



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA CONDUCTA**



**“CONOCIMIENTOS DE SEXUALIDAD Y ANTICONCEPCIÓN  
DE LOS ADOLESCENTES DE UNA TELESECUNDARIA  
DEL ESTADO DE MÉXICO”**

**T E S I S**

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE  
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

**PRESENTA:  
REYNA BUENO ORTIZ**

**NÚMERO DE CUENTA:  
810038-E**

**ASESOR:  
DRA. ALEJANDRA MOYSÉN CHIMAL**

TOLUCA, MÉXICO AGOSTO DE 2015

# ÍNDICE

	<b>Página</b>
<b>RESUMEN</b>	9
<b>PRESENTACIÓN</b>	10
<b>INTRODUCCIÓN</b>	12
<b>CAPÍTULO I. ADOLESCENCIA</b>	14
1.1. Definición de adolescencia	14
1.2. Etapas de la adolescencia	15
1.3. Características de la adolescencia	18
1.3.1. Cambios físicos	19
1.3.1.1. Características sexuales	20
1.3.1.2. Cambios en las dimensiones del esqueleto	21
1.3.1.3. Cambios en la química del cuerpo	21
1.3.2. Cambios psicológicos	21
1.3.3. Cambios sociales	23
1.4. Sexualidad en la adolescencia	24
1.4.1. Factores que fomentan las relaciones sexuales en la adolescencia	25
<b>CAPÍTULO II. SEXUALIDAD</b>	28
2.1. Definición de sexo y sexualidad	28
2.2. Perspectivas teóricas que abordan el estudio sexualidad	29
2.3. La respuesta sexual humana	32
2.4. Anatomía y fisiología sexual	34
2.4.1. Aparato reproductor femenino	34
2.4.2. Aparato reproductor masculino	39

2.5. Prácticas o conductas sexuales típicas del adolescente	43
2.6. Embarazo en las adolescentes	47
2.6.1 Datos y cifras sobre el embarazo en la adolescencia	48
2.6.1.1. Datos y cifras del embarazo adolescente en el Estado de México	49
2.7. Programas de sexualidad que existen a Nivel Nacional	51

### **CAPÍTULO III. ANTICONCEPCIÓN** 55

3.1. Definición de anticoncepción y planificación familiar	55
3.2. Objetivos globales de la planificación familiar	56
3.3. Beneficios de la planificación familiar	56
3.4. Métodos anticonceptivos	57
3.4.1. Clasificación y descripción de los métodos anticonceptivos	58
3.5. Maternidad y paternidad responsable en la adolescencia	62

### **CAPÍTULO IV. ESTUDIOS RELACIONADOS CON EL TEMA** 64

4.1. Conducta sexual protegida en adolescentes mexicanos	64
4.2. Conducta sexual, conocimiento sobre embarazo y necesidades percibidas con relación a educación sexual, en adolescentes escolarizados.	64
4.3. La sexualidad en los adolescentes: algunas consideraciones	65
4.4. Anticoncepción: ¿cuál método seleccionar?	66
4.5. Habilidades para la vida y uso de anticoncepción por tipo de pareja sexual en adolescentes	67

<b>MÉTODO DE INVESTIGACIÓN</b>	68
1. Objetivo general	68
2. Objetivos específicos	68
3. Planteamiento del problema y pregunta de investigación	68
4. Planteamiento de hipótesis	69
5. Tipo de estudio o investigación	70
6. Definición de variables	70
7. Definición de universo de estudio	71
8. Selección de instrumento	72
9. Diseño de la investigación	74
10. Especificación de la captura de información	74
11. Procesamiento de información	74
<b>RESULTADOS</b>	75
<b>ANÁLISIS DE RESULTADOS</b>	117
<b>CONCLUSIONES</b>	124
<b>SUGERENCIAS</b>	126
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS</b>	127

## RESUMEN

El objetivo de esta investigación fue describir los conocimientos de sexualidad y anticoncepción que tienen los adolescentes de la telesecundaria Pedro Moreno, de la comunidad de Ocotenco.

Se aplicó parte del cuestionario propuesto para evaluar el programa *Planeando tu vida*, ya que los reactivos que se refieren a actitudes y conocimientos sobre sexualidad y anticoncepción, pueden ser analizados formando escalas o individualmente.

La muestra quedo integrada por todos los adolescentes que asistieron a la única telesecundaria que hay en la comunidad, siendo un total de 90 alumnos, de las cuales 48 son mujeres y 42 hombres, que pertenece a un medio rural, tienen entre 12 y 16 años de edad, pertenecen a un estrato socioeconómico bajo.

De acuerdo a las características metodológicas del trabajo es de tipo descriptivo de acuerdo al objetivo de estudio y por la fuente de datos es de campo. El diseño de investigación es no experimental, transversal, ya que se recolectan datos en un solo momento, en un tiempo único. Su propósito es describir variables conocimientos de sexualidad y conocimientos de anticoncepción.

En conclusión los adolescentes no cuentan con información suficiente sobre sexualidad y anticoncepción, por lo que están expuestos a un embarazo no deseado o la transmisión de alguna enfermedad venérea, por lo que es necesario proveer información adecuada a los adolescentes sobre salud sexual, para difundir entre ellos los mecanismos de contagio y prevención de enfermedades veneras. La educación sexual debería darse en edades más tempranas por personal capacitado para impartir estos temas, lo cual servirá de prevención, para los y las adolescentes.

## PRESENTACIÓN

La adolescencia es una fase de gran vulnerabilidad que requiere una atención especial por parte de los padres, maestros y del personal involucrado en su salud, requieren ante todo atención, comprensión y principalmente de una comunicación estrecha y afectiva por parte de sus padres para ayudarles a alcanzar la madurez necesaria que les permita determinar por sí solos sus destinos existenciales para su vida personal y social. Es necesario trabajar con los adolescentes temas de planificación familiar donde también se abarcan temas de sexualidad, de prevención y tratamiento de infecciones de transmisión sexual, prevención de embarazos no deseados, cuidados durante el embarazo y el parto.

Los adolescentes requieren contar con información suficiente sobre educación sexual la cual debe ser obtenida por medio de sus padres y maestros acerca del proceso biológico de la reproducción, para evitar el contagio de enfermedades venéreas o un embarazo no planeado y que a la vez la información pueda ser reforzada en los niveles básicos de educación preescolar, primaria y secundaria.

El inicio de una vida sexual activa a edades tempranas provoca embarazos no planeados, las adolescentes no se encuentran preparadas para asumir el rol de madre, trayendo una serie de frustraciones sociales al interrumpir las funciones normales de su edad, no cuentan con la información suficiente sobre educación sexual, lo que las orilla a que busquen las respuestas a sus dudas a través de sus amigos u otro tipo de fuentes que no necesariamente sea la más apropiada, es por eso que surge la necesidad de hacer la siguiente investigación para conocer qué conocimientos de sexualidad y anticoncepción que tienen los adolescentes de la telesecundaria Pedro Moreno, de la comunidad de Ocotenco, perteneciente al municipio de Santiago Tianguistenco del Estado de México.

El trabajo se divide en cuatro capítulos, el primero hace referencia a la adolescencia, donde se describen los cambios físicos, psicológicos y sociales, que se presentan en esta transición de infancia a la madurez e iniciación a la edad adulta, el segundo capítulo se centra en el estudio de la sexualidad; aquí se describe la definición de sexualidad, las perspectivas teóricas que abordan el tema de sexualidad, la anatomía y fisiología del aparato reproductor masculino y femenino, así como las prácticas o conductas sexuales típicas del adolescente. En el capítulo tres se presenta la definición de planificación familiar, así como la descripción de los métodos anticonceptivos, definición de paternidad y maternidad responsable. En el capítulo cuarto se presentan varios estudios relacionados con el tema.

Un segundo apartado de la tesis es el método de investigación, en el cual se describe el objetivo que fue describir los conocimientos de sexualidad y anticoncepción que tienen los adolescentes de la telesecundaria Pedro Moreno, de la comunidad de Ocotenco, se presenta el planteamiento del problema, el tipo de estudio que se llevó a cabo, la definición conceptual y operacional de las variables, las características de los participantes, las características del instrumento que se empleó, el diseño de investigación, la captura de información y el procesamiento de información.

Posteriormente se presentan los resultados obtenidos a través de tablas, las cuales muestran las respuestas que proporcionaron los participantes del estudio.

Se sigue con el apartado de análisis de resultados, conclusiones, sugerencias, también se presentan las referencias consultadas y finalmente un apartado de anexos en donde se incorpora el instrumento empleado.

## INTRODUCCIÓN

La adolescencia comprende el periodo de vida que abarca de 10 a 19 años de edad, en esta etapa se observa una aceleración del crecimiento en talla y peso, con modificaciones morfológicas, endocrinas y psicológicas, de las que derivan cambios de la personalidad que tiene que ver con la actitud y el comportamiento, estos cambios suelen comenzar a los once años en las mujeres y a los trece años en los varones, los cambios hormonales inician años antes y pueden dar lugar a periodos de inquietud y mal humor, las niñas experimentan estos cambios antes que los niños (Papalia, 1998).

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2011), define como adolescencia al “período de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socio – económica” y fija sus límites entre los 10 y 20 años. De acuerdo a la Secretaria de Salud (2002), muchos adolescentes, sobre todo en países en vías de desarrollo como el nuestro, encuentran múltiples dificultades para ajustarse a esta etapa de su vida, en particular lo relativo a su sexualidad.

El inicio de la vida sexual activa se lleva a cabo cada vez más temprano, enfrentándose las adolescentes a estas relaciones sin ninguna preparación, pues no cuentan con una educación sexual estructurada y además no se acompaña del uso adecuado de métodos anticonceptivos, resultando un alto porcentaje de embarazos no planificados, y elevados índices de adolescentes que padecen enfermedades de transmisión sexual y contribuyen al incremento en las tasas de morbilidad materno-infantil (Hurlock, 1999).

Por otra parte el embarazo en los adolescentes se ha convertido en un problema de salud pública, ya que constituye una causa frecuente de consulta en las clínicas y hospitales, presentándose con mayor frecuencia en sectores socioeconómicos más

desprotegidos aunque su incidencia está presente en todos los extractos sociales, interrumpiendo con ello el desarrollo personal de la adolescente en su ámbito escolar y laboral, además de limitar una correcta sociabilización con los grupos de su edad, trastornando su desarrollo en esta etapa de la adolescencia al obligarla a asumir un papel materno para el cual no se encuentra preparada desde el punto de vista físico y emocional (Lozano, 1999).

El objetivo de la investigación fue el describir los conocimientos de sexualidad y anticoncepción que tienen los adolescentes de la telesecundaria Pedro Moreno, de la comunidad de Ocotenco, Estado de México.

# MARCO TEÓRICO

## CAPÍTULO I. ADOLESCENCIA

En este capítulo se describirá la etapa de la adolescencia así como los cambios físicos, psicológicos y sociales, que se presentan en esta transición de infancia a la madurez e iniciación a la edad adulta.

### 1.1. Definición de adolescencia

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2011), define como adolescencia al “período de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socio – económica” y fija sus límites entre los 10 y 20 años.

La adolescencia es un periodo de transición en el desarrollo entre la niñez y la edad adulta. Igual que otros periodos de transición en la vida implica cambios significativos en una o más áreas del desarrollo, incluye cambios en todos los aspectos del desarrollo de un individuo y en cada área importante del contexto social. Brinda oportunidades para crecer pero también riesgos para algunos jóvenes con problemas para manejar tantas modificaciones a la vez (Papalia, 1998).

La palabra “adolescencia” deriva de la voz latina *adolescere*, que significa “crecer” o “desarrollarse hacia la madurez”. Es el periodo de tres o cuatro años que sigue a la pubertad y que se extiende desde los signos más tempranos de madurez sexual hasta el logro de madurez física, mental y emocional (Muuss, 2001).

Según Soria en 1996, la adolescencia es un periodo de la vida que oscila entre la niñez y la adultez, cuya duración y existencia han sido discutidas y definidas como “época de crisis”.

## **1.2. Etapas de la adolescencia**

De acuerdo con Hurlock (1999), la adolescencia es un periodo de transición en el cual el individuo pasa física y psicológicamente desde la condición de niño a la edad del adulto, por lo que se dice que se halla comprendida entre el final de la niñez y el comienzo de la juventud.

Existe diferencia entre los términos adolescencia y pubertad, según Carretero (1985; citado en Muuss, 2001), la mayoría de los autores consideran a la pubertad como una serie de cambios físicos en el organismo humano cuyo producto final es, básicamente, la completa maduración de los órganos sexuales y con ello la plena capacidad para reproducirse y relacionarse sexualmente.

La entrada a la adolescencia inicia con la pubertad, cuyo inicio se sitúa en nuestros días en torno a los 10-13 años de edad, más precozmente que antes. La pubertad está limitada en cambios físicos y anatómicos que desembocan en el cuerpo de adulto y en la capacidad de reproducción (Braconnier, 2001)

Adolescencia y pubertad no son sinónimos. En tanto que la pubertad es un evento biológico, la adolescencia es básicamente un fenómeno psicosocial. La pubertad se manifiesta como resultado de una serie de mensajes provenientes del hipotálamo, dirigidos hacia la hipófisis “directora y coordinadora” de todas las glándulas de secreción interna, a través de las hormonas. Podríamos decir que el hipotálamo es el reloj interno de cada individuo que “activa” toda una serie de funciones que se encontraban inhibidas (Amssac, 2015).

La pubertad comienza cuando la glándula pituitaria de una persona joven envía un mensaje a las glándulas sexuales, las cuales comienzan a secretar hormonas. Este momento preciso está regulado aparentemente por la interacción de los genes, la salud del individuo y el ambiente; también puede relacionarse con un nivel de peso crítico. Se presenta como respuesta a los cambios en el sistema hormonal del cuerpo, los cuales se activan ante una señal fisiológica. Su respuesta en una niña es que los ovarios

empiezan a producir una gran cantidad de la hormona femenina llamada estrógeno, y en los testículos de los hombres aumenta la producción de los andrógenos, particularmente testosterona. Tanto varones como mujeres tienen ambos tipos de hormonas pero las chicas tienen niveles mayores estrógenos y los hombres de andrógenos (Papalia, 1998)

La hipófisis responde a las órdenes de hipotálamo liberando hormonas, conocidas como la hormona folículo estimulante (HFE) y la hormona luteinizante (HL), que estimulan a las gónadas: los ovarios si es mujer o los testículos si es hombre. Las gónadas, a su vez, secretan hormonas sexuales, estrógenos y progesterona en la mujer y testosterona en el hombre. Existe una periodicidad o ciclo en la producción hormonal de ambos sexos, diferente para cada uno: el ciclo masculino sufre variaciones de alrededor de 24 horas y el femenino aproximadamente cada 28 días. Los cambios hormonales son los responsables de la pubertad. Ésta tiene una secuencia específica y se inicia en las mujeres con la primera menstruación, aproximadamente entre los 9 y los 15 años. Para los hombres este fenómeno aparece aproximadamente entre los 11 y los 17 años, con la primera eyaculación (Amssac, 2015).

Uno de los pioneros en hablar acerca de la adolescencia fue Hall, y suponía que todos los adolescentes experimentaban un periodo de “tormenta y de tensión” (stress) (Giraldo, 2002).

De acuerdo a Hall (1904; citado en Muuss, 2001), la adolescencia es un nuevo nacimiento, ya que nacen los rasgos más nobles y más completamente humanos. Las cualidades de cuerpo y alma que aparecen son, en gran parte, totalmente nuevas. El niño viene de un pasado más remoto y vuelve a ese mismo pasado, el adolescente es ciego, no mira los peligros, y en él las últimas adquisiciones de la raza se hacen presentes. El desarrollo deja de ser gradual y se hace saltatorio; refleja cierto periodo remoto de tormenta y de lucha, cuando se rompieron amarras antiguas y se logró un nivel más elevado.

Los púberes pasan, repentinamente, de tener un cuerpo infantil a tener un cuerpo adulto en el cual no saben qué hacer, no solo deben luchar con él sino con una sexualidad intensa que les llena de vergüenza, sentimientos encontrados y excitaciones, sienten una revolución sexual. Por momentos se sienten adultos y en otros momentos niños; juegan a ser adultos, pero sus acciones pueden traer consecuencias definitivas: embarazo, violaciones, enfermedades de transmisión sexual, Sida, entre otras.

#### • **Adolescencia Temprana (10 a 13 años)**

Es el periodo peripuberal, con grandes cambios corporales y funcionales como la menarca, el adolescente comienza a perder interés por los padres e inicia amistades básicamente con individuos del mismo sexo, aumentan sus habilidades cognitivas y sus fantasías; no controla sus impulsos y se plantea metas vocacionales irreales, se preocupa mucho por sus cambios corporales con grandes incertidumbres por su apariencia física (Dolto, 1990).

- Biológicamente, es el periodo peripuberal, con grandes cambios corporales y funcionales como la menarca.
- Psicológicamente el adolescente comienza a perder interés por los padres e inicia amistades básicamente con individuos del mismo sexo.
- Intellectualmente aumentan sus habilidades cognitivas y sus fantasías; no controla sus impulsos y se plantea metas vocacionales irreales.
- Personalmente se preocupa mucho por sus cambios corporales con grandes incertidumbres por su apariencia física (Fina, Nuñez, y Samana, 2012).

#### • **Adolescencia media (14 a 16 años)**

Es la adolescencia propiamente dicha; cuando ha completado prácticamente su crecimiento y desarrollo somático, es el período de máxima relación con sus pares, compartiendo valores propios y conflictos con sus padres. Para muchos, es la edad promedio de inicio de experiencia y actividad sexual; se sienten invulnerables y asumen conductas omnipotentes casi siempre generadoras de riesgo, muestran preocupación

por la apariencia física, pretenden poseer un cuerpo atractivo y se manifiestan fascinados con la moda (Dolto, 1990).

- Psicológicamente es el período de máxima relación con sus pares, compartiendo valores propios y conflictos con sus padres.
- Para muchos, es la edad promedio de inicio de experiencia y actividad sexual; se sienten invulnerables y asumen conductas omnipotentes casi siempre generadoras de riesgo.
- Muy preocupados por apariencia física, pretenden poseer un cuerpo más atractivo y se manifiestan fascinados con la moda (Fina, Nuñez, y Samana, 2012).

#### • **Adolescencia tardía, luego de los 18 años**

Es una etapa de cambios rápidos, donde la curiosidad y experimentación son normales, es frecuente que el embarazo sea el elemento que faltaba para consolidar su identidad y formalizar una pareja jugando (Dolto, 1990).

- Presentan una identidad más clara de su propio cuerpo. Alcanza el 95% de su estatura adulta, se presenta crecimiento en vello facial y corporal en los varones; senos en las mujeres.
- Muestran mayor independencia y tolerancia.
- Comienzan a tomar decisiones importantes como por ejemplo considerar sus posibilidades de estudio y trabajo para el futuro.
- Se desarrolla la capacidad de evaluar riesgos y tomar decisiones conscientes (Fina, Nuñez, y Samana, 2012).

### **1.3. Características de la adolescencia**

Por otra parte entre los 12 y los 18 años las personas viven un intenso proceso de cambios corporales, afectivos, de valores y de relaciones sociales:

- Sociológicamente, la adolescencia es el periodo de transición que media entre la niñez dependiente, y la edad adulta autónoma.

- Psicológicamente, es una situación marginal en la cual han de realizarse nuevas adaptaciones, que dentro de una situación dada distinguen la conducta infantil del comportamiento adulto.
- Cronológicamente, es el lapso que comprende desde aproximadamente los 12 o 13 años hasta los primeros de tercera década con grandes variaciones individuales y culturales, tienden a iniciarse antes las niñas que los varones (Muuss, 2001).

### **1.3.1. Cambios físicos**

Los cambios físicos de esta etapa son muy relevantes pues posicionan al niño en una situación nueva. Los cambios que aquí se dan son diferentes a los ocurridos durante la niñez y suelen ser diferentes en cada individuo, tanto en hombres como mujeres.

Los cambios biológicos que señalan el final de la niñez incluyen el crecimiento repentino del adolescente, el comienzo de la menstruación en las mujeres, la presencia de semen en la orina de los varones, la maduración de los órganos sexuales primarios (los que se relacionan directamente con la reproducción), y el desarrollo de las características sexuales secundarias (señales fisiológicas de la madurez sexual que no involucran en forma directa a los órganos reproductores) (Papalia, 1998).

Los cambios físicos de la adolescencia siguen una secuencia que es mucho más consistente que su aparición real, aunque este orden varía en cierta forma de una persona a otra. Algunas personas pasan por la pubertad con mayor rapidez mientras que otras lo hacen con mayor lentitud.

Cuadro 1. *Secuencia habitual de los cambios físicos en la adolescencia*

<b>CARACTERÍSTICAS FEMENINAS</b>	<b>EDAD DE APARICIÓN</b>
Crecimiento de los senos.	8 – 13
Crecimiento del vello púbico.	8 - 14
Crecimiento del cuerpo.	9.5 -14.5 (promedio máximo, 12)
Menarquia.	10 – 16.5 (promedio 12.8)
Vello axilar.	Casi dos años después de la aparición del vello púbico.
Aumento de la productividad de las glándulas sudoríparas y sebáceas que pueden llevar a la aparición del acné.	Casi al mismo tiempo que la aparición del vello axilar.

<b>CARACTERÍSTICAS MASCULINAS</b>	<b>EDAD DE APARICIÓN</b>
Crecimiento de Los testículos y el saco escrotal.	10 – 13.5
Crecimiento del vello púbico.	10 -15
Crecimiento del cuerpo.	10.5 – 16 (promedio máximo, 14)
Crecimiento del pene, la próstata y las glándulas seminales.	11 – 14.5 (promedio 12.5)
Cambio de voz.	Casi al mismo tiempo del crecimiento del pene
Primera eyaculación de semen.	Casi un año después del crecimiento del pene.
Vello facial y axilar.	Casi dos años después de la aparición del vello púbico.

Fuente: Papalia (1998).

### **1.3.1.1. Características sexuales**

En las características sexuales primarias se da el crecimiento y maduración de los órganos necesarios para la reproducción. En las mujeres son los ovarios, el útero y la vagina; en los hombres, los testículos, la próstata y las vesículas seminales.

