualidad a quien recurres para que te explique?

- a) Padres
- b) Amigos
- c) Nadie
- d) Maestro

6._ ¿Cuál consideras es el principal obstáculo a la apertura cuando se aborda el tema de sexualidad?

- a) Pena
- b) Miedo
- c) Prejuicios y tabúes
- d) Desinformación
- e) Todas

7._ ¿La marcha atrás o coito interrumpido es un método muy eficaz para evitar el embarazo?

- a) Totalmente de acuerdo
- b) De acuerdo
- c) En desacuerdo
- d) No conoce del tema.

8._ ¿Qué métodos anticonceptivos conoces y cuál de ellos consideras es el de mayor eficacia según la OMS (Organización Mundial de la Salud)?? Escribe tu respuesta:

9._ ¿Crees que es correcto iniciar una vida sexual activa a temprana edad?, Si tu respuesta es SI o Es normal ¿Por qué?

10._ ¿Conoces sobre los riesgos del uso excesivo de los métodos anticonceptivos de emergencia?

- a) Si

b) No

11._ ¿En tus encuentros sexuales utilizas métodos de anticoncepción?

- a) Si
- b) No
- c) A veces
- d) Desconoce

12._ ¿A qué edad consideras es oportuno iniciar una vida sexual activa?

- a) 12-15 años
- b) 16- 20 años
- c) 21 años en adelante

¡GRACIAS POR TU APOYO !

CAPITULO IV

4 RESULTADOS

4.1 RESULTADOS DE LA IMPLEMENTACION DEL MARCO METODOLOGICO

El día miércoles 10 y jueves 11 de junio del año en curso realizamos la aplicación de las encuestas lo cual se realizaron a adolescentes de 12-18 años de edad, de acuerdo a la muestra establecida que fue de 10 personas, cinco de ellas las visitamos a su domicilio y las otras cinco las realizamos por medio de la aplicación de WhatsApp debido a la situación que estamos viviendo en estos días de contingencia, se nos complicó realizarla personalmente. Lo cual se realizó en un promedio de una hora cada día, por parte de los tesistas profesionistas de trabajo social y gestión comunitaria del 9° cuatrimestre, grupo “B” del campus la frontera.

Cabe mencionar que en este proceso de investigación se llevó a cabo de manera satisfactoria pues se obtuvieron los resultados de participación deseada.

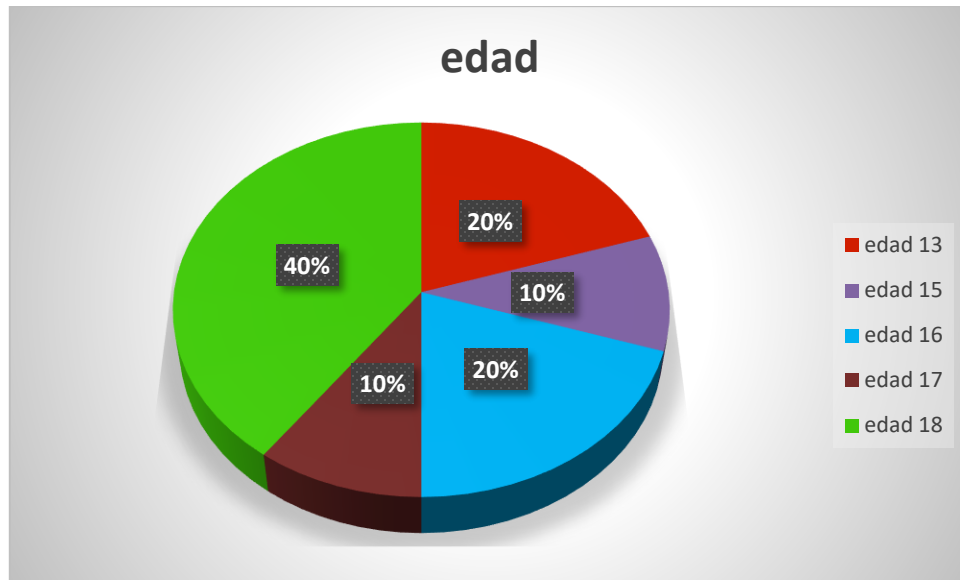
En las páginas siguientes se darán a conocer los resultados de investigación por medio de tablas y graficas en la que observaremos con una mayor claridad los resultados de nuestra investigación así mismo nos permitirá visualizar la información para conocer la situación que prevalece respecto al fenómeno de educación sexual en adolescentes que esto nos da una pauta para la construcción de recomendaciones y propuestas

4.2 PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN

TABLA 1.- DATOS PERSONALES

VARIABLE	DETALLE	REFERENCIA	%	
EDAD		13	2	20%
		15	1	10%
		16	2	20%
		17	1	10%
		18	4	40%
	TOTAL		10	100%
SEXO	MASCULINO		4	40%
	FEMENINO		6	60%
	TOTAL			100%
OCUPACION	ESTUDIANTES		10	100%
	TOTAL		10	100%
PASATIEMPO	ESCUCHAR MUSICA		1	10%
	LEER		1	10%
	JUGAR		3	30%
	INVESTIGAR		1	10%
	PINTAR		1	10%
	VER TV		3	30%
	TOTAL		10	100%

GRAFICA 1



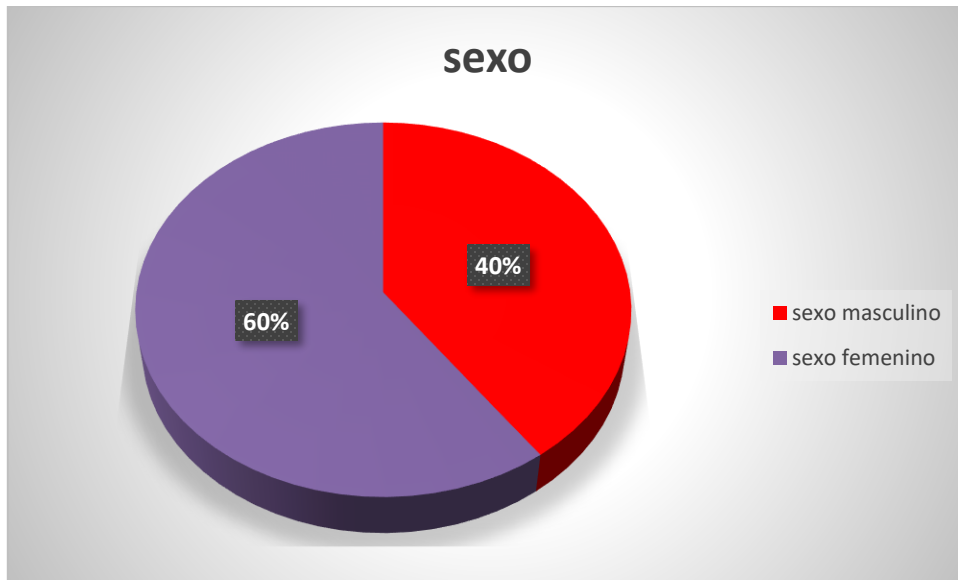
Análisis:

Esta gráfica nos muestra que la población encuestada se encuentra en su mayor totalidad en el rango de edad de 18 años en un 40 % mientras que el 20% de la población se encuentran entre 13 y 16 años, mientras que el otro 10 % de la población se encuentran entre los 15 y 17 años.

Interpretación:

La información arrojada en esta gráfica nos permite tener una idea general de la población que fue encuestada con el tema de educación sexual y saber los conocimientos que se tiene acerca de la sexualidad.

GRAFICA 2



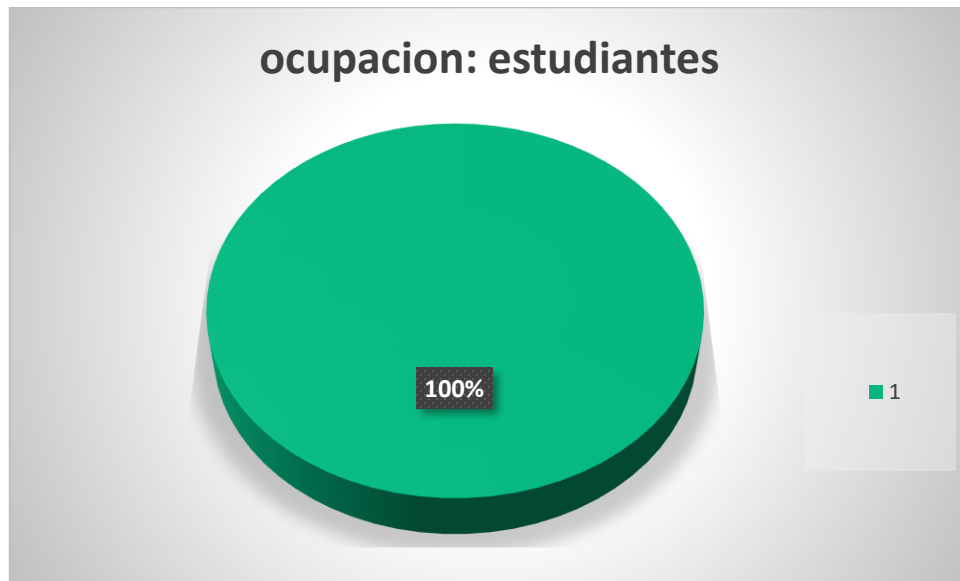
Análisis:

La gráfica nos muestra que la población encuestada en su mayoría fue del sexo femenino, en un 60%, y el 40% restante correspondió a la población masculina.