Las características sexuales secundarias son signos fisiológicos de la madurez sexual que no involucran directamente a los órganos reproductores. Incluyen el crecimiento de los senos en la mujer, la pelvis se hace más ancha, se adquieren adiposidades en los pechos y en las caderas, Así mismo aparece vello en la región del pubis y en las axilas; en el hombre les brota vello en las extremidades y en el tronco, la

barba se pigmenta y la voz baja de tono, se ensanchan las espaldas y se amplía su cavidad pectoral (Hurlock, 1999).

### **1.3.1.2. Cambios en las dimensiones del esqueleto**

Se dan modificaciones en cuanto a la estatura, el peso y las proporciones del cuerpo, sin embargo este auge en las mujeres tiene un promedio de dos años de anticipación con respecto al de los hombres (Hurlock, 1999).

### **1.3.1.3. Cambios en la química del cuerpo**

Las glándulas endocrinas íntimamente relacionadas con los cambios fisiológicos de la adolescencia son el timo, la pituitaria y las gónadas, esto es los testículos y los ovarios. Las gónadas femeninas producen óvulos, las masculinas producen las células de espermatozoides; ambas producen la hormona sexual femenina el estrógeno, y la hormona sexual masculina, el andrógeno (Hurlock, 1999).

Hay inquietud durante el desarrollo físico por el cambio de imagen corporal, se quiere saber qué está pasando, qué va a pasar, por qué se siente de esa manera, que nuevos cuidados se deben tener con el cuerpo. Existe curiosidad acerca de la concepción, embarazo y las relaciones sexuales. Las primeras poluciones nocturnas (emisiones de semen durante el sueño) suelen despertar culpa y ansiedad por falta de información.

El desarrollo biológico de los seres humanos siempre marcha paralelamente al desarrollo sociológico, es decir que debe de aprender a ser socialmente aceptable, acomodarse a las tradiciones, costumbres y hábitos de su grupo.

### **1.3.2. Cambios psicológicos**

La adolescencia es quizá la época más complicada de todo el ciclo de la vida. Los adolescentes están seguros de que todo el mundo los observa, no sorprende que los enormes cambios físicos tengan muchas secuelas psicológicas, especialmente

significativas son las reacciones ante la madurez temprana o la madurez tardía, la llegada de la menstruación y los cambios en el aspecto físico (Papalia, 1998).

El adolescente participa en la búsqueda de su identidad y se encuentra muy preocupado acerca de sus sentimientos sobre sí mismo y la manera de cómo otros lo perciben. Es egocéntrico e introspectivo, gasta mucho tiempo analizándose, pensando sobre sí mismo y comparándose con otros. Como resultado se hace más pronunciada en este tiempo la autoconciencia y como resultado de la introyección la autoimagen cambiante del adolescente produce fluctuaciones en el estado de ánimo y susceptibilidad. En ocasiones el adolescente puede ser muy impulsivo o activo, tiempo después aislarse y perder el interés por completo. Pueden mostrar arranques de furia y desaprobación frente a algo que momentos después le parece lo mejor que ha visto. Tiene dificultades para tomar decisiones (Hurlock, 1999).

En el terreno emocional es común que la autoestima sufra cambios radicales y perdurables, ya que es una etapa en la que principalmente las mujeres dan mucho énfasis a las opiniones que provienen de la sociedad, provocando en éstas una falta de identidad. En esta etapa el temor se relaciona con el miedo a la incapacidad, con angustia de equivocarse o de estar actuando inadecuadamente, sintiendo el adolescente que al cometer un error perdería la aceptación y el cariño de quienes lo rodean. Por ello es conveniente que los padres y los docentes propicien que los jóvenes experimenten y prueben sus propias habilidades; permitirles tener su espacio con ciertos límites que lo contengan, sin alejarse demasiado pero dando confianza y seguridad, concluyendo así que el adolescente necesita experimentar y ensayar en un ambiente de seguridad, cariño, aceptación y confianza, logrando así en esta edad tener muchas satisfacciones, pueden desarrollar la creatividad y explotar la energía en actividades constructivas e innovadoras (Muuss, 2001).

El adolescente intenta reafirmar su identidad, su autoconcepto, su sentido de responsabilidad, sus capacidades de comunicación y relación, su autonomía y su habilidad para resolver problemas, esto no quiere decir que el adolescente propiamente

dicho no tenga una identidad; si la tienen, pero en este periodo se reafirma se redefine y reestructura.

### **1.3.3. Cambios sociales**

La adolescencia varía según la época, las circunstancias y la cultura. Hace algunos años, este periodo de desarrollo era muy corto y las responsabilidades de la vida humana se asumían a menor edad, iniciaban a trabajar más jóvenes, se contraía matrimonio a menor edad, y se tenían hijos. Hoy en día la adolescencia se ha prolongado, a veces hasta cerca de los 25 o 30 años.

Se viven situaciones como: la renuncia a la dependencia de los padres, la búsqueda de la autonomía e independencia, el cuestionamiento de la autoridad de las personas adultas, el interés por tener amistades, la importancia de pertenecer a un grupo de amigos o amigas, entre otras. Está claro que las relaciones con las personas adultas cambian drásticamente, especialmente con los padres, lo cual puede generar situaciones de conflicto ante el cuestionamiento, desafío y necesidad de probar su autoridad. Sin embargo, si las personas adultas enfrentan estas experiencias con tranquilidad y facilitan la adquisición de la autonomía del o la adolescente, la transformación de estas relaciones no tiene que ser algo negativo (Papalia, 1998).

Se da una relación con su grupo de pares, grupo de pertenencia, para afirmar su imagen, adquirir seguridad y destreza social, necesarias para el futuro, se da una revisión crítica de los valores éticos y religiosos propios aprendidos en la familia o en la escuela, tienen gran sentido de la justicia tanto en lo individual como en los hechos que afectan la humanidad, exigen derechos y van adquiriendo obligaciones (Muuss, 2001).

Los grupos se convierten en centros donde se adquiere experiencia con respecto a la identidad personal y a la estabilidad. El adolescente busca adquirir y conservar la aprobación compañeros de la misma edad. Estos grupos ejercen influencia en casi todos sus actos, son grupos dominantes que regulan las actitudes, intereses, actividades y aspiraciones, por ejemplo afectan el modo de hablar, los valores morales,

la indumentaria. El conflicto adulto adolescente se convierte en conflicto entre el grupo familiar y el grupo de compañeros del adolescente. La dificultad que tiene un adolescente para relacionar los dos grupos determina la magnitud de las tensiones y conflictos que caracterizan este periodo (Hurlock, 1999).

La adolescencia es un periodo durante el cual el individuo busca la adaptación sexual, social, ideológica y vocacional, así como la independencia. El final de la etapa tiene que ver con el grado de adaptación y madurez alcanzado, refiriéndose la adaptación a un sentimiento de adecuación, responsabilidad y seguridad que permita la independencia no solo económica, sino también emocional, la cual no es fácil de alcanzar. Los cimientos de la socialización se constituyen en la infancia; se espera que en la adolescencia se estructuren las actitudes o pautas de comportamiento adecuadas que han de permitirle un lugar en el mundo de los adultos.

#### **1.4. Sexualidad en la adolescencia**

La sexualidad es una de las formas cotidianas de relación entre los seres humanos. Se encuentra presente en todas las etapas de la vida, y en ella se conjuntan varios aspectos: biológicos, psicológicos y sociales. Los aspectos biológicos se desarrollan con el aspecto físico y fisiológico de todas aquellas características, internas y externas, que diferencian al hombre de la mujer. Los aspectos psicológicos incluyen los sentimientos y la forma de pensar. Entre los aspectos sociales se encuentra la cultura, el desarrollo socioeconómico y la geografía donde se vive (Muuss, 2001),

Debido a la naturaleza íntima de la sexualidad así como los tabúes que existen en la sociedad, gran parte de los adolescentes se rehúsan a ser partícipes en cualquier investigación respecto a sus actitudes o a la examinación de su conducta en esta área tan sensible (Giraldo, 2002).

Hurlock (1999), menciona las fases de la conducta heterosexual, es decir las etapas por las que pasan los adolescentes camino a su vida adulta, las cuales son:

- Enamoramiento y culto del héroe: un fuerte apego afectivo por un individuo mayor con el cual el adolescente tiene contactos personales se conoce como “enamoramiento”; el apego por una persona que el joven admira a la distancia se conoce como “culto del héroe”.
- “Amor de cachorros”: En este tipo de relación –que se denomina así porque se caracteriza por bromas, conducta desordenada y otras maneras ambiguas de mostrar interés mutuo-, el adolescente manifiesta su afecto por alguien que se le aproxima en edad.
- Citas: a diferencia del “galanteo”, las citas brindan experiencias sociales agradables sin un compromiso permanente. Se inician como parte de las actividades de las camarillas y, con el tiempo se convierten en experiencias de parejas simples, si bien los componentes de éstas pertenecen por lo general a la misma camarilla.
- Noviazgo: tras un periodo de salidas con diferentes muchachas, el joven selecciona una, de la cual gusta en particular, que pasa a ser su “chica”. En estas circunstancias, se espera que ambos se abstengan de salir con otros.
- Relación antes del compromiso matrimonial: la formalización, paso previo al compromiso, suele indicar que el adolescente piensa en el matrimonio. Este paso carece de la finalidad del compromiso y no se hace anuncio protocolar alguno.
- Compromiso: si la pareja se entiende y comprende surge el compromiso, por lo general este período es más breve que el precedente.
- Casamiento: el matrimonio consiste en la unión y cohabitación de dos personas de distinto sexo con obligaciones permanentes de la una hacia la otra y hacia sus hijos. Si ambos individuos son estudiantes o dependen económicamente de sus padres, se dice de su unión matrimonial que es “temprana”.

#### **1.4.1. Factores que fomentan las relaciones sexuales en la adolescencia**

Es difícil determinar con exactitud las razones por las que los adolescentes inician su vida sexual, las causas son múltiples y se relacionan entre sí. Por lo general, la información se obtiene desde la primaria.

Las expresiones de amor que comúnmente se dan en los adolescentes y a su vez propician la madurez a su sexualidad son:

- Recuerdos: todo lo que haya pertenecido al ser amado –en particular si éste lo selecciono y usó- es muy apreciado debido a su valor simbólico.
- Asociación constante: aun una separación breve del ser amado trae un estado de infelicidad; se hace cualquier esfuerzo para estar en su compañía y para establecer comunicación telefónica cuando se ha ido.
- Confianza: la persona que ama desea compartir con el ser amado sus alegrías y penas, esperanzas y aspiraciones, creencias y sentimientos.
- Expresiones creativas: separado de su pareja, la persona que ama escribe cartas románticas, compone poesías, llevar un diario o, como manera de canalizar su amor, confecciona algo que el ser amado pueda usar.
- Celos: si alguien muestra interés o intenta despertar el afecto de la persona amada el amante sentirá celos.
- Besuqueo y caricias moderadas: las intimidades físicas que se caracterizan por el beso casual y las caricias confinadas a latitudes no inferiores a la línea del cuello se conocen como “besuqueo”. Se inicia a menudo ya en la primera cita y aumentan en frecuencia e intensidad a medida que se repiten los encuentros.
- Caricias eróticas: el contacto físico que no implica unión de los genitales pero que se usa para despertar el erotismo y provocar el deshago sexual recibe la denominación de “caricias eróticas”.
- Relaciones prematrimoniales: por lo general la cópula premarital se practica entre los 16 y los 20 años. Luego de muchas citas, particularmente durante la fase de anillo de compromiso, la unión sexual se practica con frecuencia (Hurlock, 1999).

De acuerdo a Hurlock (1999), en algunos estudios realizados detectaron que las principales causas por las que los adolescentes inician su vida sexual activa son:

- Descenso de la edad de la menarca o primera menstruación
- Iniciación temprana de la actividad sexual presionada por los pares, o por la pareja
- Periodo de adolescencia más prolongado

La gravidez de las mujeres jóvenes se da en quienes tienden a depender de alguien y a ser pasivas, confusas, de pobre autoestima, con escasa o ninguna comunicación con sus padres, en especial en lo referente al sexo; viven sentimientos de rechazo, abandono y soledad, carecen de confianza en sí mismas y por lo mismo buscan atención y ayuda (Braconnier, 2001).

Entre las explicaciones del porque los adolescentes inician su vida sexual está el fenómeno del ambiente en el hogar, puede ser muy estresante o que provengan de familias inestables, con una nula figura paterna, marcada por la ausencia física del padre, o por madres competidoras y dominantes, con una relación simbiótica y ambivalente con su hija, la cual percibe a la madre como inadecuada; al padre se le ha descrito como una persona pasiva, poco afectiva, débil o ausente. La comunicación de problemas personales con la madre es poca o no existe. Con sus amigas tampoco hablan mucho de relaciones sexuales premaritales o del uso de anticonceptivos.

La adolescencia es un periodo durante el cual el individuo busca la adaptación sexual, social, ideológica y vocacional, así como la independencia. El final de la etapa tiene que ver con el grado de adaptación y madurez alcanzado, refiriéndose la adaptación a un sentimiento de adecuación, responsabilidad y seguridad que permita la independencia no solo económica, sino también emocional, la cual no es fácil de alcanzar. Los cimientos de la socialización se constituyen en la infancia; se espera que en la adolescencia se estructuren las actitudes o pautas de comportamiento adecuadas que han de permitirle un lugar en el mundo de los adultos.

## **CAPÍTULO II. SEXUALIDAD**

En este capítulo se describe la definición de sexualidad, las perspectivas teóricas que abordan el tema de sexualidad, la anatomía y fisiología del aparato reproductor masculino y femenino, así como las prácticas o conductas sexuales típicas del adolescente.

Para alcanzar la sexualidad adulta, el joven debe dominar diversas tareas primordiales. Ha de adquirir conocimientos acerca del sexo y de los roles sexuales para comportarse del modo aprobado por la sociedad, aprender las pautas consentidas en el campo de la conducta sexual, imbuirse de los valores aprobados socialmente como guía para la selección de la persona del sexo opuesto que ha de acompañarlo toda la vida y aprende a expresar “amor” por otro individuo y a desempeñar la función aprobada para miembros de su sexo (Hurlock, 1999).

### **2.1. Definición de sexo y sexualidad**

Es necesario definir y diferenciar lo que es el sexo y sexualidad por lo que se presentan sus definiciones:

El término “sexo”. se refiere al conjunto de características biológicas que definen al espectro de humanos como hembras y machos (Amssac, 2015).

La sexualidad es el conjunto de condiciones anatómicas, fisiológicas y psicológico-afectivas que caracterizan el sexo de cada individuo. También, desde el punto de vista histórico cultural, es el conjunto de fenómenos emocionales, de conducta y de prácticas asociadas a la búsqueda del placer sexual, que marcan de manera decisiva al ser humano en todas y cada una de las fases determinantes de su desarrollo en la vida cotidiana.

El término “sexualidad” se refiere a una dimensión fundamental del hecho de ser un ser humano: Basada en el sexo, incluye al género, las identidades de sexo, la

orientación sexual, el erotismo, la vinculación afectiva, el amor, y la reproducción. Se experimenta o se expresa en forma de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, actividades, prácticas, roles y relaciones. La sexualidad es el resultado de la interacción de factores biológicos, psicológicos, socioeconómicos, culturales, éticos y religiosos o espirituales. Si bien la sexualidad puede abarcar todos estos aspectos, no es necesario que se experimenten ni se expresen todos. En resumen, la sexualidad se expresa en todo lo que somos, sentimos, pensamos y hacemos (Amssac, 2015).

La diferencia entre estos términos es que sexo es la característica biológica que define el género y la sexualidad son las conductas y prácticas que realizan los seres humanos.

En la adolescencia inicial los sentimientos e impulsos sexuales son difusos y pueden fijarse en cualquier persona o cosa por las cuales el joven sienta un apego emocional. La manera de expresarse de estos sentimientos e impulsos depende en gran parte del aprendizaje y de la influencia de las presiones sociales. Sólo cuando cuando los sentimientos e impulsos sexuales difusos se dirigen a individuos del sexo opuesto, y llevan pautas de conducta que se asocian normalmente con esas manifestaciones, se puede considerar que el adolescente es una persona heterosexual que ha llegado a la sexualidad adulta (Hurlock, 1999).

## **2.2. Perspectivas teóricas que abordan el estudio de la sexualidad**

Para tratar el tema de sexualidad es necesario mencionar bajo que teoría o marco de estudio se realiza, se identifican dos teorías, la primera la conforman los modelos que atribuyen a la sexualidad un carácter puramente biológico, en la segunda categoría la sexualidad es vista como el resultado de la interacción grupal, que con base en una raíz biológica, origina la diversidad de ideas, sentimientos, actitudes y otros aspectos que se entienden por sexualidad (Rubio, 1994).

*El modelo psicoanalítico de la sexualidad humana*

El modelo más representativo de la primera categoría, que deposita a la sexualidad un carácter puramente biológico e innato es la teoría psicoanalítica de Sigmund Freud.

Freud (citado en Rubio, 1994), consideró los orígenes de cualquier fenómeno sexual a una energía que denomino libido, la cual poseía un origen biológico en cada individuo. Esta energía constituye la pulsión libidinal, dicho autor postulo después la pulsión agresiva. Dentro de este marco, la pulsión se entiende como una fuerza o impulso que se presenta para cumplir algún objetivo. Esta idea se refiere a que se presentan problemas en la manifestación no regulada de las pulsiones. El primero de dichos conflictos es el surgido por la manifestación placentera (libidinal) y las restricciones dictadas por la realidad (vivencia placentera continua).

En este sentido, el niño manifiesta conflictos a causa del surgimiento de sus impulsos placenteros y sexuales, los cuales encuentran oposición y restricción por parte de la sociedad, que es representada por los padres o cuidadores primarios. Cuando el individuo es adulto, los padres son sustituidos por las normas, valores y reglas que fueron introyectadas formando el superyó del individuo. También postuló la idea de conflicto en las pulsiones, pulsión libidinal (eros o pulsión de vida) y la pulsión agresiva (tanatos o pulsión de muerte). De esta premisa surge la hipótesis que la satisfacción de la pulsión libidinal puede darse en tres formas que no parecen tener relación con el objeto original del individuo.

La primera en donde la perversión se establece cuando el objeto de gratificación continua siendo alguno de los importantes en la infancia, además de que la gratificación adulta se dificulta por algún evento en la historia de desarrollo que lleve a la idea de que la sexualidad es peligrosa o difícil. La segunda forma es denominada sublimación, con ella el objeto de gratificación es sustituido totalmente por otro, de tal forma la relación parece nula. Un ejemplo de ello pueden ser las expresiones artísticas o culturales. La neurosis es la última categoría, se presenta si ninguno de los procesos anteriores se desarrolla. La gratificación de la pulsión se sigue buscando, sin embargo, se lleva a

cabo bajo la represión y muchos mecanismos de defensa, esto debido a la culpa y ansiedad que genera dicha actividad (Rubio, 1994).

#### *El modelo de las secuencia de la conducta sexual.*

Byrne (1986, citado en Rubio, 1994), propone este modelo, el cual consta de tres niveles de observación, estímulos externos, procesos internos y conducta manifiesta. Los estímulos externos pueden ser aprendidos o no aprendidos, además se atribuyen a ellos una calidad erótica. Los procesos internos son de varios tipos, afectivos, actitudinales, informacionales, imaginarios, fisiológicos y de expectativas. Por su parte la conducta manifiesta se subdivide en: actos instrumentales, respuestas meta y resultados a corto y largo plazo (estos modulan los procesos internos). Los actos que permiten hacer posible a conducta sexual son los actos instrumentales. Las respuestas meta se refieren a la interacción sexual que lleva a la excitación y/u orgasmo. La bondad de este modelo es que al operacionalizar las variables, todas ellas pueden ser medibles.

#### *El modelo sociológico.*

Este modelo conforma al igual que el anterior uno de tipo empírico-positivista, que trabaja a la sexualidad en su nivel social. Reiss (1985, citada Rubio, 1994), toma el concepto de guion sexual, propuesto por Simon y Gagnon (1984) y lo traduce a un nivel cultural. Esta idea de guion cultural se refiere a un modelo de interacción regido por los roles sociales. Se refiere a una especie de código compartido por los miembros de un grupo acerca de que deben hacer sexualmente, es decir, lo que el grupo espera en esa área.

Además, Reiss (1985, citada en Rubio, 1994), menciona que la conducta erótica presenta dos consecuencias universales; engloba importancia cultural y la mencionada conducta sexual conlleva a la formación de vínculos. Esto último se debe a que las personas muestran sus partes ocultas y generalmente se trata de una experiencia placentera. Por otro lado, el autor afirma que la sexualidad es entendida en este sentido con tres instituciones sociales: los roles genéricos a través de su función como filtros de

poder, la estructura de los celos que en cada sociedad regula quienes y con quien tiene acceso a la actividad erótica. Lo que se traduce a formación de parentescos y finalmente, las conceptualizaciones sociales de normalidad sexual funcionan como reguladores de la conducta sexual, su importancia y las vinculaciones sexuales.

### **2.3. La respuesta sexual humana**

Este término se refiere a todos los cambios corporales que ocurren durante la actividad sexual y fue descrito por primera vez en el año de 1966 por Masters y Johnson.

La respuesta sexual humana sigue una secuencia de respuestas fisiológicas que suelen darse en todas las personas y tienden a ser predecibles.

Masters y Johnson realizaron estudios por más de doce años, en los cuales determinaron que la respuesta sexual es un proceso que consta de un principio y un final, tanto en hombres como mujeres el esquema de la respuesta sexual suele ser el mismo, y solo se diferencia por la respuesta fisiológica de sus genitales.

Para estos autores este periodo está comprendido por cuatro etapas, las cuales clasificaron en: excitación, meseta, orgasmo y resolución, y las describen de la siguiente manera:

1. La mujer se caracteriza por lubricación vaginal, expansión de los dos tercios internos de la cavidad vaginal, elevación de los labios mayores, elevación del cuello y cuerpo del útero, aumento del tamaño del clítoris, erección de los pezones, incremento del tamaño de las mamas.

El hombre experimenta excitación sexual, entonces el cerebro envía señales de manera muy rápida de la medula espinal a los genitales, en este momento el pene se endurece pues se ha llenado de sangre, los testículos suben y el escroto se hace más grueso.

2. Si se continua con la estimulación se llega a la segunda fase llama meseta, en la mujer se caracteriza por la prominente dilatación en el tercio externo de la vagina, la abertura del introito vaginal de la mujer se estrecha y se da una expansión del interior de la vagina, aumenta la elevación del útero, el clítoris se retrae, aumenta el tamaño de las mamas, se da un eritema cutáneo (de epigastrio a las mamas, glúteos, espaldas, extremidades y rostro), miotonía generalizada, taquicardia, hiperventilación y aumento de presión arterial. En los varones existe una serie de reacciones donde el pene se vaso dilata o hincha aún más, el glande tiende a ponerse de un color azulado. Cabe mencionar que durante esta fase se cierra el esfínter interno de la vejiga, para impedir que el semen llegue hasta allá y evitar que con la eyaculación se produzca la micción. La glándula de Cowper es la encargada de segregar líquido con el fin de limpiar la uretra y puede contener espermatozoides.
  
3. Si el acto sexual prosigue, se da una actividad donde en la mujer se producen contracciones rítmicas y simultaneas del útero, del tercio externo de la vagina y esfínter rectal (plataforma orgásmica), aumento de los ritmos cardiaco y respiratorio. En los varones los espermatozoides salen de los testículos, pasan por las vesículas seminales, donde se une al líquido formado en la uretra. Una vez llegado hasta aquí se tiene la sensación de no vuelta atrás y pérdida del control muscular, esta es conocida como fase orgasmo, los músculos se contraen al igual que los órganos sexuales para así producir la eyaculación.
  
4. En ésta última fase en las mujeres el útero desciende, la vagina se acorta y el clítoris vuelve a su posición normal. Cual el hombre alcanza el clímax se produce la fase de Resolución, donde el pene pierde su erección y se torna flácido, los testículos y el escroto vuelven a su tamaño natural.

Más adelante viene un periodo que es exclusivo del hombre llamado periodo refractario durante el cual es imposible otra erección u otra eyaculación.

De acuerdo a la Asociación Mexicana para la Salud Sexual, A.C. (2015), en la actualidad, una manera de conceptualizar la respuesta sexual humana es concebirla como Kaplan, en tres fases: deseo, excitación y orgasmo:

- **Deseo:** esta fase de deseo, se refiere al apetito sexual, es decir, las ganas o el interés que siente una persona por tener actividad sexual, independientemente de que esta última se lleve a cabo.
- **Excitación:** los signos más notables de la excitación sexual son la lubricación vaginal y la erección del pene. Cuando el grado de excitación aumenta en el varón y el pene alcanza sus máximas dimensiones, se observa la salida por la uretra de unas gotas de líquido pre-eyaculatorio mismo que tiene la función de limpiar la uretra. Este líquido con frecuencia contiene espermatozoides y siempre existe la posibilidad de un embarazo.
- **Orgasmo:** en esta fase ocurren contracciones involuntarias de la musculatura pélvica que se acompañan de sensaciones intensas en diversas partes del cuerpo. La mujer experimenta una serie de contracciones en la parte más externa de la vagina y tiene sensaciones placenteras.

El varón también tiene contracciones involuntarias, sobre todo en la base del pene, y en la mayoría de los hombres la eyaculación ocurre durante la sensación placentera del orgasmo (Amssac, 2015).

## **2.4. Anatomía y fisiología sexual**

La comprensión básica de la anatomía y fisiología, se considera fundamental para el entendimiento de la sexualidad humana, ya que a partir del manejo adecuado de esta información, el adolescente puede expresar sus dudas sobre aquello que siente y piensa de su sexualidad

### **2.4.1. Aparato reproductor femenino**

A continuación se presenta un esquema del aparato reproductor femenino, describiendo en lo general sus características, funcionamiento y gráficamente se representa en las figuras 1 y 2.

### *Órganos sexuales externos de la mujer:*

**La vulva** describe a todo el sistema genital externo de una mujer y consta de las siguientes partes:

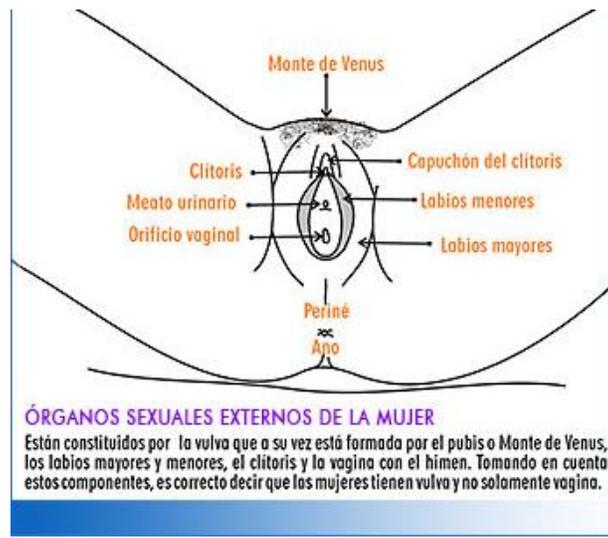
**Monte Venus:** Es una prominencia de tejido graso que se forma bajo la piel de la región del pubis femenino. La piel en esta zona durante la pubertad se vuelve más oscura y se cubre de vello, alberga terminaciones nerviosas las que al ser estimuladas por presión o peso pueden producir excitación sexual (Amssac, 2015).

**Labios Mayores:** Son dos pliegues de piel de aproximadamente 7 cm. de largo que rodean la hendidura vulvar. La piel que los cubre es más oscura que la del resto del cuerpo, en el exterior están cubiertos de vello y poseen glándulas que empiezan a secretar sudor (sudoríparas) y grasa (sebáceas) en la pubertad. Poseen una gran sensibilidad (Amssac, 2015).

**Labios Menores:** Son dos pliegues de piel que rodean el orificio vaginal, el meato urinario y terminan formando el capuchón del clítoris. Estos pliegues que crecen en la pubertad, cuentan con un tejido eréctil que les permite aumentar de volumen durante la excitación sexual y poseen gran sensibilidad (Amssac, 2015).

**Clítoris:** Es un órgano pequeño y eréctil, es decir que aumenta de tamaño por la llegada de sangre a esa zona durante la excitación sexual, mide desde 1 a 3 cm., tiene forma cilíndrica y se encuentra cubierto por el capuchón del clítoris que es la continuación de los labios menores. Este órgano presenta infinidad de terminaciones nerviosas que proveen de sensaciones sexualmente placenteras (Amssac, 2015).

Figura 1. Órganos sexuales externos de la mujer.



Fuente: Amssac (2015).

### *Órganos sexuales internos de la mujer*

**Himen:** Es una estructura que se encuentra en el interior de la entrada de la vagina. Es una membrana que cierra parcialmente la entrada de la vagina en algunas de las mujeres que no han tenido relaciones sexuales con penetración. Existen mujeres que nacen sin himen, en otras es elástico, conocido como “himen complaciente”, que no se rompe durante las relaciones sexuales con penetración. La mayoría suele romperse durante la primera relación sexual con penetración, produciéndose un pequeño sangrado. La ausencia de sangrado durante el primer contacto sexual, o la ausencia de himen en algunas mujeres de ninguna manera representan una prueba de que la mujer no sea virgen (Amssac, 2015).

**Vagina:** Este órgano está hecho de un tejido muy elástico y sus paredes están adheridas, como si fuera un globo desinflado. Durante la excitación sexual, cierta cantidad de líquido que proviene de la sangre atraviesa las paredes vaginales produciéndose así la lubricación vaginal. La vagina también es la vía por donde sale el sangrado que viene del útero durante la menstruación. La vagina es tan flexible que

durante el parto el bebé pasa por la vagina, también se le conoce como “canal de nacimiento”. A la entrada de la vagina se le denomina “orificio vaginal” (Amssac, 2015).

**Útero o Matriz:** Es un órgano hueco en forma de pera invertida inclinada ligeramente hacia el frente. Su función es dar albergue al huevo fecundado durante todo su desarrollo, es decir que en el útero se lleva a cabo el embarazo (Amssac, 2015).

**Endometrio:** Es la capa mucosa interna, con gran cantidad de vasos sanguíneos, susceptible a los cambios cíclicos hormonales que se desprende durante la menstruación para volver a crecer en el siguiente ciclo (Amssac, 2015).

**Cuello del útero o cérvix:** Parte más fibrosa del cuerpo uterino; un extremo de él se proyecta hacia la vagina formando un puente que sirve de paso a los espermatozoides; durante el embarazo se cierra con un tapón mucoso impidiendo el paso de bacterias y material extraño que pueda afectar al producto (Amssac, 2015).

**Ovarios:** Son dos cuerpos en forma de almendra que se encuentran sostenidos por un ligamento y a cada lado del útero o matriz. Tienen una doble función, por un lado son los responsables de la maduración de los óvulos y, por el otro, de la producción de hormonas (Amssac, 2015).

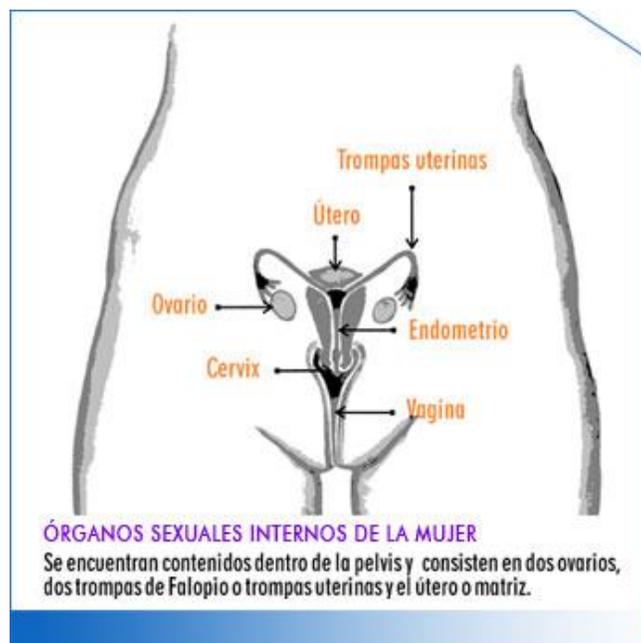
Se calcula que hacia el séptimo mes de gestación el ovario contiene aproximadamente siete millones de folículos (ovarios inmaduros) los cuales se van desintegrando conforme crece la mujer. A partir de la pubertad hasta los 35 años de edad promedio, se ovula cerca de 13 veces al año liberándose de 400 a 500 óvulos en la vida de una mujer. Los demás óvulos antes de degenerarse constituyen una importante fuente de hormonas femeninas. Cada mes se rompe un folículo liberando a un óvulo maduro, proceso que se conoce como ovulación. El espacio que queda se llena de una sustancia denominada cuerpo amarillo que produce una hormona llamada progesterona, la cual inhibe la ovulación durante el embarazo. La ovulación ocurre de

manera alternada en cada ovario; sin embargo se pueden presentar casos de liberación de dos o más óvulos en el mismo mes (UAM, 2015).

**Trompas de Falopio o tubas uterinas:** Son dos tubos de comunicación entre el ovario y el útero, su función es la de transportar al óvulo desde el ovario en dirección al útero. Miden aproximadamente 10 cm de longitud y se encuentran sostenidas por un ligamento el cual permite que se extiendan. Las trompas en su interior están recubiertas por pequeñas vellosidades, las fimbrias, que crean corrientes hacia el útero y así se lleva a cabo la transportación. En el interior de las trompas se lleva a cabo la fecundación, es decir, la unión de un espermatozoide con un óvulo (Amssac, 2015).

**Glándulas de Bartholin:** Son dos glándulas ubicadas a cada lado del orificio vaginal, cada una de ellas secreta durante la excitación sexual gotas de una sustancia acuosa, que contribuyen a la lubricación vaginal (Amssac, 2015).

Figura 2. Órganos sexuales internos de la mujer.



Fuente: Amssac (2015).

### 2.4.2. Aparato reproductor masculino

A continuación se presenta un esquema del aparato reproductor masculino, describiendo en lo general sus características, funcionamiento y gráficamente se representan en las figuras 3, 4 y 5.

#### *Órganos sexuales externos del hombre:*

**Pene:** Es un órgano externo con doble función. Por un lado cuando está en estado de flacidez sirve para conducir la orina a través de la uretra desde la vejiga hacia el exterior y por el otro, cuando se encuentra en estado de erección puede penetrar en la vagina durante el coito y transportar el semen hacia el exterior: la eyaculación, estado flácido puede medir de 6.5 a 10 cm de longitud y 2.5 cm de diámetro. En estado eréctil alcanza de 14 a 16.5cm de longitud y 4.5 cm de diámetro. La variación en el tamaño nada tiene que ver con la satisfacción sexual. Está formado por dos cuerpos cavernosos y un cuerpo esponjoso (Amssac, 2015).

El tamaño del pene puede ser motivo de orgullo o preocupación. Uno de los grandes mitos ampliamente difundidos tiene que ver con el tamaño del pene, en el que se presupone que un pene grande se desempeña mejor y puede ser fuente de mayor placer para el hombre y la mujer. La realidad es que un hombre con pene chico es capaz de disfrutar el placer de las relaciones sexuales, lo mismo que su pareja, así como de procrear sin ningún problema. Para la mujer no es importante el tamaño del pene, durante el coito la satisfacción está más bien dada por la sensibilidad y habilidad de ambos al tener relaciones sexuales, sin importar las dimensiones de éste (Amssac, 2015).

**Glande:** Se encuentra en la punta del pene. Es el remate del cuerpo esponjoso y una zona altamente sensible. Esta zona cuenta con una gran cantidad de terminaciones nerviosas sensoriales (Amssac, 2015).

**Escroto:** Es una bolsa constituida de varias capas situada cerca de la base del pene. Está constituido por un músculo llamado cremáster; protege al testículo al regular

su temperatura contrayéndose o retrayéndose según las condiciones ambientales, condición necesaria para la reproducción de los espermatozoides, durante la pubertad toma una coloración más oscura que la del resto del cuerpo y se cubre de vello. En su interior se encuentra separado en dos compartimentos y cada uno aloja a un testículo (Amssac, 2015).

**Prepucio.** Piel que cubre el glande. Se retrae con la erección del pene. Por razones higiénicas y en algunas ocasiones por motivos religiosos, se reduce mediante un proceso quirúrgico denominado circuncisión, lo que no afecta en lo absoluto la sensibilidad del glande (UAM, 2015).



Fuente: Amssac (2015).

*Órganos internos del hombre:*

**Testículos:** Son dos cuerpos ovoides (en forma de huevo), miden 4 cm de longitud y 2.5 cm de ancho, están envueltos cada uno por una delicada membrana. En su interior presentan pequeños compartimentos que contienen numerosos conductos, se albergan aproximadamente 250 lóbulos o compartimentos, los cuales contienen a su vez los túbulos seminíferos enrollados, los cuales al ser extendidos miden varios cientos de metros. Se calcula que existen 1000 en cada testículo y es ahí en donde se forman y maduran los espermatozoides a través del proceso conocido como espermatogénesis. Los testículos tienen doble función, una de ellas es la producción de

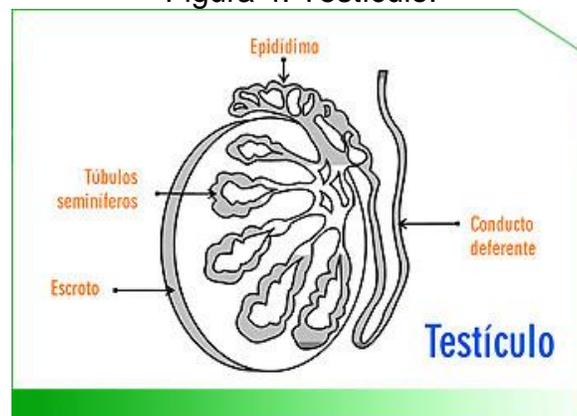
espermatozoides y la otra es la producción de hormonas llamadas andrógenos, de las cuales la más importante es la testosterona. Esta hormona es la responsable de la aparición y mantenimiento de los cambios físicos o características sexuales secundarias que aparecen en la pubertad (Amssac, 2015).

**Epidídimo:** Es un tubo en forma de letra “C” situado sobre cada testículo, y la continuación de los túbulos seminíferos, es una cámara de maduración de los espermatozoides. Aquí permanece el espermatozoide hasta por seis semanas durante las cuales es alimentado por su epitelio. También funciona como cámara de selección de espermatozoides defectuosos. El final del epidídimo desemboca en cada testículo para formar el conducto deferente (Amssac, 2015).

**Conductos Deferentes:** mide 46 cm de longitud, se origina en el epidídimo y sube hasta la cavidad abdominal, funciona como pasaje y almacenamiento de espermatozoides, particularmente en su extremo superior, el cual se ensancha y forma una ampolla que se une con la vesícula seminal y la próstata y son transportados hacia la uretra (Amssac, 2015).

**Tubos seminíferos:** Son conductos que se encuentran en los compartimentos de los testículos. Dentro de ellos se lleva a cabo la espermatogénesis, es decir, la producción constante de espermatozoides (Amssac, 2015).

Figura 4. Testículo.



Fuente: Amssac (2015).

**Conducto eyaculatorio.** Almacena parcialmente líquido seminal, el cual se encuentra formado por espermatozoides, secreciones de la próstata, glándula de Cowper y vesículas seminales. La consistencia de este líquido varía de individuo a individuo (UAM, 2015).

**Próstata:** Es un órgano músculo-glandular de forma triangular que se encuentra situado sobre la parte inferior de la vejiga, su función es producir el líquido prostático, un líquido lechoso, con olor característico, que contiene proteínas, calcio, colesterol, ácido cítrico y algunas enzimas. Tiene un PH alcalino (no ácido) que permite al espermatozoide mantenerse vivo dentro de la vagina, la que tiene un PH ácido. Este líquido constituye el porcentaje más alto de líquido seminal (Amssac, 2015).

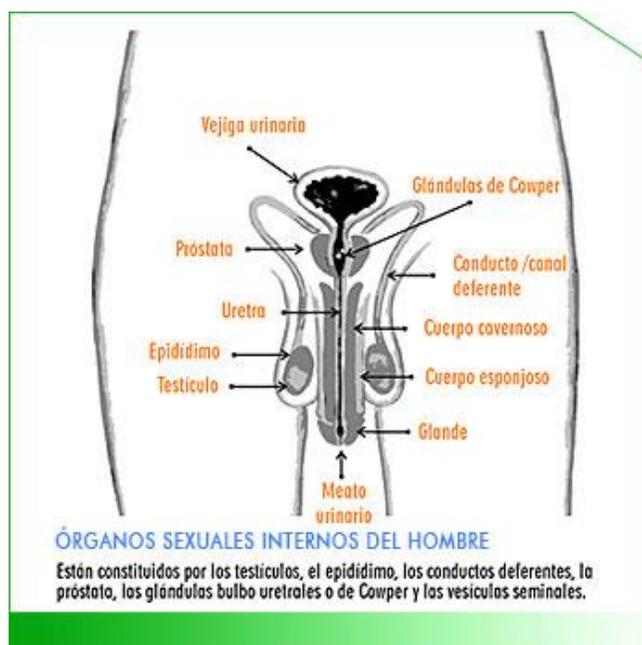
**Vesículas Seminales:** Son un par de glándulas que producen un líquido que también forma parte del líquido seminal que es vertido a la uretra (Amssac, 2015).

**Glándulas bulbo uretrales o de Cowper:** Son dos estructuras del tamaño de un chícharo, que se encuentran al lado de la uretra, y desembocan en ésta. Durante la excitación sexual éstas producen un líquido alcalino, cristalino y adherente cuya función es limpiar la uretra de restos de orina, esto se conoce como líquido pre-eyaculatorio. Con frecuencia este líquido lleva también espermatozoides, por lo que pueden presentarse con frecuencia embarazos en una relación sexual en donde se practicó el coito interrumpido, es decir, el retiro del pene antes de la eyaculación (Amssac, 2015).

**Cuerpos Cavernosos:** Cuentan con pequeños compartimientos que son capaces de retener la sangre en el momento de la excitación sexual, ocurriendo de este modo la erección del pene (Amssac, 2015).

Son tres. A los dos primeros se les denomina cavernosos y están constituidos por tejido eréctil que al llenarse de sangre permiten que el pene se ponga duro y erecto; el tercero se denomina **cuerpo esponjoso**, éste aloja a la uretra, la cual lo recorre en toda su longitud (UAM, 2015).

Figura 5. Órganos sexuales internos del hombre



Fuente: Amssac (2015).

Ya que los nombres de los órganos sexuales no suelen ser del todo familiares para los adolescentes, es importante utilizar técnicas educativas que permitan el repaso, y comprensión de cada uno, es importante que los hombres aprendan sobre el cuerpo de la mujer y viceversa, pues esto puede favorecer a futuro la comunicación sobre temas sexuales en la pareja, y permitir negociar el cuidado mutuo, incluyendo la planeación de la reproductividad (UAM, 2015).

## 2.5. Prácticas o conductas sexuales típicas del adolescente

La sexualidad se encuentra presente a lo largo de la vida del ser humano, sin embargo, en la adolescencia es donde se vive y manifiesta de manera diferente en relación a cómo se expresa en otras etapas de la vida. En este periodo surgen sensaciones e impulsos que se encuentran relacionados con los cambios biológicos que enfrentan todos los adolescentes, los cambios hormonales provocan que se tengan

deseos y fantasías eróticas, que se quiera experimentar placer físico a través del propio cuerpo y del cuerpo de otros, especialmente de quien les atrae.

De acuerdo a Hurlock (1999), las esferas de interés en lo sexual de los adolescentes son:

- Cambios fisiológicos: el adolescente se preocupa por sus cambios fisiológicos y por los que afectan a individuos de su edad.
- Significado del amor: después de la pubertad, el adolescente se interesa en el significado del amor (tanto sus aspectos emocionales y sociales como los físicos).
- Formas de expresión del amor: el interés por los miembros del sexo opuesto es acompañado del interés en expresiones amorosas socialmente aprobadas que también sean satisfactorias y seguras.
- Significado del matrimonio y de la paternidad: el interés en el matrimonio se dirige más a los aspectos físicos que a los problemas económicos, a los derivados del parentesco político o a los de otro tipo. A muchos adolescentes les preocupa la forma de evitar la paternidad.
- Roles sexuales: el interés en los roles sexuales aprobados por la sociedad concierne más a las salidas que al matrimonio y a la paternidad.