Interpretación:

Esta gráfica nos permite observar que las opiniones obtenidas en su mayoría fueron emitidas por mujeres, lo que nos da una ligera tendencia masculina sobre la opinión del tema.

GRAFICA 3



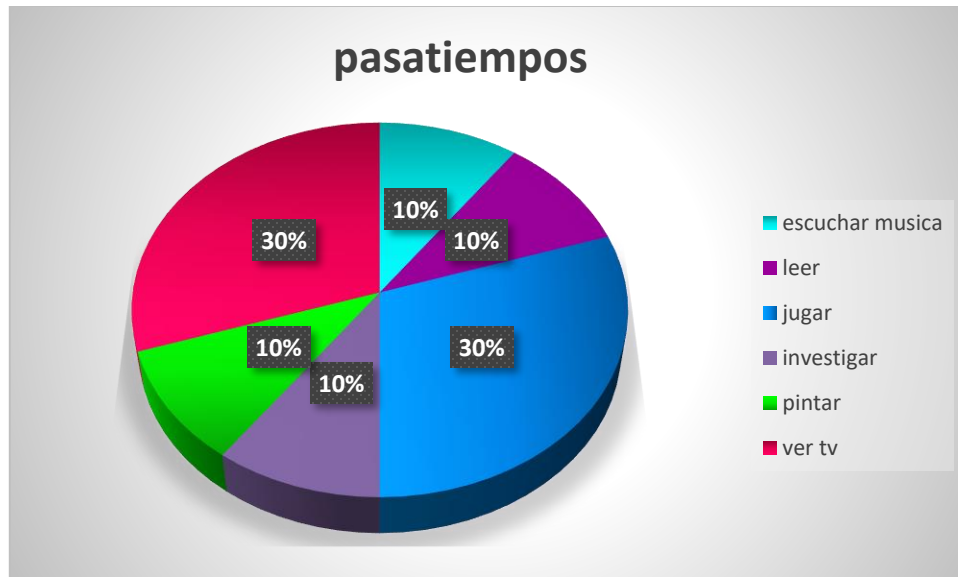
Análisis:

La gráfica nos muestra que el 100% de la población encuestada cuenta con algún grado escolar; de los cuales un 57% tiene un nivel Preparatoria y un 43% secundaria.

Interpretación:

Esta gráfica nos revela de manera importante que la población encuestada está alfabetizada, por lo que sus opiniones no solo provienen de una educación informal o no formal, sino también escolarizada.

GRÁFICA: 4



Análisis:

De acuerdo a esta grafica nos encontramos cuales son los pasatiempos que cada uno de los encuestados, en la que el 30 % es jugar y el otro 30 % fue ver televisión, mientras que el 40 % se divide en escuchar música, leer, investigar y pintar.

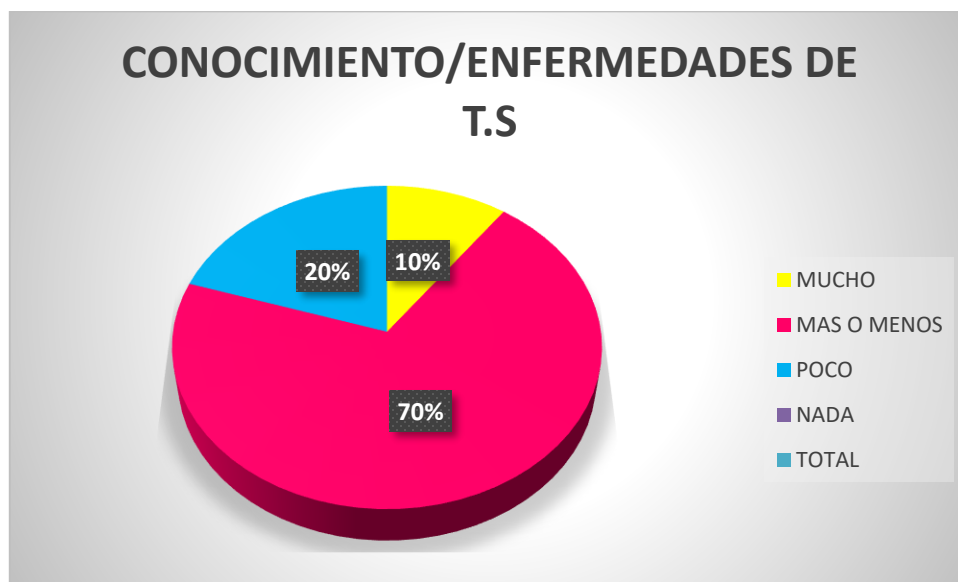
Interpretación:

En la gráfica nos indica los pasatiempos de los encuestados y basarnos en los conocimientos que poseen acerca del tema.

GRAFICA II DATOS GENERALES

VARIABLE	DETALLE	FRECUENCIA	%
CONOCIMIENTO/ ENFERMEDADES DE T.S	MUCHO	1	10%
	MAS O MENOS	7	70%
	POCO	2	20%
	NADA	0	0%
	TOTAL	10	100%
INFORMACION / ENFERMEDADES DE T.S.	AMIGOS	0	0%
	ESCUELA	5	50%
	PADRES	3	30%
	RADIO/TV	0	0%
	SERVICIOS DE SALUD	2	20%
	OTRO	0	0%
TOTAL	10	100%	
ENFERMEDADES DE T.S/ MAS COMUNES	SIDA/SIFILIS	5	50%
	GONORREA /HERPES	5	50%
	CANCER/TUMORES	0	0%
	GRIPE/ULCERAS	0	0%
	TOTAL	10	100%
REACCION DE PADRES/ PREGUNTAS SOBRE SEXUALIDAD	RESPONDEN ABIERTAMENTE	6	60%
	DESIACION/CONVERSACION	0	0%
	NEGACION /RESPUESTA	0	0%
	NO PREGUNTO	4	40%
	TOTAL	10	100%
EXPRESAN/ DUDAS	PADRE	6	60%
	AMIGOS	1	10%
	NADIE	1	10%
	MAESTRO	2	20%
	TOTAL	10	100%
OBSTACULO/ HABLAR SOBRE SEXUALIDAD	PENA	5	50%
	MIEDO	1	10%
	PREJUICIOS/ TABUES	3	30%
	DESINFORMACION	1	10%
	TODAS	0	0%
	TOTAL	10	100%

GRÁFICA: 5



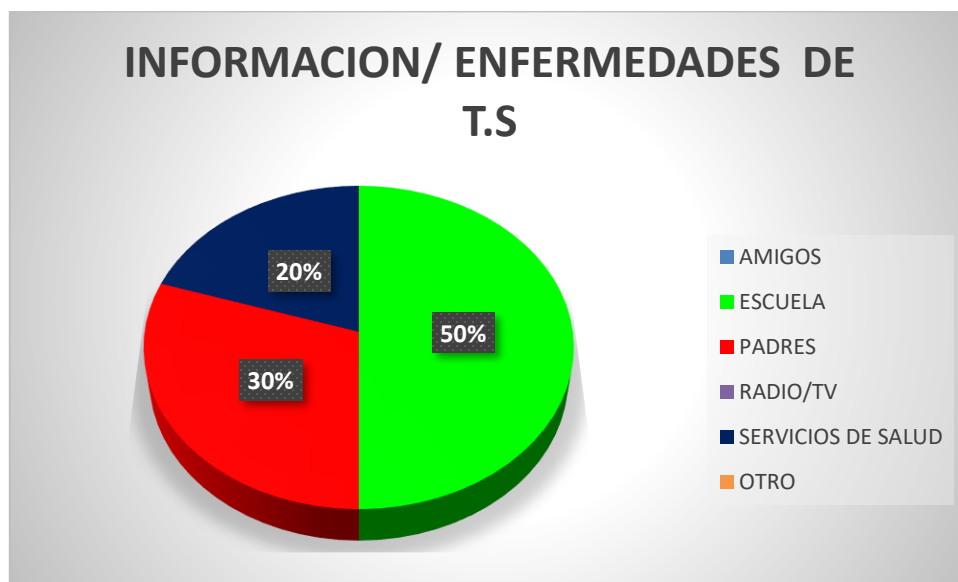
Análisis:

La gráfica nos muestra como la mayoría de la población, específicamente un 70% posee conocimientos medios sobre las enfermedades de transmisión sexual, mientras el 20 % sabe muy poco y un 10% tiene mucho conocimiento según las respuestas de la encuesta.

Interpretación:

Este resultado nos refleja que, aunque gran parte de la población conoce poco del tema, aún es alto el número de personas que lo desconoce, lo que permite darse cuenta de que no pueden entender con normalidad el tema.