La sexualidad no es sólo el impulso biológico sino también una fuerza que influye en otros aspectos del desarrollo personal. Las prácticas sexuales son patrones de actividad sexual presentados por individuos o comunidades con suficientes consistencia como para ser predecibles. Los adolescentes tienen múltiples posibilidades de expresar conductas sexuales como masturbación que consiste en tocar y acariciar los órganos sexuales con la finalidad de obtener placer, tal vez los valores familiares o religiosos les han señalados que ésta conducta es negativa y su práctica les puede llegar a producir sentimientos de culpa (Masters, Johnson y Kolodny, 1987).

En la adolescencia empiezan a desarrollarse relaciones humanas diferentes hacia una persona en especial, que van evolucionando con el tiempo. La atracción física, el amor, el reconocimiento de las cualidades, la tolerancia de los defectos y el impulso sexual, pueden llevar a la pareja a buscar una mayor intimidad y entrega que puede culminar en relaciones sexuales. El ejercicio de la sexualidad tiene que ver con la atracción afectiva que se siente por la pareja; puede llegar a ser como el lenguaje de comunicación recíproca entre los dos. En ella intervienen los valores, principios y convicciones de carácter moral e incluso religioso, que varían según los diversos grupos de la sociedad (Masters, *et al*, 1987).

Los púberes y adolescentes además de concentrarse en su aspecto externo, tienen que aprender cosas nuevas sobre sus propios cuerpos, esto mediante la inspección física y la exploración. Muchos de los adolescentes pasan horas examinando sus genitales, a veces con la ayuda de un espejo de mano, otras (especialmente en el caso de los varones) con la ayuda de una cinta métrica o regla para comprobar las dimensiones exactas. Las adolescentes tienden a inspeccionarse las mamas muy detalladamente, a preocuparse por las diferencias de tamaño entre ambas, la presencia o ausencia de vello alrededor de la aureola, la prominencia de los pezones, la forma y tamaño de dichos órganos (Shibley y DeLamater, 2006).

La inspección física se extiende generalmente a la exploración física, y los adolescentes de ambos sexos experimentan para saber qué sienten con las diversas formas de tocarse y qué clase de respuestas produce cada una. En el proceso de aprendizaje del propio cuerpo no es igual para todos los adolescentes, pero probablemente existen pocos adolescentes varones que en un momento u otro no hayan intentado ponerse un preservativo mientras se hallaban en la intimidad de su propia habitación, sólo para “ver cómo es”. De forma similar, la mayoría de las chicas han intentado probablemente meterse algún objeto en la vagina para averiguar qué sensación producía (Shibley y DeLamater, 2006).

Este tipo de aprendizaje lleva finalmente a intentos más deliberados de conseguir excitación sexual. Los adolescentes quieren descubrir simplemente cuánto y cuán rápidamente pueden excitarse, cómo integrar sus fantasías con sus respuestas físicas. Todo esto es en parte una forma de autodescubrimiento, de llegar a sentirse cómodos con el propio cuerpo y sus reacciones. El aprendizaje acerca del propio cuerpo no sólo tiene lugar cuando los adolescentes están solos también ocurre cuando tocan o con tocados por los demás, besan o son besados, se desnudan o ven cómo se desnuda otro (Shibley y DeLamater, 2006).

Las relaciones sexuales son parte del ejercicio de la sexualidad, son un lenguaje de comunicación entre dos personas, se refiere a conductas en las que existe penetración del pene en la vagina. Las relaciones sexuales tienen distintas finalidades. Las más comunes son las de dar y recibir placer, en encuentro amoroso entre dos personas y la reproducción de la especie (Masters, *et al*, 1987).

En el artículo de conductas sexuales de riesgo y prevención del sida en la adolescencia, realizado por Espada, Quiles y Méndez (2003), se revisaron las investigaciones sobre conductas sexuales adolescentes las cuales son:

- a) Masturbación: tanto la autoestimulación, como la masturbación de la pareja son prácticas muy extendidas entre los adolescentes. Entre jóvenes estudiantes cerca de la mitad se masturban con frecuencia de una o más veces por semana.
- b) Sexo oral: los estudios con adolescentes indican que más de la mitad de los sujetos han tenido alguna práctica de sexo oral.
- c) Coito vaginal: entre chicas y chicos sexualmente activos, el 100 % ha tenido alguna relación con penetración vaginal.
- d) Coito anal: esta práctica, es una de las que conlleva mayor riesgo de transmisión del virus de inmunodeficiencia humana (VIH).

## 2.6. Embarazo en las adolescentes

El embarazo en cualquier edad es un hecho biopsicosocial muy importante, pero que en la etapa adolescente podría atentar contra el bienestar de la madre a nivel salud, y es preocupante puesto que acarrea graves problemas médicos que pueden presentar altas tasas de mortalidad materna, perinatal y neonatal, sin olvidar el impacto que produce a nivel psicológico y sociocultural, el costo a nivel personal, educativo y familiar.

El embarazo de adolescentes se relaciona con tres factores: elementa las probabilidades de iniciar precozmente las relaciones sexuales y tener un embarazo no deseado. En familias donde la autoridad moral es débil o mal definida, con ausencia de la figura paterna o padres que viven en unión libre, y cuando personas distintas a los padres cuidan o crían a las adolescentes, también se provoca la actividad sexual temprana y el riesgo de una gravidez consecuente.

Se puede definir el embarazo adolescente como la gestación de mujeres, cuyo rango de edad se considera adolescente independientemente de su edad ginecológica (Ruoti, 1994).

Factores de riesgo asociados al embarazo adolescente:

1. Factores de riesgo individuales: menarquia precoz, bajo nivel de aspiraciones académicas, impulsividad, ideas de omnipotencia y adhesión a creencias y tabúes que condenan la regulación de la fecundidad y la poca habilidad de planificación familiar
2. Factores de riesgo familiares: disfunción familiar, antecedentes de madres o hermanas embarazadas en la adolescencia, pérdida de figuras significativas y baja escolaridad de los padres.
3. Factores de riesgo sociales: bajo nivel socioeconómico, hacinamiento, estrés, delincuencia, alcoholismo, trabajo no calificado, vivir en un área rural, ingreso precoz a la fuerza de trabajo, mitos y tabúes sobre sexualidad, marginación social y predominio del “amor romántico” en las relaciones sentimentales de los adolescentes (Lozano, 1999).

Los adolescentes a esta edad ya conocen los riesgos del embarazo y su prevención, y al pertenecer a un ambiente carente de afecto, atención y bienestar, los induce a buscarlo en sus novios, en otras ocasiones son presionados por la pareja para mantener relaciones sexuales sin protección alguna, arriesgándose a un embarazo o a una enfermedad de transmisión sexual. Entre los adolescentes únicamente una quinta parte de las mujeres y la mitad de los varones usaron algún método anticonceptivo en la primera relación sexual (Lozano, 1999).

Giraldo (2002), refiere que el inicio de la vida sexual se ubica a los 18.3 en promedio; más temprano para los hombres que para las mujeres, y la edad promedio de la primera relación fue a los 15 años. El intervalo entre la madurez reproductiva biológica (menarca), cada vez más temprana y la aceptabilidad social de la unión (matrimonio) cada vez más tardía, expone a los adolescentes a una etapa prolongada de riesgo reproductivo y social.

El embarazo en la adolescencia aumenta las posibilidades de desnutrición y mortalidad materna e infantil y está relacionado con la deserción escolar de las adolescentes y jóvenes. Es por ello que, la atención a la salud sexual y reproductiva de esta población debe armonizarse con las acciones del sector educativo, así como con las estrategias de combate a la pobreza y las encaminadas a lograr la igualdad de oportunidades y la equidad de género (COESPO, 2013).

### **2.6.1. Datos y cifras sobre el embarazo en la adolescencia**

Según datos presentados por Consejo Estatal de la Población COESPO, el 13 de julio del 2013:

- A nivel mundial, cada año, unos 16 millones de las adolescentes de entre 15 y 19 años de edad dan a luz. En 9 de cada 10 de esos casos, ya están casadas.
- Las complicaciones del embarazo y el parto siguen siendo la principal causa de defunción de las adolescentes de 15 a 19 años de edad en los países de ingreso bajo y mediano.

- Las niñas, adolescentes y las jóvenes también están sujetas a altos niveles de morbilidad y mortalidad como resultado del aborto realizado en condiciones precarias e insalubres. Según se estima que en 2008 hubo en los países en desarrollo tres millones de abortos realizados en malas condiciones que afectaron a mujeres de 15 a 19 años de edad.
- Las muertes perinatales son 50% más altas entre hijos/as de madres adolescentes que entre madres de 20 a 29 años.
- Los riesgos de un embarazo en la adolescencia están fuertemente asociados con las desigualdades, la pobreza y la inequidad de género. La probabilidad de morir por un embarazo en menores de 15 años es 5 veces mayor que en las mujeres adultas, en tanto que para las mujeres de 15 a 19 años la probabilidad es de 2 a 1.
- Las adolescentes tienen un limitado acceso a los anticonceptivos y también un limitado uso. En los países en desarrollo, considerados en su conjunto, un 22% de las adolescentes (de 15 a 19 años de edad) que están casadas o en una unión utilizan anticonceptivos, en comparación con un 61% del conjunto de mujeres casadas de 15 a 49 años de edad.
- En México, de acuerdo a datos de la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) 2009, la proporción de mujeres jóvenes que tienen una vida sexual activa ha aumentado de una de cada cinco en 1987, a cerca de una de cada tres en 2009.
- La ENADID 2009, revelo que seis de cada diez mujeres adolescentes no hacen uso de ningún método anticonceptivo durante su primera relación sexual. Los datos evidencian que la edad promedio al uso del primer método anticonceptivo generalmente es posterior al primer hijo.
- En México, de acuerdo con los datos del Censo de 2010, siete de cada 10 mujeres de 15 años o más tuvieron al menos un hijo nacido vivo. Del total de mujeres de 15 a 19 años, sólo el 12.4% han tenido descendencia, a diferencia del 57.2% de las jóvenes de 20 a 29 años de edad.

#### **2.6.1.1. Datos y cifras del embarazo adolescente en el Estado de México**

El Gobierno del Estado de México a través de la Secretaría de Desarrollo Social y del Instituto Mexiquense de la Juventud lleva a cabo el programa integral

Oportunidades para los jóvenes Ármala en grande con tu vida; dentro del cual, destaca la meta de Orientar a los jóvenes sobre prevención de adicciones, salud reproductiva y sexual, en el cual, se enmarcan las campañas de sensibilización y prevención en temas que actualmente les están afectando.

- El embarazo no deseado (no previsto, no querido, no planeado, inesperado) es aquel que se produce sin el deseo y/o planificación previa y ante la ausencia o fallo de métodos anticonceptivos precoitales adecuados y la ineffectividad o no administración de métodos anticonceptivos de emergencia posteriores al coito que prevengan un posible embarazo. La Organización Mundial de la Salud, considera como embarazo adolescente o temprano aquél que ocurre entre los 15 y 19 años de edad.
- En México de las adolescentes que se embarazan, 80% abandona sus estudios; 33% ejerce su maternidad sin ningún apoyo del padre y 50% recurre al aborto exponiendo su vida al asistir a lugares inseguros.
- El Primer Informe de Ejecución del Programa Nacional de Población 2008-2012, del Consejo Nacional de Población (CoNaPo), señala que son las adolescentes de estratos socioeconómicos bajo y medio-bajo, las más vulnerables a presentar embarazos no planeados e infecciones de transmisión sexual (ITS), mayor riesgo de mortalidad materna, menores oportunidades de educación y en ocasiones, el abandono total de los estudios, así como el fortalecimiento del círculo de la pobreza y un mayor riesgo de daño y mortalidad infantil. A pesar de ello, esta población sigue sin acceder a métodos de anticoncepción y servicios de salud amigables.
- De acuerdo con especialistas de la Coordinación de Salud Reproductiva y Materno Infantil del Instituto del Seguro Social (IMSS) de la delegación Estado de México Poniente, en el Estado de México, se ha visto una notoria disminución en la edad en que los jóvenes inician su vida sexual, de acuerdo a diversas estadísticas las edades oscilan entre los 13 y 19 años, sin embargo, se han dado casos en que es a partir de los 10 años, lo que trae consigo sentimientos de malestar emocional. Un estudio elaborado en la Universidad Autónoma del Estado de México (UAEM) entre niñas y jóvenes de 10 a 19 años de edad, arrojó que actualmente las chicas mexiquenses de entre 17 y 19 años registran el mayor índice de adolescentes embarazadas como

resultado de relaciones sexuales anticipadas, sin protección y mucho menos información.

- La Comisión de los Derechos Humanos del Estado de México (CODHEM), reconoció que las adolescentes embarazadas, constituyen uno de los grupos vulnerables más expuestos a sufrir discriminación social, sobre todo si además de estar esperando bebé, la niña o madre joven es soltera, indígena y pobre.
- Datos del Consejo Estatal de la Mujer señalan municipios donde se registran las tasas más altas de embarazos en adolescentes: primer lugar Ecatepec, seguido por Naucalpan, Toluca, Nezahualcóyotl y Chimalhuacán. Indica que el embarazo en las adolescentes no tiene sólo implicaciones en su educación, la familia y su salud, está íntimamente ligado a problemáticas sociales como la violencia doméstica y la violencia en el noviazgo.
- El Edomex ocupa el segundo lugar a nivel nacional en el número de casos de Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH). Según datos de la Secretaría de Salud mexiquense, en los últimos 24 años se han registrado 16 mil 690 personas contagiadas, de las cuales han fallecido a la fecha ocho mil 446 de Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (Sida).
- Nezahualcóyotl, Ecatepec, Tlalnepantla, Naucalpan, Cuautitlán y Toluca son las jurisdicciones sanitarias con más casos reportados.
- Actualmente se atiende a cuatro mil 168 pacientes con VIH en los cinco Centros Ambulatorios de Prevención y Atención del VIH/Sida/e Infecciones de Transmisión Sexual (Capasits) del ISEM, ubicados en Ecatepec, Naucalpan, Nezahualcóyotl, Tlalnepantla, Toluca y los dos Servicios de Atención Integral en Cuautitlán y Atizapán (GEM, 2015).

## **2.7. Programas de sexualidad que existen a Nivel Nacional**

La educación de la sexualidad requiere la intervención pluridisciplinaria en el aprendizaje. Con el fin de que el educando asimile los instrumentos para su desarrollo desde diversas perspectivas: de lo fisiológico a lo social, pasando por cada una de las materias instrumentales básicas y capacitar para utilizar ese saber en el crecimiento personal. Promover que el alumno tome conciencia de lo importancia que tiene su

sexualidad, del lugar que ocupará y ocupa en su vida. De hacerse así, la acción educativa lograría proveer seguridad para el dominio del conocimiento adquirido. Con ellos no caería en una vía de dominio y control de seres humanos (Giraldo, 2002).

El objetivo principal de la educación de la sexualidad es lograr que cada persona integre de un modo armónico y positivo esta dimensión. Dentro del conjunto de su personalidad y de sus relaciones. Para que sea un factor de crecimiento, maduración y bienestar. En este sentido la educación apunta a la prevención de la enfermedad y promoción de la salud. Los objetivos específicos de la educación sexual se delinean de acuerdo a las edades, desde el jardín de niños hasta el último año de la escuela secundaria. Así mismo los niveles terciarios y universitarios de las carreras de la salud, la educación y las ciencias sociales también deberían incluir en sus programas la temática de la sexualidad, para que sus graduados puedan realmente transmitir salud sexual a sus asistidos (Giraldo, 2002).

El tema de la educación sexual en México ha dependido de cada gobierno, se ha construido gradualmente y ha tenido grandes aportaciones. Los temas que se imparten son la reproducción, anatomía, y métodos anticonceptivos; dejando a un lado el erotismo, los derechos sexuales y el ejercicio de la sexualidad.

Para que la educación de la sexualidad fuese impartida por parte de la escuela se ha pasado por dificultades y reformas educativas. La Secretaría de Educación Pública (SEP) emprendió una reforma educativa en 1974, y fue introducida formalmente la educación sexual, por medio de libros de texto en escuelas primarias y secundarias. En 1976, el Consejo Nacional de Población (CONAPO), inició cursos y conferencias sobre temas sexuales con el Programa Nacional de Educación Sexual. En 1992, el plan y los programas de la educación secundaria sufrieron una reforma global, donde se propuso establecer la congruencia y continuidad con el aprendizaje obtenido en la primaria, en 1993, se declaró como obligatoria a la escuela secundaria como última parte de la denominada educación básica. En 2006, se hizo la Reforma Integral de la Educación Secundaria (RIES), donde el contenido temático que se les imparte a los

alumnos referente a la sexualidad, es en Ciencias I o Biología, en donde sólo se han incorporado los siguientes subtemas: 1). Sexualidad humana y salud: Anatomía y menstruación. 2). Análisis de las cuatro potencialidades humanas: Enfoque sistémico de la sexualidad. 3). La importancia de tomar decisiones informadas para una sexualidad responsable, segura y satisfactoria: salud sexual (Infecciones de transmisión sexual). 4). La importancia de decidir cuándo y cuántos hijos tener: salud reproductiva (métodos anticonceptivos).

En México, una gran variedad de organizaciones no gubernamentales se dedican a temas relacionados con la salud sexual y reproductiva de los adolescentes. Una primera división puede establecerse entre aquellas organizaciones dedicadas exclusivamente a la población adolescente (como Cora), de aquéllas que tenían programas de planificación familiar o prevención del sida para la población en general, pero que incorporaron dentro de la organización algunos programas específicos para adolescentes (como Mexfam). En cuanto al tipo de acciones que desarrollan, algunas brindan servicios médicos y educativos (Mexfam, Cora), y otras se han especializado en información, educación y capacitación (AMES, Imifap, Ave de México, SexUnam). Algunas organizaciones no tienen programas específicos para adolescentes, pero el tipo de acciones que desarrollan incluyen a los jóvenes (Colectivo Sol). Otras organizaciones se han especializado en la defensa de derechos relacionados con la salud sexual y reproductiva, aunque no específicamente de los adolescentes (GIRE, y varias organizaciones vinculadas a prevención de VIH/SIDA). Entre los programas desarrollados por las ONG, destaca Gente Joven, de Mexfam, que comenzó en 1981. Es un programa de joven a joven. Su objetivo es que los jóvenes cuenten con adecuada y suficiente información para tomar decisiones bien informadas respecto a la salud sexual y reproductiva. No desalienta ni fomenta las relaciones sexuales sino que promueve la propia decisión del joven. Opera en distintos ámbitos: en escuelas, en la comunidad y centros de trabajo. Además de dar orientación a los jóvenes, forman multiplicadores. Los multiplicadores contribuyen al programa incorporando nuevos jóvenes, brindando información y repartiendo condones. Por otra parte, cuenta con una red de apoyo de servicios (médicos, psicológicos) para referir a los jóvenes. Una parte

importante del programa es el desarrollo de materiales de difusión en cuya elaboración participan los jóvenes (películas, videos, audiovisuales, libros, folletos, carteles). Ha sido también capacitadora de los profesionistas de instituciones de salud pública y privada, de escuelas, y de otras ONG. Se encuentra en la vanguardia en cuanto al tipo de métodos anticonceptivos que provee a los jóvenes, habiendo introducido al país en 1999 la anticoncepción de emergencia. Resalta el alcance nacional de la organización, que cubre tanto áreas urbanas como rurales (Juárez y Gayet, 2005).

La sexualidad es parte fundamental de cada persona, el como la integre, conozca y desarrolle, repercutirá directamente en su personalidad y en sus relaciones sociales, es necesario contar con educación sexual en todas las edades del desarrollo, principalmente durante la adolescencia, paso importante de crecimiento y maduración, y prevenir consecuencias no deseadas limitantes para una vida adulta.

## **CAPÍTULO III. ANTICONCEPCIÓN**

En este capítulo se presenta la definición de planificación familiar, así como la descripción de los métodos anticonceptivos, así como de paternidad y maternidad responsable.

### **3.1. Definición de anticoncepción y planificación familiar**

Anticoncepción es el término que se utiliza para designar las técnicas orientadas a evitar el embarazo. Se utilizan para regular la capacidad reproductiva de un individuo o una pareja con el fin de evitar embarazos no deseados. Dependiendo de la posibilidad de recobrar la fertilidad se clasifican en temporales y permanentes (Secretaría de Salud, 1994).

La planificación familiar permite a las personas tener el número de hijos que desean y determinar el intervalo entre embarazos. Se logra mediante la aplicación de métodos anticonceptivos y el tratamiento de la esterilidad (OMS, 2013).

Con la anticoncepción se evitan los embarazos y es parte de la planificación familiar, son términos que se usan de manera indistinta, la finalidad de ambas es prevenir o controlar el número embarazos, empleando métodos naturales o artificiales.

La OMS (2013), está trabajando para promover la planificación familiar mediante la preparación de directrices apoyadas en datos científicas sobre la seguridad de los métodos anticonceptivos y los servicios mediante los cuales se ofrecen; la preparación de normas de calidad y la precalificación de los productos anticonceptivos; y la ayuda a los países para que introduzcan, adapten y apliquen estos instrumentos para satisfacer sus necesidades.

### **3.2. Objetivos globales de la planificación familiar**

- Evitar embarazos no deseados.
- Regular los intervalos entre embarazos.
- Decidir el número de hijos en la familia.
- Regular el tiempo en que ocurren los nacimientos en relación con las edades de los padres.
- Facilitar los nacimientos deseados para mujeres con problemas de fecundidad.
- Evitar el embarazo cuando agravaría una enfermedad peligrosa presente.
- Brindar a los portadores de enfermedades genéticas la opción o posibilidad de evitar el embarazo (García, Ledezma, Marquez, Mayorca, Noria y Villamizar, 2013).

### **3.3. Beneficios de la planificación familiar**

Planificación familiar es el conjunto de prácticas que pueden ser utilizadas por una mujer, un hombre o una pareja de potenciales progenitores, orientadas básicamente al control de la reproducción mediante el uso de métodos anticonceptivos en la práctica de relaciones sexuales.

También se incluye dentro de la planificación familiar la educación de la sexualidad, la prevención y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual, el asesoramiento antes de la fecundación, durante el embarazo y el parto, así como el tratamiento de la infertilidad, mediante técnicas de reproducción asistida como la fecundación (García, *et. al.*, 2013).

Los beneficios de la planificación familiar son:

- Prevención de los riesgos para la salud relacionados con el embarazo en las mujeres
- Reducción de la mortalidad de los menores de un año
- Prevención de la infección por el VIH y el SIDA
- Poder de decisión y una mejor educación
- Disminución del embarazo de adolescentes
- Menor crecimiento de la población (OMS, 2013).

La promoción de la planificación familiar y el acceso a los métodos anticonceptivos preferidos para las mujeres y las parejas resulta esencial para lograr el bienestar y la autonomía de las mujeres y, al mismo tiempo, apoyar la salud y el desarrollo de las comunidades.

### **3.4. Métodos anticonceptivos**

Los métodos anticonceptivos son cualquier forma de impedir la fecundación o concepción al mantener relaciones sexuales. Se pueden clasificar en seis tipos: de barrera, hormonales, intrauterinos, naturales, permanentes y de emergencia.

El uso de anticonceptivos ha aumentado en muchas partes del mundo, especialmente en Asia y América Latina, pero sigue siendo bajo en África subsahariana. A escala mundial, el uso de anticonceptivos modernos ha aumentado ligeramente, de un 54% en 1990 a un 57% en 2012. A escala regional, la proporción de mujeres de entre 15 y 49 años de edad que usan algún método anticonceptivo ha aumentado mínimamente o se ha estabilizado entre 2008 y 2012. En África pasó de 23% a 24%; en Asia se mantuvo en 62%, y en América Latina y el Caribe pasó de 64% a 67%; en cada región es notable la variación entre países (OMS, 2013).

Durante el proceso de selección de algún recurso anticonceptivo para adolescentes, el prestador de servicios debe tener los conocimientos técnicos necesarios; requiere proporcionar la consejería necesaria con un lenguaje sencillo, claro y veraz; es fundamental lograr empatía con los/las jóvenes, e identificar sus necesidades, sobre todo en el proceso de información, finalmente requiere de habilidad para lograr un compromiso de seguimiento y control. Es importante identificar no sólo las necesidades orgánicas de los adolescentes, sino también las de tipo emocional, económico, educativo y sus valores (Secretaría de Salud, 2002).

El uso de anticonceptivos en la adolescencia es poco frecuente, irregular y esporádico. La elección de un método anticonceptivo exige colocar en un platillo de la balanza a seguridad del mismo y en el otro platillo los riesgos que produce. No obstante

en todo caso, los anticonceptivos tiene menos riesgos que la gestación justamente tratan de evitar es decir, que dejando a la naturaleza obrar espontáneamente y tener todos los hijos que quiera hay más riesgos para la mujer que regulando la natalidad aun cuando los procedimientos reguladores puedan tener inconvenientes.

De acuerdo con la Secretaria de Salud (2002), los criterios para la selección de métodos anticonceptivos en los adolescentes son:

- Evaluar las necesidades de los adolescentes no sólo desde un punto de vista orgánico, sino también de sus necesidades emocionales, económicas, valores culturales, educativos, religiosos, entre otros.
- Evaluar a través de un buen interrogatorio y asentarse en la historia clínica las condiciones de salud previa al uso del método anticonceptivo, detectando elementos de riesgo que pudieran contraindicar el empleo de algún método.
- Realizar la exploración física en un ambiente profesional y de manera ética.
- Previo a cualquier procedimiento, obtener el consentimiento de el/la adolescente e informar el por qué y para qué, en caso de no poderlo realizar diferirlo para mejor ocasión.
- Reconocer, aceptar y facilitar la práctica de los derechos sexuales y reproductivos de los/las adolescentes.
- Garantizar hasta el máximo posible que el/la usuario(a) haya comprendido el uso correcto del método seleccionado (incluyendo los posibles efectos colaterales o qué hacer en caso de olvido), resaltando la importancia de su uso continuado.

### **3.4.1. Clasificación y descripción de los métodos anticonceptivos**

Los avances de la investigación científica y tecnológica han permitido disponer de métodos anticonceptivos de gran efectividad y gran seguridad, que logran ampliar las opciones a las necesidades manifiestas, así como garantizar el acceso y disponibilidad de los métodos a los jóvenes, se describen brevemente en los cuadros dos y tres.

La OMS (2013), presenta la siguiente clasificación de los métodos anticonceptivos:

Cuadro 2. Métodos modernos de anticoncepción.

Método	Descripción	Cómo funciona	Eficacia para prevenir el embarazo	Observaciones
Anticonceptivos orales en combinación «pastilla» o «píldora»	Contiene dos hormonas (estrógeno y progestágeno)	Evita la liberación de óvulos por los ovarios (ovulación)	>99% si se usa de manera correcta y sostenida 92% como se usa comúnmente	Disminuye el riesgo de cáncer endometrial y ovárico; no debe tomarse mientras se amamanta
Pastillas de progestágeno solo «minipastilla» o «minipíldora»	Contiene únicamente progesterona (sin estrógeno)	Hace más espeso el moco del conducto del cuello uterino, lo que impide que los espermatozoides y el óvulo se junten y previene la ovulación	99% si se usa de manera correcta y sostenida Entre 90% y 97% como se usa comúnmente	Puede usarse mientras se amamanta; debe tomarse todos los días a la misma hora
Implantes	Cilindros o cápsulas pequeños y flexibles que se colocan debajo de la piel del brazo; contienen únicamente progestágeno	El mismo mecanismo de las pastillas de progestágeno	>99%	Debe ser insertado y extraído por personal sanitario; se puede usar durante 3 a 5 años, según el tipo; las hemorragias vaginales irregulares son comunes pero no dañinas
Progestágeno en forma inyectable	Se inyecta por vía intramuscular cada 2 o 3 meses, según el producto	El mismo mecanismo de las pastillas de progestágeno solo	>99% si se usa de manera correcta y sostenida 97% como se usa comúnmente	Al cesar el uso, la fecundidad tarda en reaparecer (entre 1 y 4 meses); las hemorragias vaginales irregulares son comunes pero no dañinas
Inyectables mensuales o anticonceptivos inyectables en combinación	Se inyectan cada mes por vía intramuscular; contienen estrógeno y progestágeno	El mismo mecanismo de los anticonceptivos orales en combinación	>99% si se usan de manera correcta y sostenida 97% como se usan comúnmente	las hemorragias vaginales irregulares son comunes pero no dañinas

Método	Descripción	Cómo funciona	Eficacia para prevenir el embarazo	Observaciones
Dispositivo intrauterino (DIU): de cobre	Dispositivo plástico flexible y pequeño que contiene un asa o cubierta de cobre y se inserta en el útero	El cobre daña los espermatozoides e impide que se junten con el óvulo	>99%	Disminuye la frecuencia de cólico menstrual y los síntomas de endometriosis; amenorrea (ausencia de hemorragia menstrual) en un grupo de usuarias
Dispositivo intrauterino (DIU): de levonorgestrel	Dispositivo plástico en forma de T que se inserta en el útero y libera diariamente pequeñas cantidades de levonorgestrel	Suprime el crecimiento del revestimiento de la cavidad uterina (endometrio)	>99%	Disminuye los cólicos menstruales y los síntomas de la endometriosis; amenorrea (ausencia de hemorragia vaginal) en un 20% de las usuarias
Condón masculino	Vaina o cubierta que envuelve el pene erecto	Forma una barrera que impide el encuentro de los espermatozoides con el óvulo	98% si se usa de manera correcta y sostenida 85% como se usa comúnmente	También protege de las infecciones de transmisión sexual, en particular la causada por el VIH
Condón femenino	Vaina o forro que se adapta holgadamente a la vagina; está hecho de un material plástico transparente, fino y suave	Forma una barrera que impide que los espermatozoides y el óvulo se junten	90% si se usa de manera correcta y sostenida 79% como se usa comúnmente	También protege de las infecciones de transmisión sexual, en particular la causada por el VIH
Esterilización masculina (vasectomía)	Anticoncepción permanente por la cual se bloquean o cortan los tubos (conductos deferentes) que transportan los espermatozoides desde los testículos	Impide que haya espermatozoides en el semen eyaculado	>99% después de la evaluación del semen a los 3 meses Entre 97% y 98% si no se evalúa el semen	Tarda en actuar unos 3 meses debido a que quedan espermatozoides almacenados; no afecta el funcionamiento sexual del hombre; es fundamental que sea una elección voluntaria y con conocimiento de causa

Método	Descripción	Cómo funciona	Eficacia para prevenir el embarazo	Observaciones
Esterilización femenina (ligadura de las trompas; salpingectomía)	Anticoncepción permanente por la cual se bloquean o cortan las trompas de Falopio	Los óvulos no pueden juntarse con los espermatozoides	>99%	Es fundamental que sea una elección voluntaria y con conocimiento de causa
Método de la amenorrea del amamantamiento	Es un método de anticoncepción temporal para las mujeres recién paridas que no han vuelto a menstruar; exige el amamantamiento exclusivo, día y noche, de una criatura menor de 6 meses	Impide que los ovarios liberen óvulos (ovulación)	99% si se aplica de manera correcta y sostenida 98% como se practica comúnmente	Es un método temporal de planificación familiar basado en el efecto natural del amamantamiento sobre la fecundidad
Anticoncepción de urgencia (levonorgestrel, 1,5 mg)	Son pastillas de progestágeno que se toman para prevenir el embarazo hasta 5 días después de una relación sexual sin protección	Evita la ovulación	Reduce en un 60% a un 90% el riesgo de embarazo	No altera el embarazo si este ya se ha producido

Fuente: OMS (2013).

Cuadro 3. Métodos tradicionales

Método	Descripción	Cómo funciona	Eficacia para prevenir el embarazo	Observaciones
Método de la retirada (coito interrumpido)	El hombre retira el pene de la vagina y eyacula fuera de esta, con lo que el semen no tiene contacto con los genitales externos de la mujer	Evita que los espermatozoides penetren en la vagina, lo que impide la fecundación	96% si se aplica de manera correcta y sostenida. 73% de la manera como se utiliza comúnmente.	Es uno de los métodos menos eficaces porque a menudo resulta difícil determinar el momento preciso de la retirada
Métodos que requieren el conocimiento de la fecundidad (planificación natural de la familia o abstinencia periódica)	Métodos de calendario: se vigilan los días fértiles en el ciclo menstrual; métodos que se basan en los síntomas: se vigilan el moco del cuello uterino y la temperatura corporal	La pareja evita el embarazo evitando tener coito sin protección durante los días fértiles, generalmente mediante la abstinencia empleando condones	entre 95 y 97% cuando se usa de manera correcta y regular; 75% de la manera como se utiliza comúnmente.	Puede servir para reconocer los días fértiles por las mujeres que quieren embarazarse y las que desean evitar el embarazo. El uso correcto y regular exige la cooperación del varón.

Fuente: OMS (2013).

### **3.5. Maternidad y paternidad responsable en la adolescencia**

En México pese a las grandes campañas que existen sobre planificación familiar, es común ver a adolescentes con una enorme responsabilidad como lo es la crianza de un hijo, sin haber pensado los cambios que esto conllevaría, sin valorar las condiciones físicas, económicas, psicológicas y sociales, necesarias para tener y criar un hijo.

Al buscar una definición de paternidad responsable, es común encontrar opiniones cuya diferencia radica en la profundidad de la materia, pues algunos utilizan parcialmente el concepto para justificar objetivos institucionales o creencias religiosas, anteriormente solo se hablaba de paternidad responsable y actualmente la mujer es también tiene que decidir si está preparada responsablemente para ser madre.

Bellido (1995), propone las siguientes definiciones de paternidad responsable:

- Que las gestaciones sean planificadas para que ocurran en el momento deseado por la pareja. Decisión que debe partir de la pareja, previo conocimiento y educación de la misma (labor no siempre sencilla), para evitar imposiciones que pueden incluso ser de orden político.
- Que los padres tengan conciencia que el procrear un ser humano implica no sólo un compromiso y deber recíproco entre la pareja, sino también ante el hijo, la familia y la sociedad. No sólo es la decisión de dos para sí; sino que afectará a la totalidad de la familia, influirá en forma acertada o no en la sociedad, ya que la familia no es una isla en la sociedad, sino que es la célula básica de la sociedad.
- Que los padres no deben procurar solamente brindar adecuada vivienda, alimentación, educación, salud y vestimenta a sus hijos, sino, además, tienen la responsabilidad de brindarles amor, amistad, tiempo y protección.

Esto último representa el aspecto importante de la paternidad responsable, sobre todo en nuestro país, donde la mayoría de la población vive en la pobreza y todo su tiempo está orientado a conseguir recursos económicos para alimentación, vivienda,

educación...; "no hay tiempo" para estar con los hijos y, por lo tanto, no hay oportunidad de brindarles amor, amistad y protección. Al final, son hijos de nadie. En Salud Reproductiva se dice: "Padres Saludables, hijos saludables". Resulta difícil aplicar esta afirmación, cuando no hay salud psicológica, social y espiritual.

Es necesario reforzar la educación sexual, no sólo proporcionando a los adolescentes información de la fisiología, sino que además es necesario identificar y resolver las dudas, inquietudes, expectativas, que surgen, sino las ventajas, desventajas, indicaciones y contraindicaciones, poniendo énfasis en la forma correcta de uso, como en el caso del condón; así como en la necesidad de acudir a consulta para la prescripción productos hormonales que requieren control y seguimiento. En el proceso educativo de la sexualidad se debe involucrar a los padres de familia, pareja, maestros, y apoyo necesarios para decidir por sí mismos, de manera responsable, sobre su comportamiento sexual.

## **CAPÍTULO IV. ESTUDIOS RELACIONADOS CON EL TEMA**

### **4.1. Conducta sexual protegida en adolescentes mexicanos**

Pérez de la Barrera y Pick (2006), realizaron una investigación la cual tuvo como objetivo identificar predictores psicosociales de conducta sexual protegida en adolescentes. La muestra estuvo constituida por 113 hombres y 65 mujeres mexicanos estudiantes de bachillerato, entre los 14-20 años de edad. Se aplicaron una serie de instrumentos a saber: conocimientos y creencias sobre sexualidad, habilidades para la toma de decisiones, comunicación asertiva y conducta sexual protegida. Los resultados mostraron que la habilidad de comunicación asertiva es el mejor predictor de esta conducta, en el caso de relaciones sexuales con una pareja regular, seguido por los conocimientos; el mejor predictor con la pareja ocasional, son las creencias. Se identifica la necesidad de desarrollar programas de educación sexual que faciliten la comunicación asertiva con la pareja sexual y que proporcionen información objetiva que desmitifique creencias, mediante el conocimiento detallado y práctico sobre sexualidad, embarazo y uso de anticonceptivos.

El 58% de los estudiantes reportó tener relaciones sexuales al momento de conducir la investigación, de los cuales el 62% indicó tenerlas con una pareja sexual regular. Finalmente, cabe resaltar que los estudiantes que no tenían vida sexual al momento de contestar el instrumento, respondieron a las preguntas que exploraron sus habilidades de toma de decisiones y comunicación asertiva con la pareja, de forma hipotética.

### **4.2. Conducta sexual, conocimiento sobre embarazo y necesidades percibidas con relación a educación sexual, en adolescentes escolarizados**

Moreno, León y Becerra (2006), presentan resultados sobre: conducta sexual; conocimientos sobre embarazo y sus medidas preventivas; y necesidades percibidas en materia de educación sexual. Se tomó una muestra de 250 estudiantes de dos institutos educativos de la localidad de Táriba, en Venezuela.

Se aplicaron cuestionarios con ítems tipo LÍkert y los datos fueron procesados y analizados mediante estadística descriptiva y pruebas t para comparar grupos. Los resultados indican que los adolescentes tienen poca experiencia sexual, manejan sólo conocimientos básicos y mantienen creencias erróneas en torno al uso de medidas de protección. Los adolescentes manifiestan la necesidad de recibir educación sexual que incluya, no sólo conocimientos específicos sobre sexualidad y salud reproductiva, sino también entrenamiento en habilidades sociales, relacionadas con la conducta asertiva, comunicación interpersonal y autoestima, aspectos que les permitirían manejar mejor sus relaciones de pareja. Se concluye que es importante considerar las características, necesidades y preocupaciones de los adolescentes en materia de sexualidad y desarrollo personal, a fin de poder diseñar intervenciones educativas más efectivas.

#### **4.3. La sexualidad en los adolescentes: algunas consideraciones**

Rodríguez, Oliva y Gil (2007), realizaron un estudio descriptivo para conocer el nivel cognoscitivo de los adolescentes sobre sexualidad en el policlínico “Joaquín de Agüero y Agüero” desde diciembre de 2004 a diciembre de 2005. El universo estuvo constituido por 98 adolescentes entre 12 y 19 años de los consultorios del médico de la familia 40 y 46 pertenecientes a este policlínico, de ellos fueron escogidos al azar 42 y se les aplicó una encuesta con las siguientes variables: edad de comienzo de las relaciones sexuales, vías de conocimientos de orientación sexual y de transmisión de ITS.

Los datos obtenidos fueron procesados de forma automatizada, se empleó estadística descriptiva. La edad predominante en ambos sexos fue de 13-15 años (64.2 %), el 42.8 % realizó las primeras relaciones sexuales entre los 13 y 14 años, fundamentalmente los varones (59 %). La mayoría de los adolescentes tuvo relaciones sexuales y reconoció la vía de transmisión de las infecciones de transmisión sexual.

Las conclusiones a las que llegaron fueron que:

1. Los adolescentes tuvieron su primer contacto sexual entre los 13 y 14 años.
2. La principal información recibida sobre educación sexual fue a través de los padres.

3. Los conocimientos sobre las vías de transmisión de las infecciones de transmisión sexual son insuficientes.

#### **4.4. Anticoncepción: ¿cuál método seleccionar?**

Zuleta (2008), presento un trabajo cuyo objetivo fue aportar información válida y guías al personal de la salud sobre el uso de los métodos anticonceptivos.

Las mujeres que desean usar un método anticonceptivo deben recibir información que les permita seleccionar el más conveniente y usarlo efectivamente.

Se realizó una revisión bibliográfica sistematizada de la eficacia, efectividad y costo-efectividad de los métodos anticonceptivos disponibles en Colombia y de la adherencia a los mismos. Con base en ella, se presenta una propuesta de guía para la selección del método más conveniente, dirigida a mujeres sin condiciones médicas que contraindiquen su uso.

Los resultados a los que llego fueron que: los anticonceptivos reversibles de larga acción actualmente disponibles (dispositivos intrauterinos, anticonceptivos inyectables e implantes) son más costo-efectivos que los anticonceptivos orales combinados.

El método anticonceptivo que se debe recomendar a una pareja es el que ellos consideren más adaptado a sus condiciones. Esta es una propuesta teórica, difícil de validar de manera objetiva. Al integrar la información disponible en la literatura se puede seleccionar el método más adecuado en cada situación particular. El esquema propuesto en este documento está dirigido a mujeres sin condiciones médicas que contraindiquen el uso de alguno de los métodos. Según los hallazgos del interrogatorio y del examen físico se debe seleccionar el que ofrezca mayores beneficios y como apoyo a esa decisión se propone tener en cuenta el orden jerárquico sustentado en este documento, enfatizando en la necesidad de individualizar cada decisión.

#### **4.5. Habilidades para la vida y uso de anticoncepción por tipo de pareja sexual en adolescentes**

Pérez (2014), realizó un estudio que tuvo como objetivo identificar diferencias en el nivel de conocimientos y creencias sobre sexualidad, habilidades en la toma de decisiones y comunicación asertiva, de acuerdo al uso y frecuencia de anticoncepción por tipo de pareja sexual (regular u ocasional). Participaron 168 (43.5%) hombres y 218 (56.5%) mujeres adolescentes del estado de Morelos (México), estudiantes de nivel medio superior en una institución privada. Los estudiantes fueron seleccionados de manera aleatoria y su rango de edad osciló entre 14 y 20 años, con una media de 16.17 y una desviación estándar de 2.4. Todos los participantes eran solteros el cuestionario, de los cuales 8.8% reportó tenerla con una pareja sexual. Por lo que respecta a su patrón de conducta sexual, 32% reportó haber tenido relaciones sexuales alguna vez en su vida (siendo el promedio de debut sexual de 14.8 años). El 9.6% de los estudiantes reportó tener una vida sexual activa al momento de contestar regular. Respecto al uso de anticoncepción con la pareja sexual regular, 8.7% reportó usarla “pocas veces”, 1.8% “muchas veces” y 6.2% “siempre”; de los cuales 8.8% empleaba el condón, 6.7% las pastillas y 2.6% el retiro. Con la pareja sexual ocasional, 3.6% reportó usarla “pocas veces”, 3.6% “muchas veces” y 13.2% “siempre”; de ellos, 18.3% utilizaba el condón, 10.3% las pastillas y 2.6% el retiro.

Para medir las habilidades, se utilizaron dos escalas validadas previamente. Por lo que se refiere a la pareja sexual regular, los resultados mostraron diferencias estadísticamente significativas en el nivel de conocimientos, donde el grupo de estudiantes que se protegían “siempre” que tenían relaciones sexuales obtuvo puntajes significativamente más altos respecto a los que se protegían “muchas veces” y “pocas veces”. También se observaron diferencias estadísticamente significativas en el nivel de creencias hacia la sexualidad en los grupos de estudiantes que se protegían “siempre” que tenían relaciones sexuales o que no habían tenido debut sexual, respecto al grupo que se protegía “pocas veces”.

# MÉTODO DE INVESTIGACIÓN

De acuerdo con Rojas (2001), los objetivos son la guía de estudio y durante todo el desarrollo deben tenerse presentes.

## 1. Objetivo General

- Describir los conocimientos de sexualidad y anticoncepción que tienen los adolescentes de la telesecundaria Pedro Moreno, de la comunidad de Ocotenco.

## 2. Objetivos específicos

- Describir que métodos anticonceptivos conocen y usan los adolescentes de la telesecundaria Pedro Moreno.

## 3. Planteamiento del problema y pregunta de investigación

Los padres de familia algunas veces buscando una mejor calidad de vida descuidan a sus hijos, dedicándoles poco tiempo, no platican con ellos ni sus hijos comparten sus dudas e inquietudes que les surgen, así mismo no son corregidos en esta etapa de la adolescencia cuando se vive en permanente copia de modelos de los medios de comunicación, donde se quieren explorar nuevas emociones y sensaciones, aunque también influyen otras situaciones como la permisibilidad extrema de los adultos que con tal de no confrontar se eximen de la responsabilidad de los límites que debieran poner en los jóvenes no para prohibir sino para acompañar y formar, delegando estas últimas a los profesores, hermanos mayores o familiares cercanos.