GRÁFICA: 6



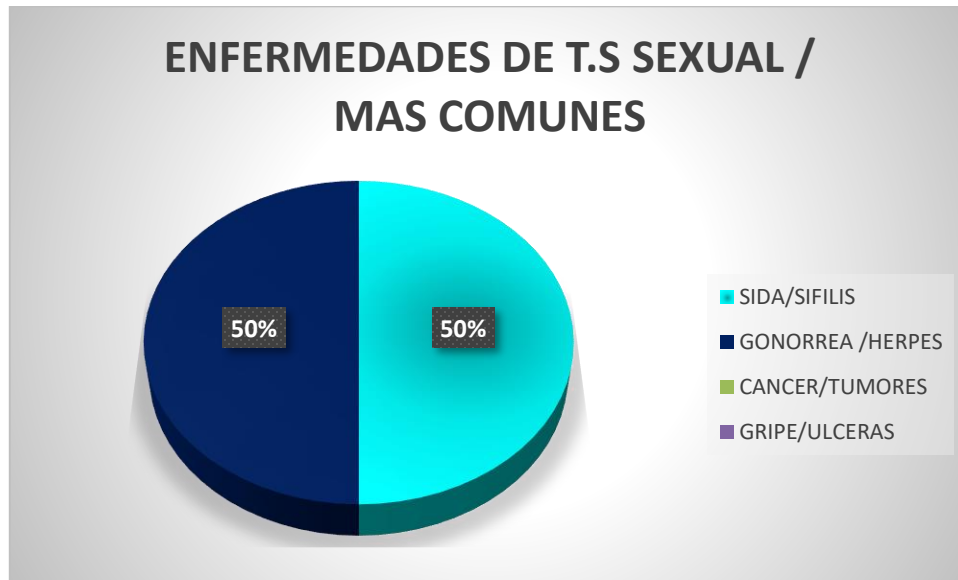
Análisis:

La gráfica nos muestra como la mayoría de la población, específicamente un 50% posee conocimientos sobre el tema de enfermedades de transmisión sexual por la escuela mientras que en un 30% y 20 % han sido obtenidos por los padres y amigos.

Interpretación:

Este resultado nos refleja que, aunque gran parte de la población conoce del tema, aún es alto el número de personas que lo desconoce, lo que permite darse cuenta de que no pueden entender con mayor claridad acerca del tema que se desconoce.

GRÁFICA: 7



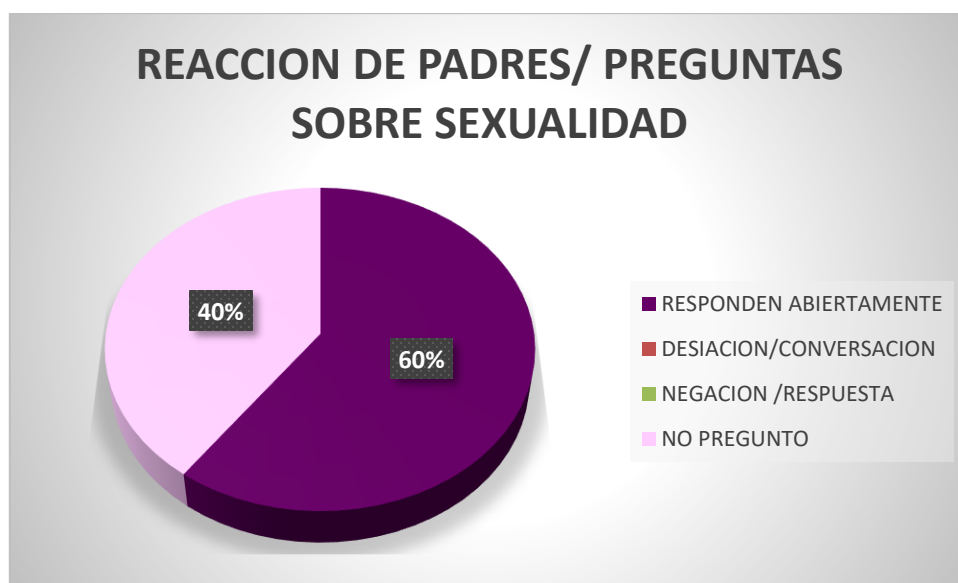
Análisis:

La gráfica nos muestra como en ambas opciones los encuestados poseen conocimientos sobre el tema, en un 50% y 50% específicamente.

Interpretación:

Este resultado nos refleja que, aunque gran parte de la población conoce del tema, aún es alto el número de personas que lo desconoce, lo que permite darse cuenta de que no pueden entender con mayor preocupación un tema que se desconoce.

GRÁFICA: 8



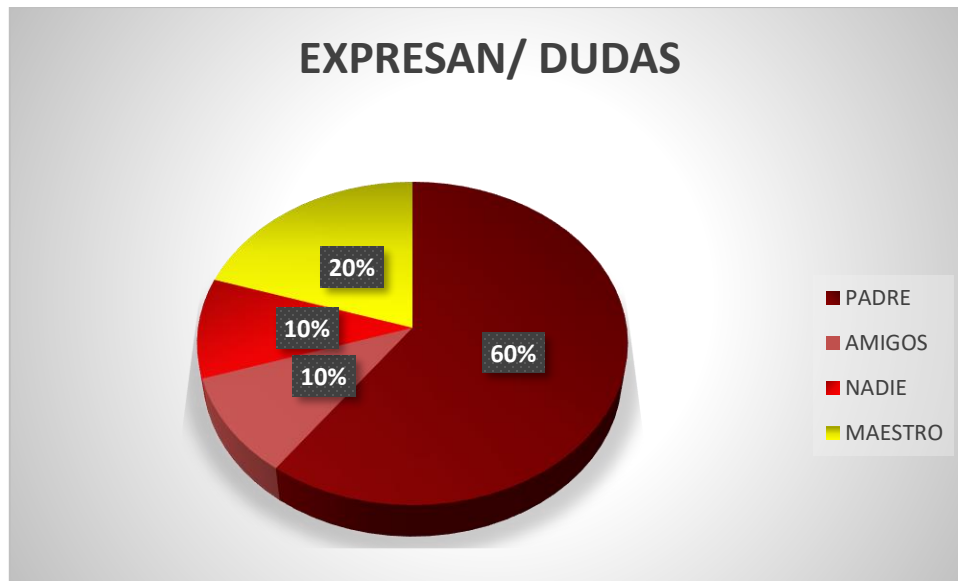
Análisis:

La gráfica nos muestra como la mayoría de la población, específicamente un 60% si responde abiertamente sin prejuicios y tabúes, migración y en un 40% no lo conoce.

Interpretación:

Este resultado nos refleja que, aunque gran parte de la población conoce del tema, aún es alto el número de personas que lo desconoce, lo que permite darse cuenta de que no pueden entender con mayor sensibilidad un tema que se desconoce.

GRÁFICA: 9



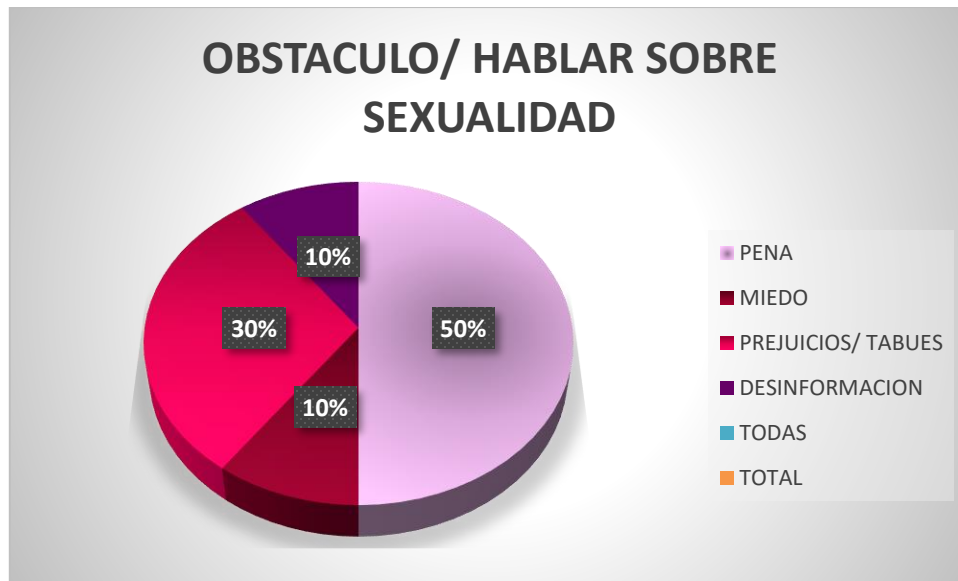
Análisis:

En la siguiente grafica nos muestra que la mayor parte de los encuestados en un 60% opina que tienen charlas abiertas con sus padres acerca del tema sexualidad, mientras que el 20% prefiere preguntarles a los maestros, el otro 10 % les pregunta a sus amigos y mientras que otro 10 % no le pregunta a nadie por miedo o pena.

Interpretación:

En los resultados nos refleja que la población encuestada tiene un porcentaje alto en interés acerca de los temas y buscan orientación, pero cabe mencionar que hay un porcentaje no insignificante que no se atreve a pedir información.