En muchos países los adolescentes representan del 20 al 25% de su población. La actividad sexual de los adolescentes va en aumento en todo el mundo y con esto también aumenta el riesgo de morir a consecuencia de problemas relacionado con el embarazo que es el doble para mujeres adolescentes (Secretaria de Salud, 2002).

El inicio de las relaciones sexuales a edades cada vez más tempranas provoca embarazos no planeados, las adolescentes no se encuentran preparadas para asumir

el rol de madre, trayendo una serie de frustraciones sociales al interrumpir las funciones normales de su edad, no cuentan con la información suficiente sobre educación sexual, lo que las orilla a que busquen las respuestas a sus dudas a través de sus amigos u otro tipo de fuentes que no necesariamente sea la más apropiada (Hurlock, 1999).

Tanto el hombre como la mujer tienen responsabilidad en la prevención del embarazo, no es únicamente una tarea de él o de ella, sino de ambos para poder disfrutar de la sexualidad sin correr el riesgo de que ocurra un embarazo no buscado.

Es por esto que los adolescentes requieren contar con información suficiente sobre educación sexual la cual debe ser obtenida por medio de sus padres y maestros acerca del proceso biológico de la reproducción, para evitar un embarazo no planeado y que a la vez la información pueda ser reforzada en los niveles básicos de educación preescolar, primaria y secundaria.

Por lo citado anteriormente se plantearon las siguientes preguntas de investigación:

- ¿Qué conocimientos de sexualidad y anticoncepción tienen los adolescentes de la telesecundaria Pedro Moreno, de la comunidad de Ocotenco?

A partir de esta pregunta surge la siguiente pregunta específica:

- ¿Qué métodos anticonceptivos conocen y usan los adolescentes de la telesecundaria Pedro Moreno?

#### **4. Planteamiento de hipótesis**

Kerlinger y Lee (2002), definen a la hipótesis como una afirmación en forma de conjetura de las relaciones entre dos o más variables. Es un intento de explicación o una respuesta provisional a un fenómeno.

La hipótesis de trabajo fue:

“Los adolescentes de la telesecundaria Pedro Moreno, de la comunidad de Ocotenco no tienen conocimientos de sexualidad y anticoncepción”

## 5. Tipo de estudio o investigación

De acuerdo a las características metodológicas del trabajo es de tipo descriptivo de acuerdo al objetivo de estudio y por la fuente de datos es de campo.

El tipo de estudio que se empleará en la investigación es de tipo descriptivo, ya que el objetivo central es obtener un panorama más preciso de la magnitud del problema o situación, jerarquizar los problemas, derivar elementos de juicio para estructurar políticas o estrategias operativas (Rojas, 2001). Los estudios descriptivos buscan especificar las propiedades de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que sea sometido a análisis. Miden o evalúan diversos aspectos, dimensiones o componentes del fenómeno o fenómenos a investigar.

## 6. Definición de variables

Una variable según Kerlinger y Lee (2002), es un símbolo al que se le asignan valores, o números, es la propiedad o carácter de que se estudiará. Corresponde a la de tipo atributiva ya que es una variable que se mide y no se puede manipular.

Las variables son:

### **Conocimientos de Sexualidad**

**Definición conceptual:** Se trata de la información con que cuentan los adolescentes acerca de la sexualidad, que es un aspecto central del ser humano, a lo largo de su vida, abarca el sexo, las identidades y los papeles de género, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual. Se vive y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas, papeles y relaciones interpersonales. Está influida por la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales (OMS, 2006).

**Definición Operacional:** es la forma en que los adolescentes consideran se manifiestan como hombre o como mujer, desde la forma de vestir, hablar, de demostrar los afectos, las relaciones con los demás, la búsqueda de la intimidad y el placer

sexual, la fecundidad, menstruación, masturbación, conocimiento y prevención de enfermedades sexualmente transmisibles, así como conocimientos y utilización de métodos anticonceptivos. Será medida a través del cuestionario propuesto por Pick, Aguilar, Rodríguez, Reyes, Collado, Pier, y Acevedo, 1995.

### **Conocimientos de Anticoncepción**

**Definición conceptual:** Es la información que tienen los adolescentes acerca de la anticoncepción, entendiendo esta como el término que se utiliza para designar las técnicas orientadas a evitar el embarazo. Se utilizan para regular la capacidad reproductiva de un individuo o una pareja con el fin de evitar embarazos no deseados. Dependiendo de la posibilidad de recobrar la fertilidad se clasifican en temporales y permanentes (Secretaría de Salud, 1994).

**Definición Operacional:** es el conocimiento de actos o comportamientos que una persona realiza para evitar embarazar o embarazarse, como el uso de métodos anticonceptivos, actitudes hacia la unión sexual, actitudes hacia tener un hijo, la toma de decisiones, organización al futuro y control de lo que ocurre en la vida. Será medida a través del cuestionario propuesto por Pick, et al. (1995).

### **7. Definición de universo de estudio**

La población o universo de estudio es la totalidad de unidades de análisis del conjunto a estudiar. Según Hernández, Fernández, y Baptista (2006), es el conjunto de individuos, objetos, elementos o fenómenos en los cuales puede presentarse determinada característica de ser estudiada.

El universo de estudio estuvo formado por todos los adolescentes de la comunidad de Ocotenco, perteneciente al Municipio de Santiago Tianguistenco, Estado de México.

La muestra quedó integrada por todos los adolescentes que asistieron a la única telesecundaria que hay en la comunidad, siendo un total de 90 alumnos, de las cuales

48 son mujeres y 42 hombres, que pertenece a un medio rural, tienen entre 12 y 16 años de edad y pertenecen a un estrato socioeconómico bajo.

Con respecto al grado de estudios 26 se encuentran estudiando primer año, 32 en segundo y 32 en tercero.

## **8. Selección de instrumento**

Se aplicó el cuestionario propuesto por Pick, et al. (1995), a los adolescentes que asisten a la telesecundaria Pedro Moreno.

En cuestionario fue desarrollado con la participación del Instituto Mexicano de Investigación de Familia y Población (IMIFAP) es una OSC (Organización de la Sociedad Civil) fundada en 1985 que se dedica a desarrollar programas de promoción de la salud y reducción de pobreza basadas en investigación. El enfoque de dichos programas es fundamentalmente preventivo ya que en la experiencia de IMIFAP es más fácil instrumentar conductas saludables que tratar de modificar patrones de conducta ya establecidos. Estos programas incluyen el uso de una metodología participativa-vivencial con grupos entre 15 y 25 personas proporcionándoles conocimientos y fomentando en ellos el desarrollo de habilidades cognitivas y psicosociales. La estrategia está integrada por una secuencia de pasos que van desde la identificación del problema, el desarrollo del programa, el piloteo y la evaluación del impacto así como las actividades de abogacía y difusión que se requieren para extenderlo a otras poblaciones.

Los reactivos del cuestionario aplicado fueron diseñados y validados en adolescentes de nivel socioeconómico bajo y medio de la Ciudad de México por IMIFAP. Algunos fueron diseñados expresamente para la investigación diagnóstico y evaluación asociada con el desarrollo del programa *Planeando tu vida*. Otros fueron tomados de escalas desarrolladas previamente.

El desarrollo del programa “Planeando tu vida” evaluado con 1632 estudiantes de preparatorias públicas. Se seleccionaron al azar dos grupos de alumnos, uno de los cuales tomó el curso y el otro sirvió como control, es decir, no tomó el curso. Se realizaron tres mediciones: antes del programa, al terminar el programa y un seguimiento a los 6 meses. Los resultados mostraron que participar en el programa no acelera el inicio de la vida sexual en aquellos adolescentes que aún no la tienen, sin embargo, los adolescentes que han participado en el programa toman más medidas preventivas una vez que inician su vida sexual, a diferencia de aquellos que no han participado (Pick, et al., 1995).

La encuesta cuenta con 99 variables a evaluar y tiene diferentes escalas de medición en las respuestas que se dan, los cuales se dividen en tres tarjetas. La primera parte está formada por 28 ítems, los datos obtenidos se clasifican de la siguiente manera:

- 1.- Relación y comunicación con los padres.
- 2.- Relación y comunicación con la pareja (novio).
- 3.- Relaciones sexuales y uso de métodos anticonceptivos.

La segunda parte está constituida por 10 ítems, los cuales proporcionan información sobre conocimiento del aparato sexual masculino, femenino, fecundidad, menstruación, fertilidad, masturbación, conocimiento y prevención de enfermedades sexualmente transmisibles y conocimiento y utilización de métodos anticonceptivos. La tercera parte está constituida por 61 ítems que arroja información sobre embarazo, anticoncepción, actitudes hacia la unión sexual, asertividad, actitud hacia tener un hijo, toma de decisiones, organización al futuro y control sobre lo que ocurre en la vida.

Sólo se aplicó parte del cuestionario para evaluar el programa *Planeando tu vida*, quedando solo 61 los reactivos que se refieren a actitudes y conocimientos sobre sexualidad y anticoncepción, ya que pueden ser analizados individualmente o formando escalas.

## **9. Diseño de la investigación congruente con todo el método**

Se trabajó con un diseño de investigación no experimental, transversal, ya que de acuerdo a Hernández, Fernández, y Baptista (2006), en estos diseños se recolectan datos en un solo momento, en un tiempo único. Su propósito es describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado.

Para lograr los objetivos propuestos se realizaron las siguientes fases:

1. Desarrollo del marco teórico.
2. Se solicitó a los directivos y docentes de la telesecundaria el permiso correspondiente para la aplicación del cuestionario.
3. Se aplicó el cuestionario, leyendo instrucciones claramente para evitar confusiones, aclarando que sería anónimo y confidencial.
4. Se interpretaron resultados.
5. Se procesaron los datos para obtener tablas.
6. Se analizaron los resultados y se integraron a los capítulos teóricos para la elaboración del borrador de tesis.

## **10. Especificación de la captura de información**

1. Se solicitó permiso en la telesecundaria para la aplicación del cuestionario.
2. Se proporcionó el instrumento a los alumnos y se leyeron las instrucciones en voz alta para constatar que no hubieran dudas para contestarlo.
3. Se calificaron los instrumentos y se analizaron a través de cuadros de concentración de información.
4. Se realizaron tablas con los resultados obtenidos.

## **11. Procesamiento de información**

De acuerdo a las características de la información y la naturaleza e intención del presente estudio, se trabajó con estadística descriptiva, para lo cual se seguirán los siguientes pasos:

1. Tabulación de frecuencias y porcentajes.
2. Elaboración, descripción de tablas y gráficas.

## RESULTADOS

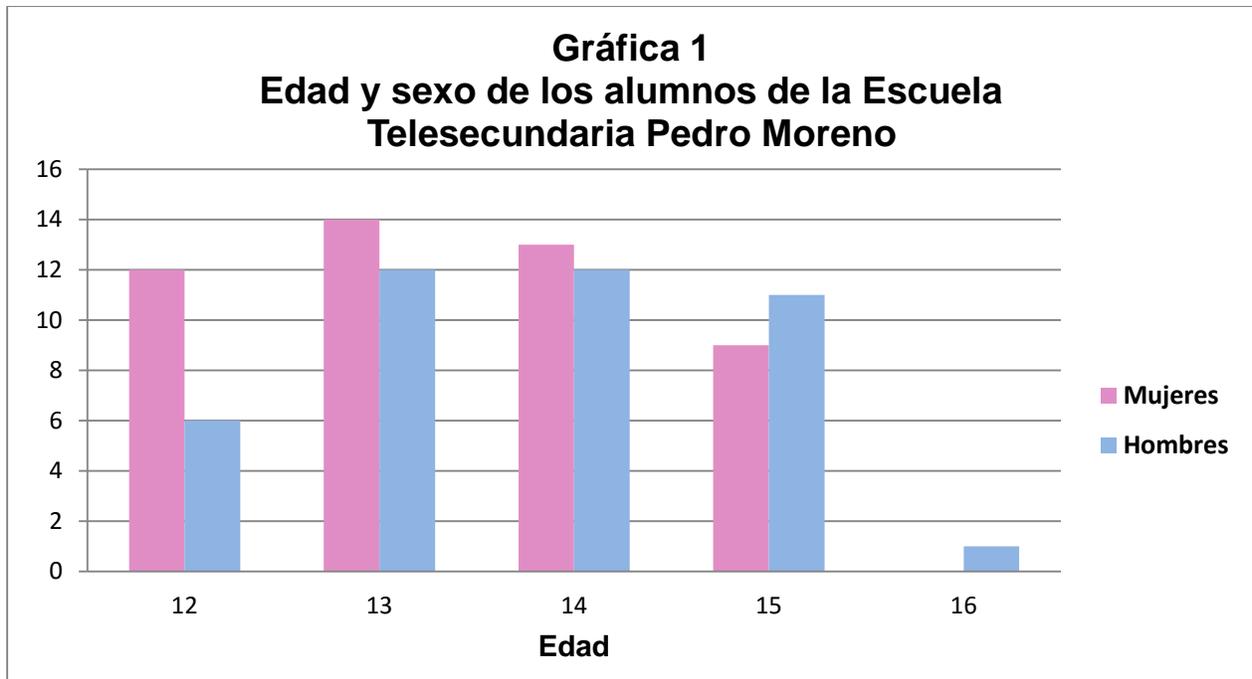
El apartado de resultados se construye a partir de la aplicación del instrumento a los alumnos de la escuela telesecundaria Pedro Moreno, de la comunidad de Ocotenco, Estado de México.

La tabla 1 muestra las frecuencias de la edad con respecto al sexo de los estudiantes, de un total de 90 alumnos, 48 son mujeres y 42 son hombres, el rango de edad es de 12 a 16 años, la mayoría de los alumnos tienen entre 13 y 14 años.

Tabla 1

*Edad y sexo de los alumnos de la Escuela Telesecundaria Pedro Moreno*

		Sexo		
		Mujeres	Hombres	Total
Edad	12	12	6	18
	13	14	12	26
	14	13	12	25
	15	9	11	20
	16	0	1	1
Total		48	42	90



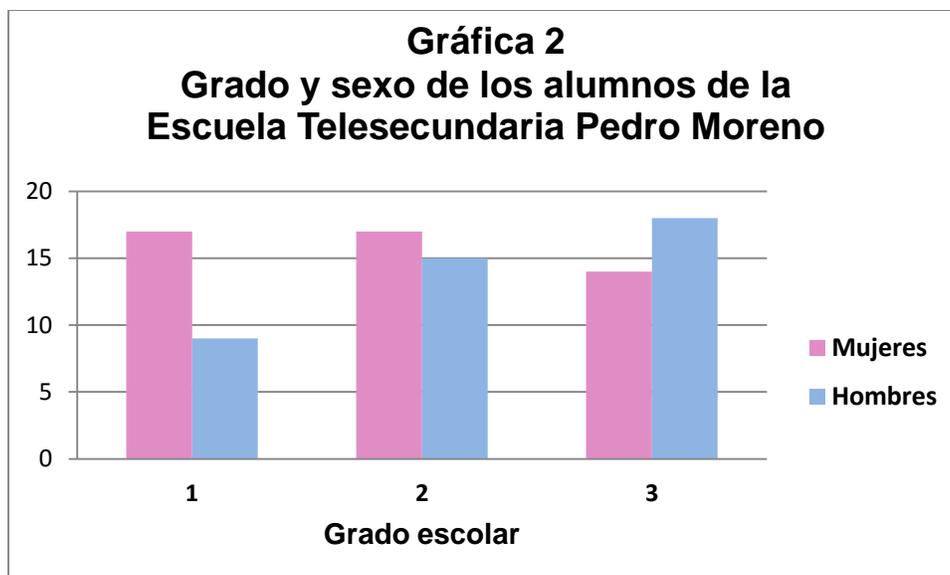
En la gráfica 1 se muestran las frecuencias de la edad con respecto al sexo de los estudiantes, de un total de 90 alumnos, 48 son mujeres y 42 son hombres, el rango de edad es de 12 a 16 años, la mayoría de los alumnos tienen entre 13 y 14 años, sólo hay un hombre que tiene 16 años.

La Tabla 2 muestra la frecuencia del grado con respecto al sexo, en primer grado son 26 alumnos, de los cuales 17 son mujeres y 9 son hombres, en segundo grado son 32, de los cuales 17 son mujeres y 15 son hombres, y en tercer grado son 32, de los cuales 14 son mujeres y 18 son hombres.

Tabla 2

*Grado y sexo de los alumnos de la Escuela Telesecundaria Pedro Moreno*

		Sexo		Total
		Mujeres	Hombres	
Grado	1	17	9	26
	2	17	15	32
	3	14	18	32
Total		48	42	90



La gráfica 2 muestra la frecuencia del grado con respecto al sexo, en primer grado son 26 alumnos, de los cuales 17 son mujeres y 9 son hombres, en segundo grado son 32, de los cuales 17 son mujeres y 15 son hombres, y en tercer grado son 32, de los cuales 14 son mujeres y 18 son hombres.

La Tabla 3 muestra la frecuencia de con quien viven los alumnos con respecto al sexo, la mayoría (62) viven con su familia de origen, 12 mujeres y 4 hombres viven solo con su mamá o mamá y hermanos, solo una mujer vive con sus suegros y un hombre vive solo.

Tabla 3

*Con quien viven los alumnos de la Escuela Telesecundaria Pedro Moreno*

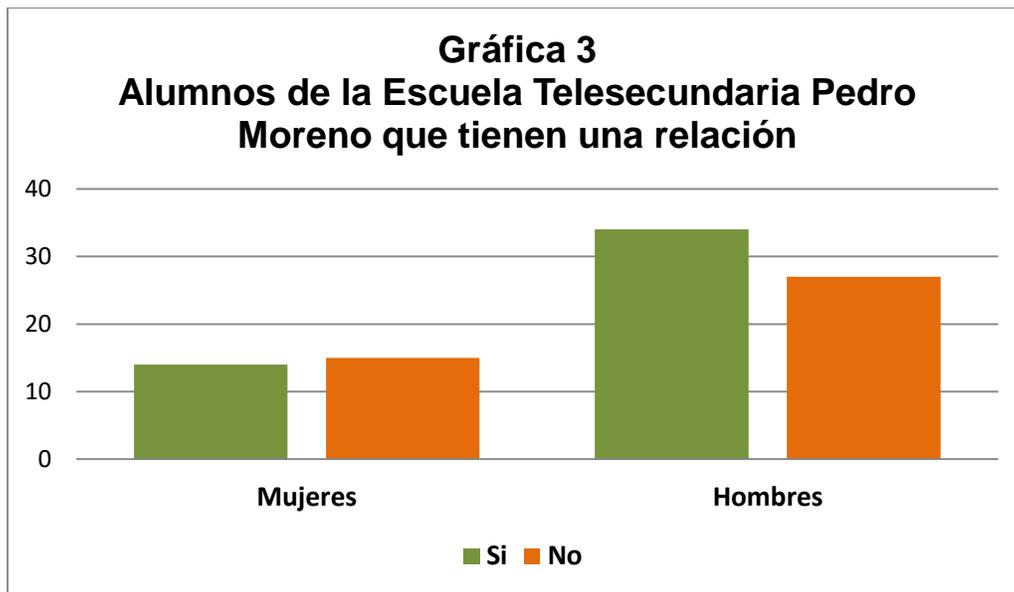
	Sexo		Total
	Mujeres	Hombres	
Suegros	1	0	1
Familia de origen	32	30	62
Solo (a)	0	1	1
Solo (a) con mamá o mamá y hermanos	12	4	16
Papa y hermanos (as)	2	5	7
Otro	1	2	3
Total	48	42	90

La Tabla 4 muestra la frecuencia de los alumnos que tienen una relación, la mayoría no tienen alguna relación, 34 mujeres y 27 hombres no salen con alguien mientras que 14 mujeres y 15 hombres si salen con alguien.

Tabla 4

*Tienen una relación los alumnos de la Escuela Telesecundaria Pedro Moreno*

	Sexo		Total
	Mujeres	Hombres	
Si	14	15	29
No	34	27	61
Total	48	42	90



La gráfica 3 muestra la frecuencia de los alumnos que tienen una relación, la mayoría no tienen alguna relación, 34 mujeres y 27 hombres no salen con alguien mientras que 14 mujeres y 15 hombres si tienen una relación.

La Tabla 5 muestra la frecuencia de hace cuánto tiempo los alumnos que tienen una relación con respecto al sexo, la mayoría nunca ha salido con alguien de las cuales 25 son mujeres y 16 son hombres, 12 mujeres y 12 hombres llevan saliendo con alguien menos de un mes, mientras que cuatro mujeres y siete hombres llevan saliendo por más de un año.

Tabla 5

*Hace cuánto tiempo tienen una relación los alumnos de la Escuela Telesecundaria Pedro Moreno*

	Sexo		Total
	Mujeres	Hombres	
Menos de un mes	12	12	24
Uno a tres meses	3	2	5
Cuatro a seis meses	3	3	6
Siete a doce meses	1	2	3
Más de un año	4	7	11
Nunca han salido con alguien	25	16	41
Total	48	42	90

La Tabla 6 muestra la frecuencia de a qué se dedican ahora los alumnos y la relación con respecto al sexo, la mayoría de los alumnos son estudiantes regulares, sólo una mujer y cuatro hombres son irregulares, mientras que una mujer y 5 hombres se dedican a estudiar y trabajar.

Tabla 6

*A qué se dedican ahora los alumnos de la Escuela Telesecundaria Pedro Moreno*

	Sexo		Total
	Mujeres	Hombres	
Estudiante regular	46	33	79
Estudiante irregular	1	4	5
Trabajar y estudiar	1	5	6
Total	48	42	90

La Tabla 7 muestra la frecuencia de hasta qué año piensan llegar en la escuela con respecto al sexo, la mayoría piensa llegar a estudiar la licenciatura completa, 15 mujeres y 8 hombres hasta que se pueda, y sólo una mujer y cuatro hombres piensan terminar la secundaria completa.