GRÁFICA: 10



Análisis:

En la siguiente grafica podemos observar que la población encuestada en un 50 % no se atreve a hablar sobre sexualidad por pena, mientras que el 30% de la población no lo hace por los prejuicios y tabúes que existen desde tiempos muy atrás, el 10 % de la población por miedo ya que muchos padres actúan de manera violenta cuando se trata de estos temas, y el otro 10 % lo hace por la desinformación de los padres.

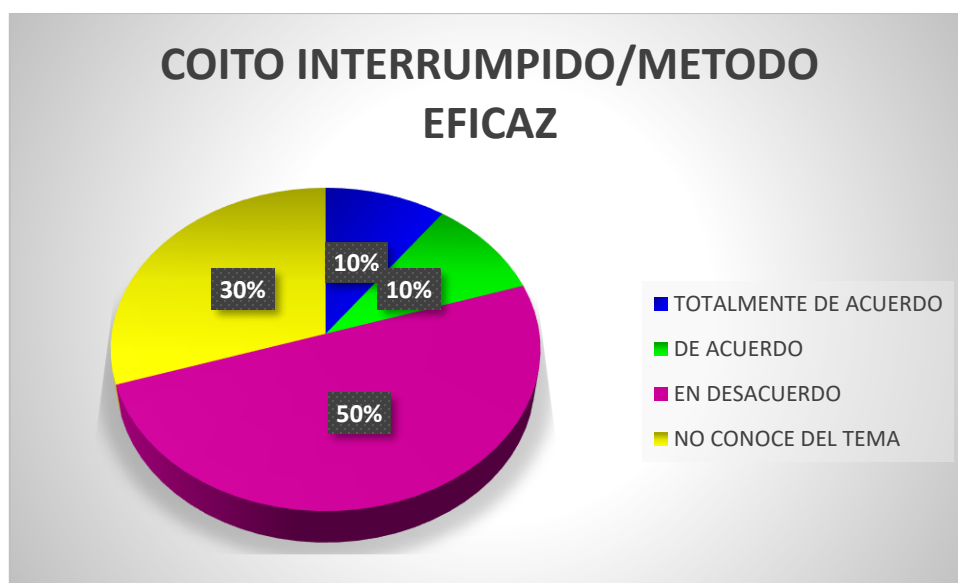
Interpretación:

En los resultados obtenidos pudimos observar que los adolescentes no se acercan a sus padres para solventar sus dudas sobre el tema, ya que los padres son cerrados o no tienen la información necesaria para brindarles a sus hijos.

TABLA III: DATOS GENERALES

VARIABLE	DETALLE	FRECUENCIA	%
COITO INTERRUMPIDO /METODO EFICAZ	TOTALMENTE DE ACUERDO	1	10%
	DE ACUERDO EN DESACUERDO	1	10%
	EN DESACUERDO	5	50%
	NO CONOCE DEL TEMA	3	30%
	TOTAL	10	100%
METODOS ANTICONCEPTIVOS/ CONOCES	PRESERVATIVO	7	70%
	DIU	1	10%
	PARCHE	1	10%
	PASTILLA DIARIA	1	10%
	PASTILLA DE EMERGENCIA	0	0%
	TOTAL	10	100%
ES CORRECTA/ VIDA SEXUAL TEMPRANA	SI	1	10%
	NO	9	90%
	TOTAL	10	100%
CONOCIMIENTO/ USO DE PASTLLA DE EMERGENCIA	SI	8	80%
	NO	2	20%
	TOTAL		100%
USO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS/ ENCUENTROS SEXUALES	SI	10	50%
	NO	0	0%
	A VECES	1	10%
	DESCONOCE	4	40%
	TOTAL	10	100%
EDAD OPORTUNA/ INICIO DE VIDA SEXUAL	12—15	0	0%
	16—20	5	50%
	21 EN ADELANTE	5	50%
	TOTAL	10	100%

GRÁFICA: 11



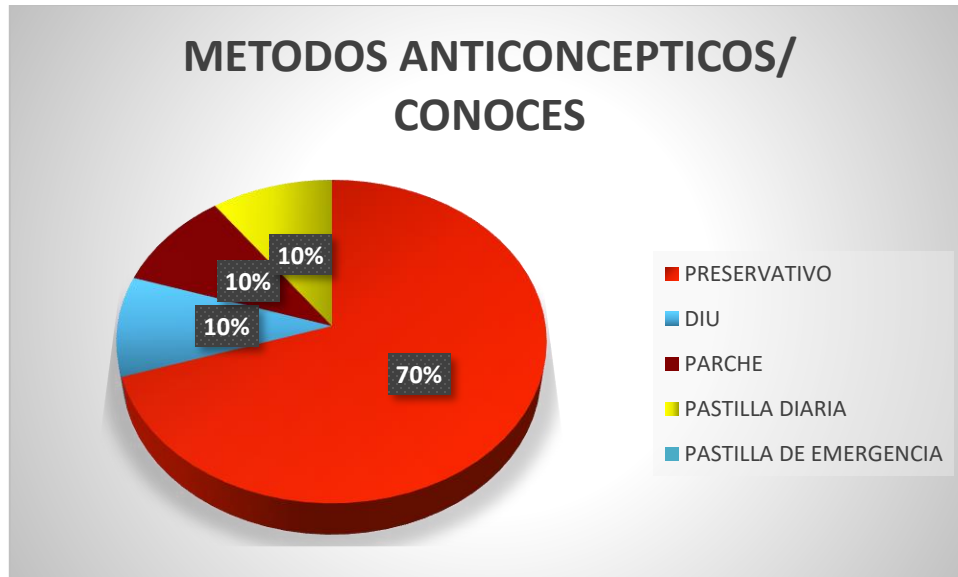
Análisis:

En la siguiente grafica el 50 % de los encuestados respondieron que se encuentran en desacuerdo sobre el tema de los métodos anticonceptivos sean 100 % eficaces, el otro 30 % hace referencia que no conoce del tema, mientras que el 20 % dividido en dos respuestas hace mención que está de acuerdo.

Interpretación:

En los resultados obtenidos pudimos observar que el 80% de la población encuestada tiene previo conocimiento acerca del tema, y que un escaso porcentaje se encuentra de acuerdo.

GRÁFICA: 12



Análisis:

La grafica nos revela los conocimientos que tienen los adolescentes acerca de los métodos anticonceptivos en un 70 %, mientras que los demás refieren conocer algunos como lo son: el parche en un 10 %, la pastilla diaria en un 10 % y el DIU en un 10 %.

Interpretación:

Los resultados obtenidos en la encuesta, nos muestran que la mayor parte de la población tiene un amplio conocimiento en los métodos anticonceptivos, mientras que el otro porcentaje tiene poco conocimiento.

GRÁFICA: 13



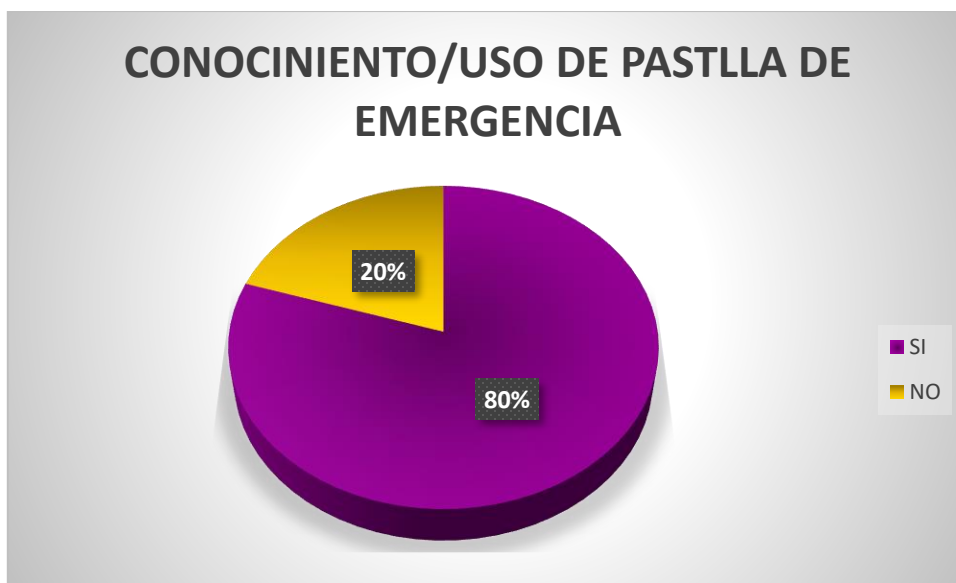
Análisis:

En la siguiente grafica nos revela las opiniones de los encuestados donde el 90% de la población responde negativamente al inicio de la vida sexual activa a temprana edad, mientras que el 10 % si está de acuerdo.

Interpretación:

En los resultados obtenidos nos muestra que el 90% no está de acuerdo con el inicio de la vida sexual, pero sin embargo si lo hacen, mientras que el 10 % si mostro estar de acuerdo, refiriendo que en estos tiempos es normal.