Tabla 7

*Hasta qué año piensan llegar en la escuela los alumnos de la Escuela Telesecundaria Pedro Moreno*

	Sexo		Total
	Mujeres	Hombres	
Secundaria completa	1	4	5
Preparatoria o equivalente incompleto	1	0	1
Preparatoria o equivalente completo	7	7	14
Licenciatura incompleta	0	4	4
Licenciatura completa	19	15	34
Hasta que se pueda	15	8	23
No sé	5	4	9
Total	48	42	90

La Tabla 8 muestra la frecuencia de la ocupación del padre o sustituto y relación respecto al sexo, la mayoría de los padres de los alumnos son obreros, se dedican al campo, son servidores públicos, al comercio, albañilería y taxistas, aunque cuatro mujeres y tres hombres dicen desconocer la ocupación de sus padres.

Tabla 8

*Ocupación del padre o sustituto de los alumnos de la Escuela Telesecundaria Pedro Moreno*

	Sexo		Total
	Mujeres	Hombres	
Campo	10	8	18
Obrero	18	15	33
Albañil	3	2	5
Taxista	2	2	4
No sé	4	3	7
Comerciante	5	6	11
Servidor público	6	6	12
Total	48	42	90

La Tabla 9 muestra la frecuencia de la ocupación de la madre o sustituta, 45 de las madres de familia se dedican al hogar, 22 son obreras, 20 son comerciantes y tres son profesoras.

Tabla 9

*Ocupación de la madre o sustituta de los alumnos de la Escuela Telesecundaria Pedro Moreno*

	Sexo		Total
	Mujeres	Hombres	
Hogar	25	20	45
Comercio	10	10	20
Maestra	1	2	3
Obrera	12	10	22
Total	48	42	90

La Tabla 10 muestra la frecuencia de con quién se criaron de niños (as) y la relación respecto al sexo, la mayoría de los alumnos se crio con ambos padres, ocho mujeres y nueve hombres se criaron sólo con sus madres, un hombre se crio con sus tíos y un hombre no sabe con quién se crio.

Tabla 10

*Con quién se criaron de niños (as) los alumnos de la Escuela Telesecundaria Pedro Moreno*

	Sexo		Total
	Mujeres	Hombres	
Ambos padres	28	20	48
Mamá y sustituto de padre	5	4	9
Papá y sustituta de madre	2	1	3
Sólo mamá	8	9	17
Sólo papá	0	3	3
Abuela y padres	5	3	8
No sé	0	1	1
Tíos	0	1	1
Total	48	42	90

La Tabla 11 muestra la frecuencia de hasta qué año grado escolar cursaron las madres de los alumnos, 27 madres de familia cursaron la secundaria completa, 16 primaria incompleta, 16 primaria completa, 10 secundaria incompleta, sólo dos licenciatura completa.

Tabla 11

*Hasta qué año de la escuela cursaron las mamás de los alumnos de la Escuela Telesecundaria Pedro Moreno*

	Sexo		Total
	Mujeres	Hombres	
Primaria incompleta	6	10	16
Primaria completa	6	10	16
Secundaria incompleta	7	3	10
Secundaria completa	17	10	27
Preparatoria o equivalente incompleta	5	5	10
Preparatoria o equivalente completa	2	3	5
Licenciatura incompleta	1	0	1
Licenciatura completa	2	0	2
No sé	2	1	3
Total	48	42	90

La Tabla 12 muestra la frecuencia de hasta qué año o grado escolar cursaron los padres de los alumnos, 24 padres de familia cursaron la secundaria completa, 13 la primaria completa, 12 la primaria incompleta, 11 la secundaria incompleta, de 7 papás no supieron hasta qué grado cursaron y uno sólo no estudio.

Tabla 12

*Hasta qué año de la escuela cursaron los papás de los alumnos de la Escuela Telesecundaria Pedro Moreno*

	Sexo		Total
	Mujeres	Hombres	
Primaria incompleta	4	8	12
Primaria completa	5	8	13
Secundaria incompleta	8	3	11
Secundaria completa	12	12	24
Preparatoria o equivalente incompleta	5	2	7
Preparatoria o equivalente completa	4	2	6
Licenciatura incompleta	1	1	2
Licenciatura completa	4	3	7
No estudio	1	0	1
No sé	4	3	7
Total	48	42	90

La Tabla 13 muestra la frecuencia de cómo se llevan con su madre (o sustituta) y la relación respecto al sexo, mayoría de mujeres y hombres dicen llevarse bien con sus madres, sólo una mujer y un hombre dijeron llevarse mal con ellas.

Tabla 13

*Cómo se llevan con su madre (o sustituta) los alumnos de la Escuela Telesecundaria Pedro Moreno*

	Sexo		Total
	Mujeres	Hombres	
Mal	1	1	2
Regular	12	7	19
Bien	35	34	69
Total	48	42	90

La Tabla 14 muestra la frecuencia de cuando tienes un problema personal lo platicas con tu mamá y la relación respecto al sexo, la mayoría de jóvenes dice que sólo a veces y dependiendo del problema lo platican con sus mamás, 13 mujeres y 11 hombres dicen que siempre lo hacen, mientras que siete mujeres y cinco hombres nunca lo hacen.

Tabla 14

*Cuando tienen un problema personal lo platican con su mamá los alumnos de la Escuela Telesecundaria Pedro Moreno*

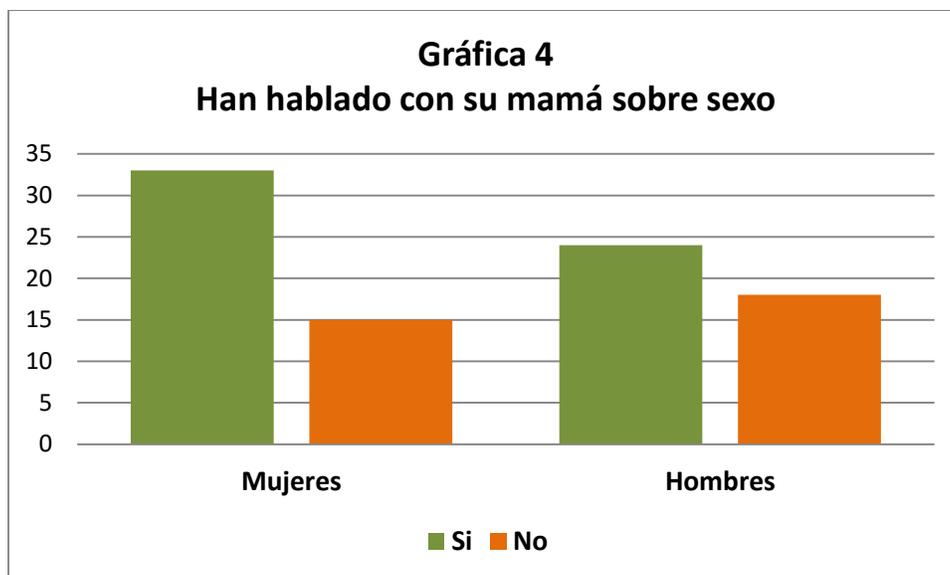
	Sexo		Total
	Mujeres	Hombres	
No, nunca	7	5	12
A veces, depende	28	26	54
Sí, siempre	13	11	24
Total	48	42	90

La Tabla 15 muestra la frecuencia de han hablado con su mamá sobre sexo y la relación respecto al género, la mayoría de las mujeres si han hablado con sus madres sobre sexo, mientras que la mayoría de los hombres no lo han hecho.

Tabla 15

*Han hablado con su mamá sobre sexo los alumnos de la Escuela Telesecundaria Pedro Moreno*

	Sexo		Total
	Mujeres	Hombres	
Si	33	24	57
No	15	18	33
Total	48	42	90



La gráfica 4 muestra la frecuencia de han hablado con su mamá sobre sexo y la relación respecto al género, la mayoría de las mujeres si han hablado con sus madres sobre sexo, mientras que la mayoría de los hombres no lo han hecho.

La Tabla 16 muestra la frecuencia de qué tanto han hablado con su madre sobre sexo y la relación respecto al género, 14 hombres dicen que han hablado poco con su madres sobre sexo y sólo dos han hablado mucho sobre el tema, mientras que 13 mujeres han hablado con sus madres sobre sexo y 12 lo han hecho mucho.

Tabla 16

*Qué tanto han hablado con su madre sobre sexo de los alumnos de la Escuela Telesecundaria Pedro Moreno*

	Sexo		Total
	Mujeres	Hombres	
Nada	13	13	26
Poco	10	14	24
Regular	13	13	26
Mucho	12	2	14
Total	48	42	90

La Tabla 17 muestra la frecuencia de cómo se llevan con su papá y la relación respecto al sexo, la mayoría de los jóvenes dicen llevarse bien con sus padres, 14 mujeres y 11 hombres se llevan de manera regular y sólo cinco mujeres y cuatro hombres tienen una mala relación con sus padres.

Tabla 17

*Cómo se llevan con su papá los alumnos de la Escuela Telesecundaria Pedro Moreno*

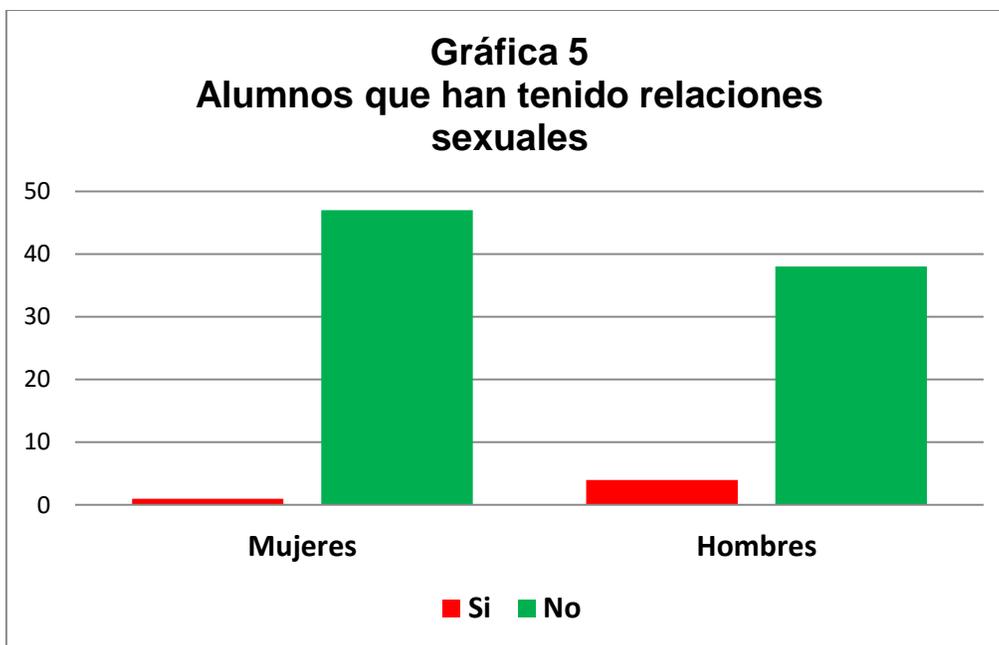
	Sexo		Total
	Mujeres	Hombres	
Mal	5	4	9
Regular	14	11	25
Bien	29	27	56
Total	48	42	90

La Tabla 18 muestra la frecuencia de has tenido relaciones sexuales y la relación respecto al sexo, la mayoría de los alumnos no han tenido relaciones sexuales y sólo una mujer y cuatro hombres lo han hecho.

Tabla 18

*Han tenido relaciones sexuales los alumnos de la Escuela Telesecundaria Pedro Moreno*

	Sexo		Total
	Mujeres	Hombres	
Si	1	4	5
No	47	38	85
Total	48	42	90



La gráfica 5 muestra la frecuencia de los alumnos que han tenido relaciones sexuales, la mayoría de los alumnos no han tenido relaciones sexuales y sólo una mujer y cuatro hombres han tenido relaciones sexuales.

La Tabla 19 muestra la frecuencia de a qué edad tuviste tu primera relación sexual y la relación respecto al sexo, de los cinco alumnos que mencionan haber tenido relaciones sexuales la mujer inicio a los 14 años, dos hombres a los 15 años, el resto a los 13 y 14 años.

Tabla 19

*A qué edad tuvieron su primera relación sexual los alumnos de la Escuela Telesecundaria Pedro Moreno*

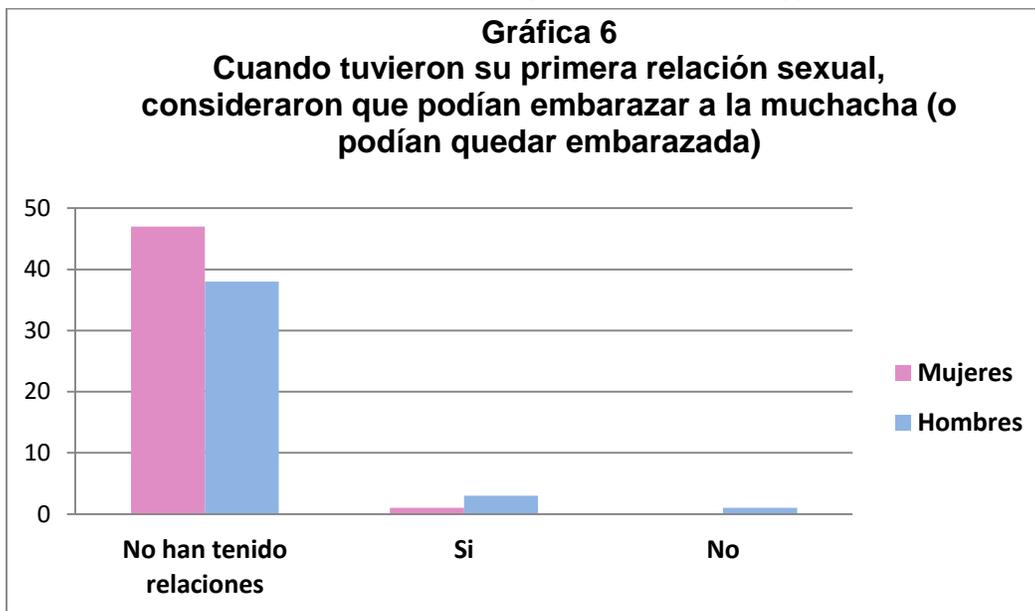
	Sexo		Total
	Mujeres	Hombres	
No han tenido relaciones	47	38	85
13 años	0	1	1
14 años	1	1	2
15 años	0	2	2
<b>Total</b>	<b>48</b>	<b>42</b>	<b>90</b>

La Tabla 20 muestra la frecuencia de cuando tuviste tu primera relación sexual, consideraste que podías embarazar a la muchacha (o podías quedar embarazada) y la relación respecto al sexo, cuatro de los jóvenes sexualmente activos si consideraron esa posibilidad y sólo un hombre no lo considero.

Tabla 20

*Cuando tuvieron su primera relación sexual, consideraron que podían embarazar a la muchacha (o podían quedar embarazada) los alumnos de la Escuela Telesecundaria Pedro Moreno*

	Sexo		Total
	Mujeres	Hombres	
No han tenido relaciones	47	38	85
Si	1	3	4
No	0	1	1
Total	48	42	90



La gráfica 6 muestra la frecuencia de cuando tuvieron su primera relación sexual, consideraron que podían embarazar a la muchacha (o podían quedar embarazada), de los cuales cuatro de los jóvenes sexualmente activos si consideraron esa posibilidad y sólo un hombre no lo considero.

La Tabla 21 muestra la frecuencia de cómo se embaraza una mujer y la relación respecto al sexo, 37 mujeres y 36 hombres contestaron correctamente, mencionando que se puede embarazar una mujer si tiene relaciones sexuales sin protección, siete mujeres y dos hombres contestaron incorrectamente esta pregunta y cuatro mujeres y cuatro hombres dicen que no saben cómo se embaraza una mujer.

Tabla 21

*Cómo se embaraza una mujer, respuestas de los alumnos de la Escuela Telesecundaria Pedro Moreno*

	Sexo		Total
	Mujeres	Hombres	
No sé	4	4	8
Teniendo relaciones sexuales sin protección	37	36	73
Respuesta incorrecta	7	2	9
Total	48	42	90

La Tabla 22 muestra la frecuencia de hay algo que se puede hacer para no embarazarse y la relación respecto al sexo, la mayoría de los encuestados menciona que sí hay algo que se puede hacer para prevenir el embarazo y sólo cuatro mujeres y dos hombres dicen que no se puede hacer nada.

Tabla 22

*Hay algo que se puede hacer para no embarazarse, respuestas de los alumnos de la Escuela Telesecundaria Pedro Moreno*

	Sexo		Total
	Mujeres	Hombres	
Si	44	40	84
No	4	2	6
Total	48	42	90

La Tabla 23 muestra la frecuencia de qué se puede hacer para no embarazarse y la relación respecto al sexo, y la mayoría de los encuestados contestos que si se puede evitar un embarazo usando métodos anticonceptivos y sólo cinco mujeres y cuatro hombres no saben que pueden hacer para no evitar un embarazo.

Tabla 23

*Qué hacen para no embarazarse los alumnos de la Escuela Telesecundaria Pedro Moreno*

	Sexo		Total
	Mujeres	Hombres	
Usando métodos anticonceptivos	43	38	81
No sé	5	4	9
Total	48	42	90

La Tabla 24 muestra la frecuencia de me puedes decir cómo se usa el condón masculino y la relación respecto al sexo, la mayoría de los encuestados contestaron correctamente, indicando que se coloca en el pene antes de la relación sexual, 27 mujeres y 15 hombres dijeron no saber o dejaban sin respuesta la pregunta, sólo dos hombres contestaron incorrectamente.

Tabla 24

*Me pueden decir cómo se usa el condón masculino, respuestas de los alumnos de la Escuela Telesecundaria Pedro Moreno*

	Sexo		Total
	Mujeres	Hombres	
Colocándolo en el pene, antes de la relación sexual	21	25	46
Se pone en la vagina	0	2	2
No sé	27	15	42
Total	48	42	90

La Tabla 25 muestra la frecuencia de me puedes decir cómo se usa el condón femenino y la relación respecto al sexo, la mayoría de los alumnos no saben cómo se usa este método anticonceptivo, 15 mujeres y 16 hombres saben que se usa en el interior de la vagina antes de tener relaciones sexuales y sólo tres mujeres y dos hombres dieron respuestas incorrectas.

Tabla 25

*Me pueden decir cómo se usa el condón femenino, respuestas de los alumnos de la Escuela Telesecundaria Pedro Moreno*

	Sexo		Total
	Mujeres	Hombres	
Se pone en el interior de la vagina antes de tener relaciones sexuales	15	16	31
Se lo pone el hombre	3	2	5
No sé	30	24	54
Total	48	42	90

La Tabla 26 muestra la frecuencia de me puedes decir cómo se usan las pastillas anticonceptivas, la mayoría de los alumnos no sabe cómo se usa este método anticonceptivo, 14 mujeres y 16 hombres indican que se toma una diariamente, y 13 mujeres y seis hombres erróneamente consideran que solo se deben tomar cuando se tienen relaciones sexuales.

Tabla 26

*Me pueden decir cómo se usan las pastillas anticonceptivas, respuestas de los alumnos de la Escuela Telesecundaria Pedro Moreno*

	Sexo		Total
	Mujeres	Hombres	
Se toman una diariamente las mujeres	14	16	30
Se toman sólo cuando se tienen relaciones	13	6	19
No sé	21	20	41
Total	48	42	90

La Tabla 27 muestra la frecuencia de me puedes decir cómo se usa el parche anticonceptivo, la mayoría de los alumnos no sabe del empleo de este método anticonceptivo, 15 mujeres y 13 hombres mencionaron que se coloca en alguna parte del cuerpo de la mujer y erróneamente tres mujeres y dos hombres dijeron que se tomaba.

Tabla 27

*Me pueden decir cómo se usa el parche anticonceptivo, respuestas de los alumnos de la Escuela Telesecundaria Pedro Moreno*

	Sexo		Total
	Mujeres	Hombres	
Se coloca en alguna parte del cuerpo de la mujer	15	13	28
Se toman	3	2	5
No sé	30	27	57
Total	48	42	90

La Tabla 28 muestra la frecuencia de me puedes decir cómo se usa el DIU, la mayoría de los alumnos no sabe cómo es el uso de este método anticonceptivo, 18 mujeres y 10 hombres mencionaron que este dispositivo es colocado en el interior del útero de la mujer, y erróneamente tres mujeres y dos hombres dijeron que se coloca cerca de la vejiga de la mujer.

Tabla 28

*Me pueden decir cómo se usa el DIU, respuestas de los alumnos de la Escuela Telesecundaria Pedro Moreno*

	Sexo		Total
	Mujeres	Hombres	
Lo colocan en el interior del útero de la mujer	18	10	28
Se coloca cerca de la vejiga de la mujer	3	2	5
No sé	27	30	57
Total	48	42	90

La Tabla 29 muestra la frecuencia de me puedes decir cómo se usa la píldora de emergencia y la relación respecto al sexo, la mayoría de los alumnos dicen no saber el uso de este método anticonceptivo, sólo 13 mujeres y ocho hombres mencionan que se toman cuando se tienen relaciones sexuales sin protección, dentro de un periodo de tiempo para evitar un embarazo, seis hombres y seis mujeres erróneamente mencionan que se toman una cada mes y sólo en caso de una violación.

Tabla 29

*Me pueden decir cómo se usa la píldora de emergencia, respuestas de los alumnos de la Escuela Telesecundaria Pedro Moreno*

	Sexo		Total
	Mujeres	Hombres	
Se toma cuando se tienen relaciones sexuales sin protección	13	8	21
Se toman una cada mes y sólo en caso de violación	6	6	12
No sé	29	28	57
Total	48	42	90

La Tabla 30 muestra la frecuencia de me puedes decir cómo se usan los métodos anticonceptivos naturales y la relación respecto al sexo, la mayoría de los alumnos no sabe del uso de estos métodos, sólo siete mujeres y 4 hombres contestaron correctamente que es identificar el periodo fértil de la mujer y la práctica de la abstinencia.

Tabla 30

*Me pueden decir cómo se usan los métodos anticonceptivos naturales, respuestas de los alumnos de la Escuela Telesecundaria Pedro Moreno*

	Sexo		
	Mujeres	Hombres	Total
Identificar el periodo fértil de la mujer y la abstinencia	7	4	11
Se toman	3	1	4
No sé	38	37	75
Total	48	42	90

La Tabla 31 muestra la frecuencia de me puedes decir cómo es la vasectomía y la salpingoclasia y la relación respecto al sexo, la mayoría de los alumnos no sabe en qué consiste este método anticonceptivo, sólo seis mujeres y siete hombres mencionaron que es un método quirúrgico que se practica en el hombre o la mujer para que se impida la liberación de óvulos o espermatozoides.