GRÁFICA: 14



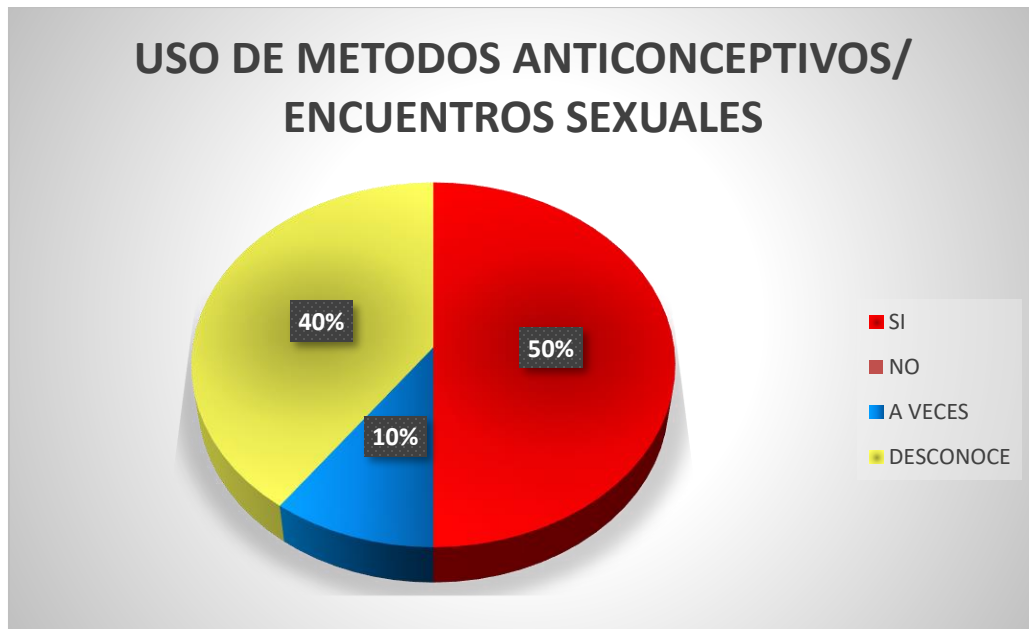
Análisis:

La grafica nos revela las opiniones de los encuestados acerca del uso de las pastillas de emergencia o día siguiente, obteniendo un 80 % de la población que saben el uso que tienen, mientras que el 20 % no conoce el uso de este método.

Interpretación:

Los resultados obtenidos son favorables ya que la mayor parte de la población sabe y conoce el uso y así mismo el riesgo que conlleva el uso excesivo de estas pastillas anticonceptivas, pero unas pequeñas cifras no tienen el conocimiento necesario para hacer uso de estas por lo que es riesgoso.

GRÁFICA: 15



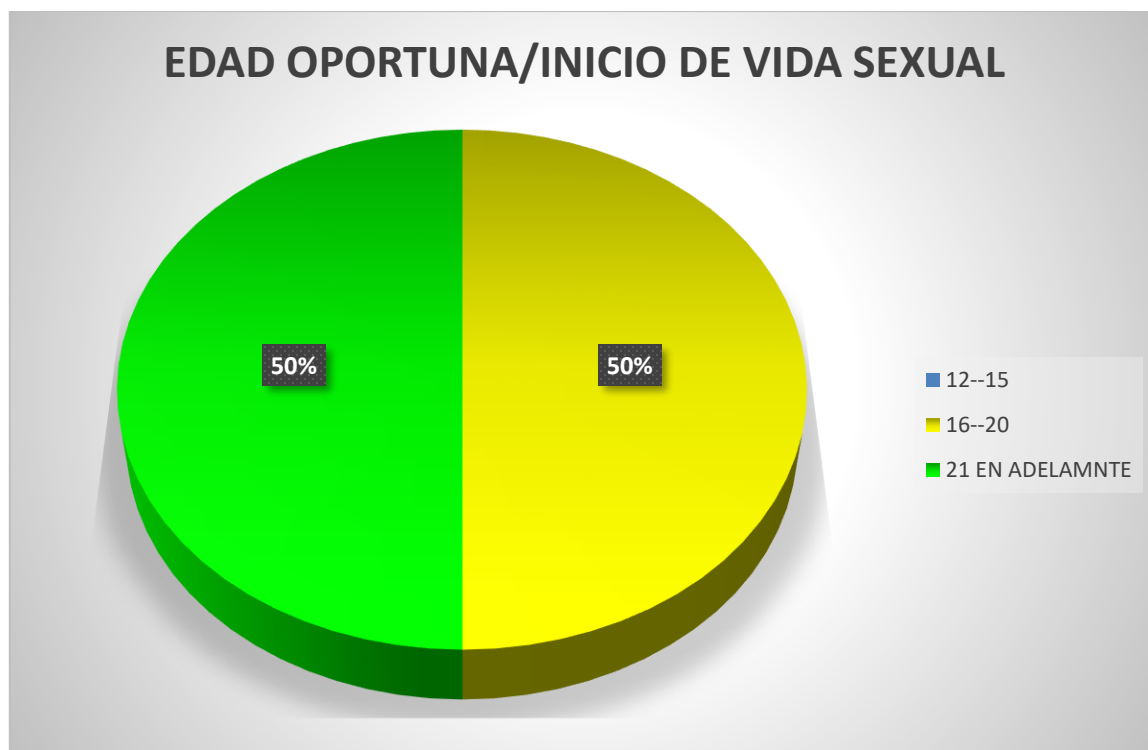
Análisis:

En la siguiente grafica los encuestados en un 50% refieren utilizar un método anticonceptivo en sus encuentros sexuales, un 10 % menciona que pocas veces utiliza un método, mientras que el 40 % casi la mitad desconoce o no ha tenido relaciones sexuales.

Interpretación:

Los resultados obtenidos llaman la atención, ya que los encuestados dicen conocer los métodos anticonceptivos pero un 40 % no hace uso de ellos, mientras que el 50 % los conoce y los usa para prevenir un embarazo o una enfermedad de transmisión sexual o bien una infección de transmisión sexual puesto que son dos diferentes conformas.

GRÁFICA: 16



Análisis:

La grafica nos revela las respuestas obtenidas de nuestra encuesta sobre a qué edad iniciar las primeras relaciones sexuales, la población en un 50 % respondió de 16-20 años y el otro 50 % refirió dar un inicio a los 21 años en adelante.

Interpretación:

Los resultados obtenidos reflejan el resultado del 50 % por qué existen tantos embarazos a temprana edad, ya que los jóvenes deciden iniciar una vida sexual activa a los 16 años a veces antes. Mientras que el 50% decide iniciar después de haber concluido con sus estudios.

SUGERENCIAS

A LA POBLACIÓN EN GENERAL:

- ✚ Permitir a los jóvenes el acceso a los métodos de planificación familiar, con previa preparación a los padres, hijos y las organizaciones implicadas para que los jóvenes no sean discriminados en el momento de solicitar el servicio, teniendo en cuenta soluciones claras y rigurosas.
- ✚ Conseguir que la comunidad ponga al servicio de los adolescentes medios, como el preservativo, píldora del día después, centros de asesoramiento en planificación.

A LOS ADOLESCENTES

- ✚ Cuando tengan alguna duda sobre sexualidad o algo relacionado con ello no sientan pena o miedo al momento de expresarlo.
- ✚ Informarse sobre lo que se tenga duda, buscando medios de información como son folletos artículos libros enciclopedias etc. con la tecnología ahora es mucho más fácil.

A LOS PADRES

- ✚ Es importante hablar de todo lo que a los adolescentes les interese, pero también de todo lo que necesitan saber en el momento y no siempre preguntan. No dudes tú en sacar el tema.
- ✚ Muéstrate accesible a sus preguntas, respondiendo con naturalidad mostrándote como realmente eres, sin perder el interés ni la atención a todas sus preguntas, solo así te convertirás en un referente de confianza.
- ✚ Busca, infórmate, actualízate no es necesario ser un experto para educar, basta con tener una información básica.

A LAS INSTITUCIONES EDUCATIVAS

- ✚ Incluir los programas de educación sexual y reproductiva como una asignatura integral y obligatoria del plan de estudio y no de forma complementaria como se ha trabajado hasta el momento.
- ✚ Realizar programas para educación sexual y reproductiva para niños y adolescentes, de acuerdo a cada etapa escolar de la vida, iniciando desde la primaria hasta la básica secundaria.
- ✚ Los programas educativos para educación sexual y reproductiva, deben iniciarse al igual que el año escolar, regidos por cronogramas de trabajo, que establezcan los temas a tratar, métodos de enseñar y aprender y logros a obtener, es decir, un proceso de evaluación.
- ✚ Los proyectos educativos para educación sexual y reproductiva, deben realizarse con previa asesoría de profesionales de la salud o sexólogos, para que los conocimientos sean claros y con experiencias que les permitan enseñar situaciones acordes a la edad de los escolares y adolescentes.

A

LAS INSTITUCIONES DE SALUD

- ✚ Los centros de salud deben prestar servicios de calidad humana a los jóvenes especialmente cuando ellos lo soliciten, lo cual los hace sentir satisfecho y seguros en consultas posteriores, sin temor a ser discriminados por los profesionales, debido a su poca experiencia.
- ✚ Así también como profesionales organizar pláticas y talleres de sexualidad, métodos anticonceptivos entre otras; para ser impartidos en las escuelas principalmente que es ahí donde se tiene contacto con los adolescentes, como también en la sociedad para dar una orientación a la población en general sobre esta temática

PROPUESTA

IMPLEMENTAR UN PROCESO DE EDUCACIÓN SEXUAL, MEDIANTE UNA ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN INTERINSTITUCIONAL

La adolescencia es un momento clave y crítico en la formación de la personalidad y también un momento clave para abordar el tema de la sexualidad, pues es una etapa que define la transformación del niño en adulto. Sabemos que la adolescencia es una fase de descubrimiento de identidad y la sexualidad es parte de ello. Tal y como hemos identificado en nuestra investigación y si queremos contribuir a disminuir o prevenir esta situación desde la perspectiva del trabajo social debemos de emitir una propuesta de la misma magnitud

No es igual llegar a la adolescencia sin haber oído hablar de la sexualidad, que habiendo aprendido a hablar de ella. Está demostrado que aquellos jóvenes que han recibido una adecuada educación sexual retrasan, con relación al resto de jóvenes, la edad de su primer coito. No porque sean tontos o remilgados, sino porque hablamos de valores, tienen un abanico amplio de alternativas sexuales que optan por aquellas igual o menos placenteras y con consecuencias que tienen costos mínimos.

La educación es la transición de conocimientos a una persona para que esta adquiera una determinada formación. Es propio de su naturaleza y se educa constantemente pues nunca se deja de aprender nuevas cosas. Por lo tanto, el educar no solamente está dentro de un aula sino también lo podemos encontrar fuera de ellas por ejemplo en la familia, amigos, centros de salud etc. Así mismo no siempre va a ser intencionada, sino que puede ser con nuestras propias experiencias de nuestra vida cotidiana para educar; solamente se necesita saber lo esencial.

Es por lo anterior que nuestra propuesta se basa en un “Proceso de Educación Social mediante una estrategia de Intervención Interinstitucional”, debido a que se requiere de la participación multi e interinstitucional y a su vez, multi e

interdisciplinaria para que a través de acciones conjuntas e intencionadas se busque educar a la población Pacayal municipio de Amatenango respecto a la situación de sexualidad para la prevención de riesgos en adolescentes que conduzca a mejores condiciones sociales, un favorable desarrollo y mejor calidad de vida de quienes vivimos en este municipio de manera incluyente, respetuosa y pacífica.

Las acciones a desarrollar son:

- Consolidar el equipo que podrá realizar esta propuesta
- Ver que asociaciones e instituciones pueden apoyar a realizar esta causa
- Construir lazos amistosos con profesionales que sepan sobre estos temas para que así recibir apoyo de otras personas y que cada vez se seamos más por esta causa.
- Realizar conjuntamente: Talleres, Platicas, Foros todo referente al tema de sexualidad; esto para evitar causar riesgos que afecten a la vida plena del adolescente en las que tengamos la participación primeramente de adolescentes que son nuestro enfoque primordial, ya es a ellos son los que necesitan de esta información así también la participación de padres , para que cada vez estén más informados y puedan saber que responder cuando les pregunten algo y puedan aconsejar de manera correcta sobre sexualidad, estas acciones se llevaran a cabo en escuelas principalmente

Todas estas acciones ya mencionadas serán realizadas continuamente.

CONCLUSION

Se concluye que debe existir una inclusión de los padres en el rol de educadores sobre sexualidad. Ya que son ellos quienes están más cerca de los jóvenes y son responsables de ellos. Para esto, se les debe informar sobre la influencia que pueden ejercer sobre los hijos, valorándolos en su rol de guías morales de ellos, haciéndolos conscientes del peso que tiene su ejemplo en cuanto a afectividad y sexualidad. Por esto, deben existir instancias informativas para los padres, en donde se aborden las inquietudes de sus hijos, sin prejuicios. Hay que avanzar con cautela en estos aspectos ya que los adultos suelen tener más resistencias que los jóvenes para abordar estos temas.

También que las escuelas colaboren y apoyen a la formación integral de los alumnos(as). Por lo que debe existir una inclusión de los contenidos sobre educación sexual en el currículum escolar.

Asimismo, se concluye, por la relevancia que tiene, que la educación de los alumnos(as) se ejecute de un modo transversal a lo largo de todos los años escolares, y no solo en la enseñanza media. Por lo demás, estas instancias formativas no deben llevarse a cabo en una sola ocasión, sino que deben ser contenidos abordados progresivamente. Aplicados ya sea como temática de debate en las asignaturas de biología, como también en castellano u otra. Utilizando de esta manera los contenidos mínimos y los objetivos transversales como un recurso para poder incluir el tema de la sexualidad y afectividad, ya que los adolescentes y jóvenes tienen derecho a obtener información básica y acceso a los recursos que les permita vivir una vida sexual y reproductiva satisfactoria. Reconocer que los varones tienen responsabilidades que deben atenderse.

Entender que en las decisiones de las adolescentes jóvenes acerca de temas de salud sexual y reproductiva influyen directamente sus padres, parejas y deben abordar la necesidad de empoderar a las mujeres para que tomen decisiones informadas.

Se deben concebir programas para adolescentes y jóvenes activos sexualmente, pero no unidos en pareja todavía, y que aspiran a impedir embarazos o reducir su exposición a la transmisión de infecciones de transmisión sexual. Estos programas deberían combinar la educación, sensibilización, consejería, pues probablemente encontrarán resistencia en las fuerzas socioculturales imperantes actualmente, y ofrecimiento de medios de regulación de la fecundación. Los esfuerzos de los programas y de las intervenciones deberían estar focalizados en los grupos más vulnerables de la población.

También se debe posibilitar una formación en salud sexual para los y las adolescentes educando en actitudes positivas y respetuosas sin morbo hacia la sexualidad y las relaciones sexuales.

Se debe favorecer el desarrollo saludable de las identidades en el sistema educativo y en el entorno social se han de dar desde edades muy tempranas, si queremos que jóvenes y adolescentes tengan relaciones igualitarias equitativas.

El trabajo con los mitos, prejuicios y falsas creencias alrededor del hecho sexual humano y la sexualidad puede contribuir a disponer de herramientas básicas y aplicadas para las intervenciones educativas necesarias para la salud de los adolescentes y jóvenes. La conceptualización de la sexualidad como un valor saludable en la construcción de la identidad de chicos y chicas, así como una idea de promoción de la salud sexual, es básico si deseamos contribuir a una salud integral en estas atapas de grandes cambios y evolución.

La importancia de trabajar con los grupos de discusión ha sido evidente por el valor de la información recopilada y por la posibilidad que ofrecen para profundizar el imaginario adolescente alrededor de sus vivencias de la sexualidad y de sus relaciones interpersonales.

Considerando que es necesario e importante la Educación Sexual en todas las edades. Hablar de sexualidad como regla y no como excepción, en cuanto a la sexualidad humana afecta a personas y grupos. El trabajo tiene tender a cambiar los paradigmas únicos y heterosexistas de nuestra sociedad, posibilitando un futuro

más justo, equitativo y solidario entre todas las personas. Hay que facilitar y promover la comprensión a la ciudadanía sobre estos temas de manera abierta y oportuna, que los padres también sepan que los adolescentes tienen derecho a la sexualidad y a informarse sin ser juzgados o violentados por iniciar una vida sexual activa a temprana edad, si no que tengan el previo conocimiento y los orienten a cuidarse y que sus experiencias sean saludables.

La sexualidad se convierte en uno de los contenidos esenciales de la educación para la salud, puesto que, la necesidad de contacto, la actividad sexual, y las relaciones interpersonales íntimas, son algunas de las necesidades básicas, de cuya satisfacción depende, en gran manera, el bienestar de las personas.

Es por esto que la educación sexual debe estar incluida en todos los programas educativos y de salud, para brindar en todo momento información oportuna, clara y exacta acerca del tema abordado, que todos los adolescentes tengan acceso a esta información de manera gratuita de manera dinámica y como mencionamos antes sin prejuicios y morbosidad para evitar sean datos incómodos tanto para los adolescentes como para los padres de familia, porque la inserción de padres e hijos en talleres orientados a dar información acerca de la sexualidad es de mucha importancia, ya que los padres abrirán su mente a nuevos programas que la secretaria de salud y de educación implementan cada día con los avances y los cambios en los adolescentes de hoy en día.

Por ello estos temas educativos deben ser impartidos por profesionistas capacitados en los programas de educación sexual y reproductiva, como lo son los enfermeros, ginecólogos, sexólogos entre otros, para generar conocimientos claros que les permitan enseñar acorde a la edad de los escolares, los adolescentes y jóvenes.

La ausencia de un tratamiento adecuado de la educación sexual no solo guarda relación con futuros problemas de disfunciones sexuales, sino que implica la imposibilidad de transformar actualmente la discriminación entre sexos e impiden una vivencia integrada y equilibrada de la sexualidad humana.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

(s.f.).

Sigmund Frued (1939) citado por Vera, Ligia 1988. (1988). Historia de la sexualidad. *Historia de la sexualidad*, pp.116 117.

(1856-1939), L. V. (s.f.). Historia de la sexualidad . pp 116 117.

(S/F), W. (. (S/F). *Revolucion Sexual*.

Alfred, K. (. (1988). Historia de la Sexualidad. *Historia de la Sexualidad*, pp.116.

Alvarado, T. J. (2013). Educacion Sexual Preventida en Adolescentes. *Educacion Sexual Preventida en Adolescentes*, p 26.

Alvarado, T. J. (2015). Educacion sexual preventiva en adolescentes. *Educacion sexual preventiva en adolescentes*, p 88 , 93.

Andreas, H. (2001). Factores de riesgo en adolescentes. *Tesis educacion sexual* , p.151 -155.

Anónimo. (2019). *Ayuda familiar*, 1-10.

Ayala, A. M. (2017). Sexualidad y conductas de riesgo en alumnos de bachillerato desde el enfoque centrado en la persona. *TESIS: Sexualidad y conductas de riesgo en alumnos de bachillerato desde el enfoque centrado en la persona*, pp. 35 41.

Behar Rivero, D. s. (2008). metodologia de la investigacion. *introduccion ala metodologia de la investigacion*, 1-94.

Campero, A. S. (2013). Salud sexual y reproductiva de los adolescentes en Mexico: Evidencias y propuestas. *Gaceta Medica de Mexico*, pp 299 , 301.

Canovas, A. (. (2000). Contribuciones desde la teoria social para la sexualidad humana. *Psicologiasinp.com*, pp. 12 21.

- ccavero, c. . (2017). factores familiares relacionados al inicio de vida sexual de los adolescentes. *tesis: factotes familiares relacionados al inicio de vida sexual de los adolescentes*, pp. 43 59.
- Cazau, P. (2006). 2-194.
- Cazau, P. (2006). Introducción a la investigación en ciencias sociales . 2-194.
- colque, x. (2018). nivel de conocimientos sobre educación para la sexualidad para prevenir embarazos no deseados e infecciones de transmicion sexual. <https://repositorio.umsa.bo/bitstream/handle/123456789/17998/tg-4176.pdf?sequence=1&isallowed=y>, pp 67 85.
- CONAPO. (2011). Panorama de la salud sexual y reproductiva. *conapo.gob.mx*, pp. 43 50.
- Cortés, C. E., & Iglesias, L. M. (2004). Generalidades sobre Metodología de la Investigación. *Generalidades sobre Metodología de la Investigación*, 1-105.
- Cortés, C. M., & Iglesias, L. M. (2004). Generalidades sobre Metodología. *Universidad Autónoma del Carmen*, 1-105.
- Cortés, D. M., & Iglesias, L. M. (2004). *Generalidades sobre Metodología*.
- Dr. Auriolos, E. (2016). Teoria de los Holones. <https://holones.wordpress.com/>, pp. 12 17.
- Elsa Susana Morales Arias (2012). (s.f.). FACTORES QUE INFLUYEN EN LA PRÁCTICA TEMPRANA DE RELACIONES SEXO GENITALES EN LOS ADOLESCENTES DEL INSTITUTO DE EDUCACION BASICA DE CHINAUTLA , DEPARTAMENTO DE GUATEMALA.
- es, N. T. ((S/F)). *Sexualidad y Edad Media*.
- Gabral, M. (1983). NUEVAS APORTACIONES AL ESTUDIO SOBRE EL ROL SEXUAL: LA TEORÍA DEL ESQUEMA COGNITIVO DEL SEXO . *Quaderns de Psicologia*, pp. 45 49.

- Gamboa, L. V. (s.f.). Historia de la sexualidad. (PP) 116 117.
- Hernández, L. (18 de 01 de 2015). *Excelsior*. Recuperado el 22 de enero de 2020, de Excelsior: <https://www.excelsior.com.mx/nacional/2015/01/18/1003289>
- Hernandez, S. R. (2006). *Metodología de la investigación*, 1-882.
- Hernandez, S. R., Fernandez, C. C., & Baptista, L. P. (2006). instrumentos. *Metodología de la investigación*, 1-882.
- <https://www.nuevatribuna.es/articulo/historia/sexualidad-edad-media/20170605204107140539.html>. (s.f.). *Sexualidad y Edad Media* .
- Iturrieta, P. M. (2018). Los orígenes de la educación sexual. *Los orígenes de la educación sexual*, p 57.
- J, P. (2014). Intervención educativa sobre educación sexual en Cuba. *Centro Provincial de Higiene, Epidemiología y Microbiología.*, p 579.
- Lavielle. Jiménez. Vázquez, A. M.-G.-T.-M. (2014). *Impacto de la familia en las conductas de las conductas sexuales de riesgo en adolescentes*. Mexico: IMSS.
- León, M. E. (2004). Generalidades sobre Metodología. *UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL CARMEN*, 1-105.
- Luz Santiago Restoy. Santiago Frago Valls, S. S. (s.f.). *Educación Sexual: La sexualidad en el mundo primitivo*.
- Maria Elvia Solis Solis (2015). (s.f.). Causas socio familiares que predisponen al inicio de la actividad sexual precoz en adolescentes de la unidad educativa.
- Marquez, K. (2012). Historia de la educación sexual en Mexico. *prezi.com*, 1-5.
- Méndez, R. A., & Astudillo, M. M. (2008). La investigación en la era de la información . En M. R. Alejandro, *La investigación en la era de la información* (págs. 1-54). México : Trillas .

- Navarro, J. A. (2014). Intervención educativa sobre educación sexual en Cuba. *Centro Provincial de Higiene, Epidemiología y Microbiología*, p,p 578 579.
- OIM. (2018). *Informe sobre las migraciones en el mundo*. Suiza, Ginebra, Suiza: OIM.
- OMS. (2008). Informe sobre la salud en el mundo, Informe actual, Informes anteriores. *Salud mundial: retos actuales*, P.1-99.
- OMS. (2014). PREVENCIÓN. *BLOG.IMF.COM*, P. 1-2.
- Palacios. (2008). Modelo de Atención Integral en la Salud Sexual y Reproductiva para los Adolescentes. *Educación Integral de la Sexualidad*, pp 59 , 62.
- ramos, s. l. (2019). *pación por educar* . frontera comalapa : maurimaps .
- Rivero, D. S. (2008). *metodología de la investigación*, 1-94.
- Rodríguez, A. c. ((S/F)). TEORÍA DEL DESARROLLO PSICOSEXUAL. *lifeder.com*, p. 31. 41.
- Rodríguez, J. ((S/F)). Reproducción Adolescente y Desigualdades: IV Encuesta Nacional de Juventud, Chile. *Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (celade) División de Población de la cepal* , pp. 91 96.
- Salech, F., Jara, D. R., & Michea, D. L. (2011). CAMBIOS FISIOLÓGICOS. *Physiological changes associated with normal aging*, pp.19-29.
- Salomón, B. R. (2008). Metodología de la investigación . *Introducción a la Metodología de la Investigación* , 1-94.
- Salvadó, I. E. (s/f). *tipos de muestreo*, 1-2
- Torreón, u. i. (2013). *acequias*, 78-79.
- Tribuna, N. (2020). Sexualidad y Edad Media. *Nueva Tribuna*, pp. 50 55.

UNESCO. (10 de enero de 2018). *Las Naciones Unidas instan a aplicar un enfoque amplio en la educación sexual*. Recuperado el 21 de enero de 2020, de es.unesco.org: <https://es.unesco.org/news/naciones-unidas-istan-aplicar-enfoque-amplio-educacion-sexual>

W Coutts. Morales, B. (2011). La educación sexual debe comenzar en el hogar y continuar en la escuela. *Revista Chilena de pediratria*, pp 89 99.

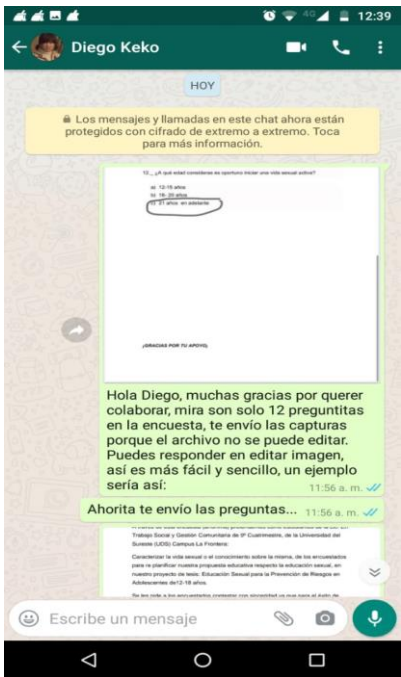
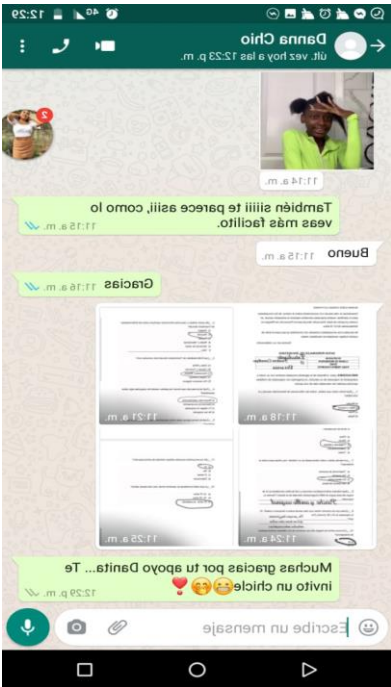
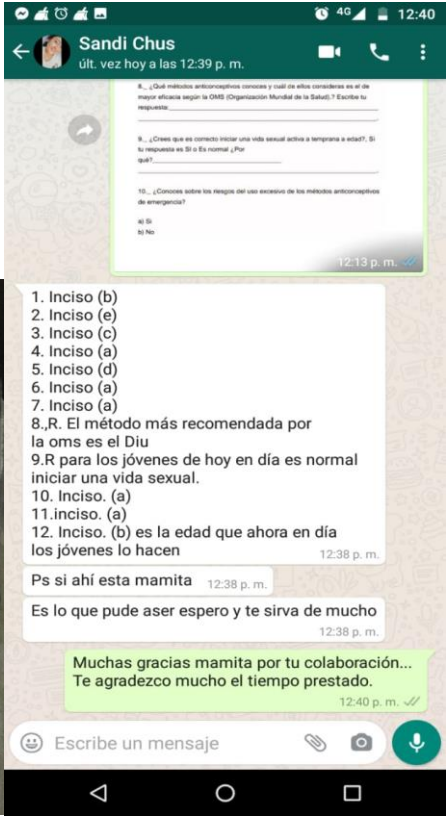
Wikipedia. ((S/F)). *Revolucion Sexual*.

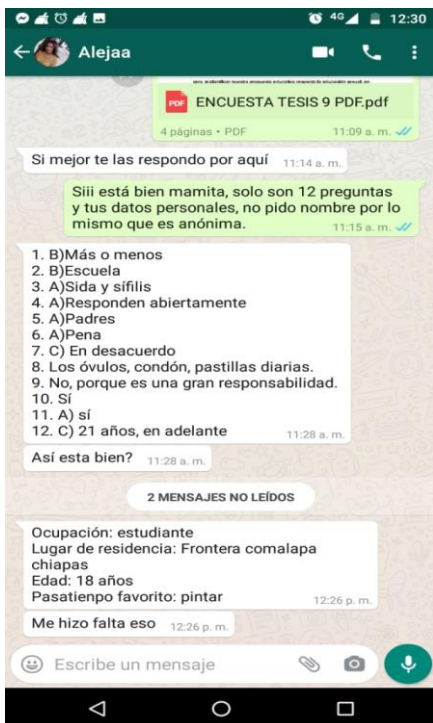
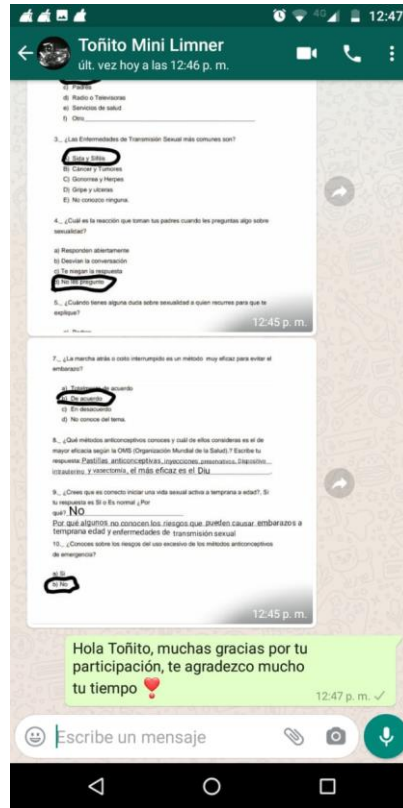
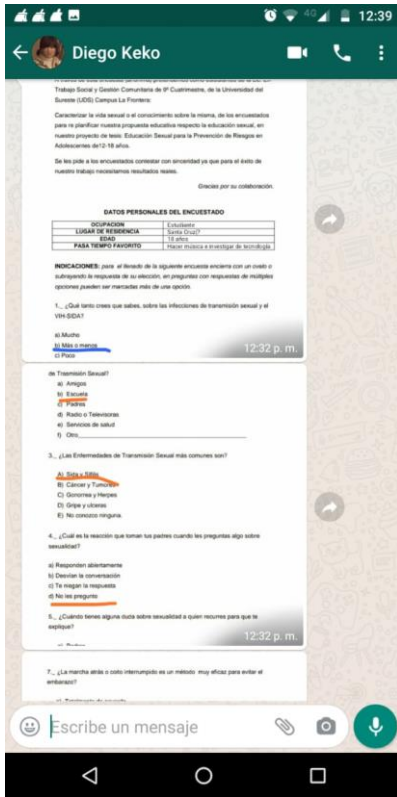
ANEXOS

Fotos tomadas el día de la aplicación de las encuestas de manera personal y en las siguientes capturas se muestran las encuestas aplicadas por medio de la aplicación WhatsApp, por lo que una compañera de tesis es de otra ciudad, y por motivos de contingencia decidimos aplicar las encuestas de esta manera.

Se llevaron a cabo el día el día miércoles 10 y jueves 11 de junio del año en curso realizamos la aplicación de las encuestas lo cual se realizaron a adolescentes de 12-18 años de edad, de acuerdo a la muestra establecida







ENCUESTA

A través de esta encuesta (anónima) pretendemos como estudiantes de la Lic. En Trabajo Social y Gestión Comunitaria de 9º Cuatrimestre, de la Universidad del Sureste (UDS) Campus La Frontera:

Caracterizar la vida sexual o el conocimiento sobre la misma, de los encuestados para re-planificar nuestra propuesta educativa respecto la educación sexual, en nuestro proyecto de tesis: Educación Sexual para la Prevención de Riesgos en Adolescentes de 12-18 años.

Se les pide a los encuestados contestar con sinceridad ya que para el éxito de nuestro trabajo necesitamos resultados reales.

Gracias por su colaboración.

DATOS PERSONALES DEL ENCUESTADO

ocupación	Estudiante
Lugar de residencia	El pacayal
edad	18
Pasa tiempo favorito	Escuchar musica

INDICACIONES: para el llenado de la siguiente encuesta encierra con un ovalo o subrayando la respuesta de su elección, en preguntas con respuestas de múltiples opciones pueden ser marcadas más de una opción.

1. _ ¿Qué tanto crees que sabes, sobre las infecciones de transmisión sexual y el VIH-SIDA?

a) Mucho

b) Más o menos

c) Poco

d) Nada

2._ ¿De quién recibes o escuchas información oportuna sobre las Enfermedades de Trasmisión Sexual?

- a) Amigos
- b) Escuela
- c) Padres
- d) Radio o Televisoras
- e) Servicios de salud
- f) otro _____

3._ ¿Las Enfermedades de Trasmisión Sexual más comunes son?

- a) Sida y Sífilis
- b) Cáncer y Tumores
- c) Gonorrea y Herpes
- d) Gripe y úlceras
- e) No conozco ninguna.

4._ ¿Cuál es la reacción que toman tus padres cuando les preguntas algo sobre sexualidad?

- a) Responden abiertamente
- b) Desvían la conversación
- c) Te niegan la respuesta
- d) No les pregunto

5._ ¿Cuándo tienes alguna duda sobre sexualidad a quien recurre para que te explique?

- a) Padre
- b) Amigos
- c) Nadie
- d) Maestro

6._ ¿Cuál consideras es el principal obstáculo a la apertura cuando se aborda el tema de sexualidad?

- a) Pena
- b) Miedo
- c) Prejuicios y tabúes
- d) Desinformación
- e) Todas

7._ ¿La marcha atrás o coito interrumpido es un método muy eficaz para evitar el embarazo?

- a) Totalmente de acuerdo b) De acuerdo
c) En desacuerdo d) No conoce del tema.

8._ ¿Que métodos anticonceptivos conoces y cuál de ellos consideras es el de mayor eficacia según la OMS (Organización Mundial de la Salud)? Escribe tu respuesta:

Condón, DIU de cobre y el parche

9._ ¿Crees que es correcto iniciar una vida sexual activa a temprana edad?, Si tu respuesta es Si o. Es normal ¿Por qué? NO

por que algunas personas no son responsables

10._ ¿Conoces sobre los riesgos del uso excesivo de los métodos anticonceptivos de emergencia?

- a) Si b) No

11._ ¿En tus encuentros sexuales utilizas métodos de anticoncepción?

- a) Si b) No
c) A veces d) Desconoce

12._ ¿A qué edad consideras es oportuno iniciar una vida sexual activa?

- a) 12-15 años b) 16-20 años
c) 21 años en adelante