Tabla 31

*Me pueden decir cómo es la vasectomía y la salpingoclasia, respuestas de los alumnos de la Escuela Telesecundaria Pedro Moreno*

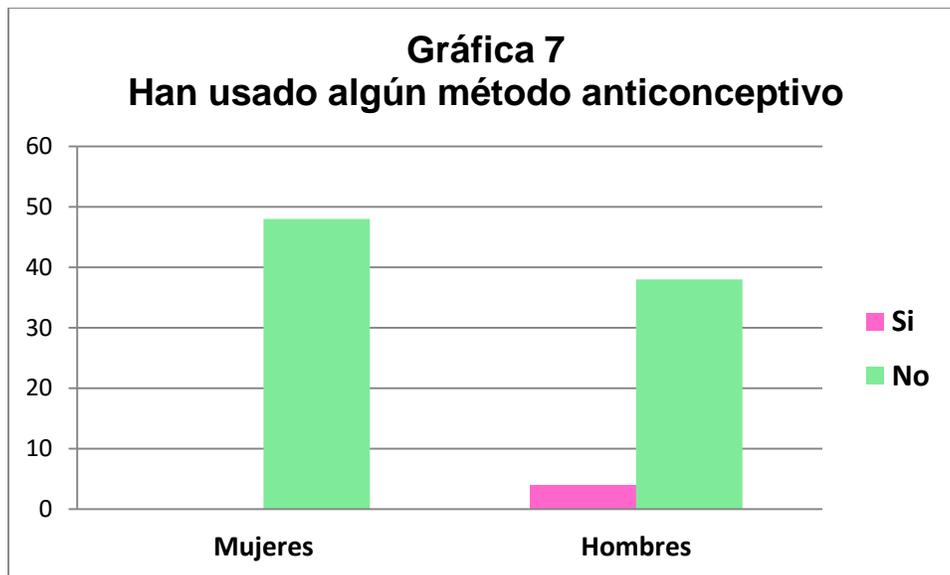
	Sexo		
	Mujeres	Hombres	Total
Son cirugías que se practican el hombre y la mujer para que no se liberen óvulos ni los espermatozoides y así evitar que se unan.	6	7	13
Operación de la vagina	5	2	7
No sé	37	33	70
Total	48	42	90

La Tabla 32 muestra la frecuencia de has usado algún método anticonceptivo y la relación respecto al sexo, 86 alumnos dijeron que no han usado algún método, y sólo cuatro hombres lo han hecho.

Tabla 32

*Han usado algún método anticonceptivo, respuestas de los alumnos de la Escuela Telesecundaria Pedro Moreno*

	Sexo		Total
	Mujeres	Hombres	
Si	0	4	4
No	48	38	86
Total	48	42	90



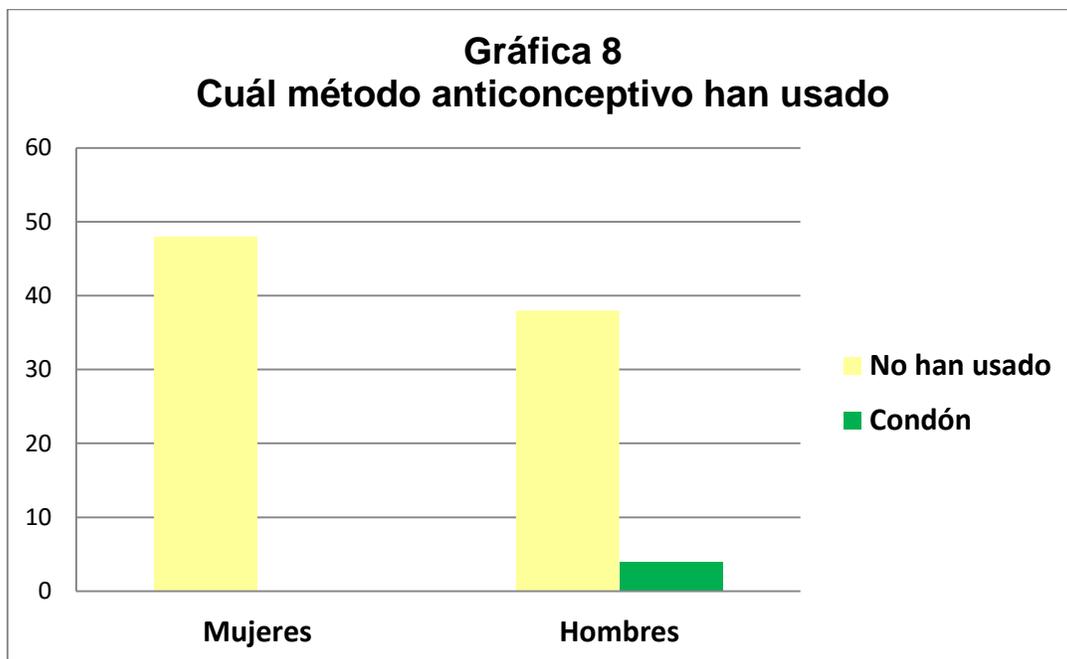
La gráfica 7 muestra la frecuencia de los alumnos que han usado algún método anticonceptivo, 86 alumnos dijeron que no han usado algún método, y sólo cuatro hombres lo han hecho, de las mujeres ninguna ha usado métodos anticonceptivos.

La Tabla 33 muestra la frecuencia de cuál método anticonceptivo has usado y la relación respecto al sexo, 86 alumnos no han usado algún método y los cuatro hombre que han usado ha sido condón.

Tabla 33

*Cuál método anticonceptivo han usado, respuestas de los alumnos de la Escuela Telesecundaria Pedro Moreno*

	Sexo		Total
	Mujeres	Hombres	
No han usado	48	38	86
Condón	0	4	4
Total	48	42	90



La gráfica 8 muestra la frecuencia de cuál método anticonceptivo han usado, de los cuales 86 alumnos no han usado algún método y los cuatro hombres que han usado ha sido condón.

La Tabla 34 muestra la frecuencia de la primera vez que tuviste relaciones sexuales, tú o tu pareja hicieron algo para evitar el embarazo y la relación respecto al sexo, cuatro hombres en su primera relación sexual se protegieron para evitar un embarazo, 85 alumnos no han tenido relaciones sexuales aun.

Tabla 34

*La primera vez que tuvieron relaciones sexuales, tú o tu pareja hicieron algo para evitar el embarazo, respuestas de los alumnos de la Escuela Telesecundaria Pedro Moreno*

	Sexo		Total
	Mujeres	Hombres	
No	48	38	86
Si	0	4	4
Total	48	42	90

La Tabla 35 muestra la frecuencia de la primera vez que tuviste relaciones sexuales, tú o tu pareja qué hicieron para evitar el embarazo y la relación respecto al sexo, 85 alumnos no han tenido relaciones sexuales, mientras que la mujer que si ha tenido relaciones menciona su novio usa condón al igual que los otros cuatro hombres que si han tenido relaciones sexuales.

Tabla 35

*La primera vez que tuvieron relaciones sexuales, tú o tu pareja qué hicieron para evitar el embarazo, respuestas de los alumnos de la Escuela Telesecundaria Pedro Moreno*

	Sexo		Total
	Mujeres	Hombres	
No han tenido relaciones	47	38	85
Usar condón	1	4	6
Total	48	42	90

La Tabla 36 muestra la frecuencia de dos de las estructuras que corresponden al aparato sexual masculino y la relación respecto al sexo, la mayoría contesto correctamente, aunque es necesario abordar estos temas.

Tabla 36

*Dos de las estructuras que corresponden al aparato sexual masculino, respuestas de los alumnos de la Escuela Telesecundaria Pedro Moreno*

	Sexo		Total
	Mujeres	Hombres	
La próstata y el clítoris	5	11	16
El útero y los conductos deferentes	3	0	3
Los testículos y los conductos deferentes	30	25	55
El monte de Venus y los testículos	10	6	16
Total	48	42	90

La Tabla 37 muestra la frecuencia del lugar donde se lleva a cabo la fecundación, que es la unión del espermatozoide con el óvulo y la relación respecto al sexo, existe confusión en los adolescentes ya que sólo 31 alumnos contesto de manera correcta y el resto incorrectamente.

Tabla 37

*El lugar donde se lleva a cabo la fecundación, que es la unión del espermatozoide con el óvulo, respuestas de los alumnos de la Escuela Telesecundaria Pedro Moreno*

	Sexo		Total
	Mujeres	Hombres	
La zona de los labios menores y el clítoris	5	3	8
La parte terminal de las trompas de Falopio	14	17	31
La parte inferior de la vagina	17	14	31
Los contornos del ovario	12	8	20
Total	48	42	90

La Tabla 38 muestra la frecuencia de los días más fértiles de la mujer dentro de su ciclo menstrual y la relación respecto al sexo, erróneamente y en mayoría las mujeres consideran que son los días que dura la menstruación o los cuatro días después de la menstruación, sólo seis mujeres y 13 hombres poseen la información correcta que es del día 12 al 16 del ciclo menstrual.

Tabla 38

*Los días más fértiles de la mujer dentro de su ciclo menstrual, respuestas de los alumnos de la Escuela Telesecundaria Pedro Moreno*

	Sexo		Total
	Mujeres	Hombres	
Del día 12 al 16 de su ciclo menstrual	6	13	19
Los días que dura la menstruación	22	13	35
Los cuatro días siguientes a la menstruación	17	10	27
Del día 24 al 27 de su ciclo menstrual	3	6	9
Total	48	42	90

La Tabla 39 muestra la frecuencia del período más recomendable para tener hijos es y la relación respecto al sexo, la mayoría de los adolescentes considera que el periodo más recomendable de los 20 a los 30 años de edad, 17 mujeres y 12 hombres consideran que de los 28 a los 37, y una mujer y dos hombres consideran que de los 12 a los 18 años.

Tabla 39

*El período más recomendable para tener hijos es, respuestas de los alumnos de la Escuela Telesecundaria Pedro Moreno*

	Sexo		
	Mujeres	Hombres	Total
Los 15 a los 20 años de edad	1	1	2
Los 28 a los 37 años de edad	17	12	29
Los 12 a los 18 años de edad	1	2	3
Los 20 a los 30 años de edad	29	27	56
Total	48	42	90

La Tabla 40 muestra la frecuencia de dos de las principales enfermedades sexualmente transmisibles y la relación respecto al sexo, 22 mujeres y 25 hombres consideran erróneamente que las principales enfermedades sexualmente transmisibles son el acné y el SIDA, y sólo 19 mujeres y 16 hombres consideran que es la gonorrea y la sífilis.

Tabla 40

*Dos de las principales enfermedades sexualmente transmisibles, respuestas de los alumnos de la Escuela Telesecundaria Pedro Moreno*

	Sexo		
	Mujeres	Hombres	Total
El acné y el SIDA	22	25	47
La gonorrea y la sífilis	19	16	35
La sífilis y la esterilidad	2	1	3
La gonorrea y las paperas	5	0	5
Total	48	42	90

La Tabla 41 muestra la frecuencia de las enfermedades sexualmente transmisibles se presentan en y la relación respecto al sexo, 32 mujeres y 18 hombres contestaron correctamente al contestar que las enfermedades sexualmente transmisibles se presentan en cualquier persona que tenga contacto sexual con una persona infectada,

aunque 10 mujeres y 15 hombres consideran que esas enfermedades se presentan en las personas que tengan contacto sexual con prostitutas.

Tabla 41

*Las enfermedades sexualmente transmisibles se presentan en, respuestas de los alumnos de la Escuela Telesecundaria Pedro Moreno*

	Sexo		Total
	Mujeres	Hombres	
Las personas que acuden frecuentemente a baños públicos	4	8	12
Todas las personas que tengan un contacto sexual con prostitutas	10	15	25
Cualquier persona que tenga contacto sexual con una persona infectada	32	18	50
Las personas que tienen contacto sexual con homosexuales	2	1	3
Total	48	42	90

La Tabla 42 muestra la frecuencia de la masturbación y la relación respecto al sexo, 24 mujeres y 21 hombres consideran que la masturbación es una actividad saludable en la vida sexual del individuo, aunque aún se tienen creencias de que favorece el retraso mental, acné o impide el crecimiento físico.

Tabla 42

*La masturbación, respuestas de los alumnos de la Escuela Telesecundaria Pedro Moreno*

	Sexo		Total
	Mujeres	Hombres	
Favorece el retraso mental de quien la practica	12	8	20
Es una actividad saludable en la vida sexual del individuo	24	21	45
Impide el crecimiento físico del individuo	7	8	15
Favorece la aparición de acné en los adolescentes	5	5	10
Total	48	42	90

La Tabla 43 medidas para prevenir enfermedades sexualmente transmisibles y la relación respecto al sexo, 34 mujeres y 26 hombres consideran que basta con utilizar preservativo o condón para prevenir las enfermedades sexualmente transmisibles, dos mujeres y un hombre consideran que se debe seleccionar de manera consciente a la pareja.

Tabla 43

*Medidas para prevenir enfermedades sexualmente transmisibles, respuestas de los alumnos de la Escuela Telesecundaria Pedro Moreno*

	Sexo		Total
	Mujeres	Hombres	
Seleccionar de manera consciente a la pareja	2	1	3
Asear los geniales después del acto sexual	3	2	5
Utilizar preservativo o condón	34	26	60
Todas las anteriores	9	13	22
Total	48	42	90

Tabla 44 muestra la frecuencia de los métodos más eficaces y adecuados para los adolescentes que tienen relaciones sexuales de vez en cuando y la relación respecto al sexo, los adolescentes consideran que la combinación de condón y espermicidas es el método más eficaz, nueve mujeres y siete hombres consideran que son los inyectables y el DIU.

Tabla 44

*Los métodos más eficaces y adecuados para los adolescentes que tienen relaciones sexuales de vez en cuando, respuestas de los alumnos de la Escuela Telesecundaria Pedro Moreno*

	Sexo		Total
	Mujeres	Hombres	
La combinación de condón y óvulo (espermicidas)	24	25	49
Los inyectables y el dispositivo intrauterino	9	7	16
El retiro y el control de la temperatura vaginal	7	5	12
El ritmo y la ducha vaginal	8	5	13
Total	48	42	90

La Tabla 45 muestra la frecuencia de cuando una muchacha utiliza el óvulo se lo debe aplicar y la relación respecto al sexo, la mayoría de los alumnos considera erróneamente que los óvulos se deben aplicar un día antes de tener relaciones sexuales y realizar un lavado vaginal un día después, mientras que solo 15 mujeres y 13 hombres contestaron correctamente y que tiene que ser 15 minutos antes de la penetración y hacer el lavado vaginal hasta después de 6 horas.

Tabla 45

*Cuando una muchacha utiliza el óvulo se lo debe aplicar, respuestas de los alumnos de la Escuela Telesecundaria Pedro Moreno*

	Sexo		Total
	Mujeres	Hombres	
Un día antes de efectuar el acto sexual y se debe hacer un lavado vaginal un día después	21	17	38
Inmediatamente después de la penetración y debe permanecer acostada por dos horas	6	8	14
15 minutos antes de la penetración y no se hace lavado vaginal hasta después de 6 horas	15	13	28
En el momento de la penetración y no se hace lavado vaginal hasta después de 6 horas	6	4	10
Total	48	42	90

La Tabla 46 muestra la frecuencia de ¿Se puede embarazar una mujer aunque no se excite (caliente) durante el acto sexual? y la relación respecto al sexo, 27 mujeres y 24 hombres consideran que una mujer si se puede embarazar aunque no se excite, 3 mujeres y 4 hombres consideran que no se puede embarazar aunque no se excite.

Tabla 46

*¿Se puede embarazar una mujer aunque no se excite (caliente) durante el acto sexual?, respuestas de los alumnos de la Escuela Telesecundaria Pedro Moreno*

	Sexo		Total
	Mujeres	Hombres	
Si	27	24	51
No	3	4	7
No sé	18	14	32
Total	48	42	90

La Tabla 47 muestra la frecuencia de ¿se puede embarazar una mujer por ir a un baño público? y la relación respecto al sexo, la mayoría de alumnos contesto correctamente que no se puede embarazar una mujer por ir a un baño público, aunque dos mujeres y tres hombres erróneamente creen que sí.

Tabla 47

*¿Se puede embarazar una mujer por ir a un baño público?, respuestas de los alumnos de la Escuela Telesecundaria Pedro Moreno*

	Sexo		Total
	Mujeres	Hombres	
Si	2	3	5
No	38	35	73
No sé	7	4	11
Total	47	42	89

La Tabla 48 muestra la frecuencia de ¿se puede embarazar una mujer aunque se bañe bien sus partes después de tener relaciones? y la relación respecto al sexo, la mayoría contesto correctamente diciendo que si se puede embarazar, aunque 14 mujeres y 9 hombres no sabe, y erróneamente 7 mujeres y 8 hombres dicen que no.

Tabla 48

*¿Se puede embarazar una mujer aunque se bañe bien sus partes después de tener relaciones?, respuestas de los alumnos de la Escuela Telesecundaria Pedro Moreno*

	Sexo		Total
	Mujeres	Hombres	
Si	27	25	52
No	7	8	15
No sé	14	9	23
Total	48	42	90

La Tabla 49 muestra la frecuencia de si el hombre saca el pene (su miembro) antes de venirse, ¿se puede embarazar la mujer? y la relación respecto al sexo, en esta pregunta 24 mujeres no saben la respuesta, 14 dicen que no se puede embarazar y 10 que si se puede embarazar, mientras que 23 hombres dicen que no se puede embarazar, 13 no saben, y solo 6 dicen que si se puede embarazar.

Tabla 49

Si el hombre saca el pene (su miembro) antes de venirse, ¿se puede embarazar la mujer?, *respuestas de los alumnos de la Escuela Telesecundaria Pedro Moreno*

	Sexo		Total
	Mujeres	Hombres	
Si	10	6	16
No	14	23	37
No sé	24	13	37
Total	48	42	90

La Tabla 50 muestra la frecuencia de ¿se puede embarazar una mujer aunque sólo tenga relaciones de vez en cuando? y la relación respecto al sexo, 32 mujeres dicen que si se pueden embarazar aunque sólo se tengan relaciones de vez en cuando, 8 dicen que no y 7 no lo saben, 34 hombres dicen que si se puede embarazar una mujer aunque sólo tenga relaciones de vez en cuando, 5 dicen que no y 3 no saben.

Tabla 50

*¿Se puede embarazar una mujer aunque sólo tenga relaciones de vez en cuando?, respuestas de los alumnos de la Escuela Telesecundaria Pedro Moreno*

	Sexo		Total
	Mujeres	Hombres	
Si	32	34	66
No	9	5	14
No sé	7	3	10
Total	48	42	90

La Tabla 51 muestra la frecuencia de ¿se puede embarazar una mujer la primera vez que tiene relaciones sexuales? y la relación respecto al sexo, la mayoría de los adolescentes contesto correctamente que si se puede embarazar una mujer la primera vez que tiene relaciones sexuales, aunque 13 mujeres y 4 hombres dicen que no es posible, el resto no lo sabe.

Tabla 51

*¿Se puede embarazar una mujer la primera vez que tiene relaciones sexuales?, respuestas de los alumnos de la Escuela Telesecundaria Pedro Moreno*

	Sexo		Total
	Mujeres	Hombres	
Si	28	30	58
No	13	4	17
No sé	7	8	15
Total	48	42	90

La Tabla 52 muestra la frecuencia de ¿se puede embarazar una mujer por meterse a nadar a una alberca? y la relación respecto al sexo, la mayoría de los adolescentes contesto correctamente negando que se pueda dar un embarazo por nadar en una alberca, 3 mujeres dicen que sí es posible y ningún hombre dijo que fuera posible.

Tabla 52

*¿Se puede embarazar una mujer por meter a nadar a una alberca?, respuestas de los alumnos de la Escuela Telesecundaria Pedro Moreno*

	Sexo		Total
	Mujeres	Hombres	
Si	3	0	3
No	37	34	71
No sé	8	8	16
Total	48	42	90

La Tabla 53 muestra la frecuencia de ¿crees que si una mujer toma pastillas para evitar el embarazo, ya nunca podrá tener hijos? y la relación respecto al sexo, 23 mujeres y 28 hombres no creen que si se toman pastillas anticonceptivas ya nunca se pueda tener hijos, 8 mujeres y cuatro hombres si creen esto posible y 17 mujeres y 10 hombres no saben.

Tabla 53

*¿Creen que si una mujer toma pastillas para evitar el embarazo, ya nunca podrá tener hijos?, respuestas de los alumnos de la Escuela Telesecundaria Pedro Moreno*

	Sexo		Total
	Mujeres	Hombres	
Si	8	4	12
No	23	28	51
No sé	17	10	27
Total	48	42	90

La Tabla 54 muestra la frecuencia de ¿si se están tomando pastillas anticonceptivas se deben tomar a diario aunque no se tengan relaciones sexuales muy seguidas? y la relación respecto al sexo, en esta pregunta la mayoría de los encuestados no saben la respuesta, 13 mujeres y 12 hombres contestaron correctamente y 13 mujeres y 16 hombres contestaron mal.

Tabla 54

*¿Si se están tomando pastillas anticonceptivas se deben tomar a diario aunque no se tengan relaciones sexuales muy seguidas?, respuestas de los alumnos de la Escuela Telesecundaria Pedro Moreno*

	Sexo		Total
	Mujeres	Hombres	
Si	13	12	25
No	13	16	29
No sé	22	14	36
Total	48	42	90

La Tabla 55 muestra la frecuencia de ¿es cierto que si una mujer se toma una pastilla anticonceptiva después de haber tenido relaciones sexuales, no se embaraza? y la relación respecto al sexo, la mayoría de los adolescentes que participaron en la investigación no saben la respuesta, 13 mujeres y 18 hombres dijeron que no y 18 mujeres y 8 hombres dicen que sí.

Tabla 55

*¿Es cierto que si una mujer se toma una pastilla anticonceptiva después de haber tenido relaciones sexuales, no se embaraza?, respuestas de los alumnos de la Escuela Telesecundaria Pedro Moreno*

	Sexo		Total
	Mujeres	Hombres	
Si	18	8	26
No	13	18	31
No sé	17	16	33
Total	48	42	90

La Tabla 56 muestra la frecuencia de ¿puede servir un solo condón para dos o tres relaciones sexuales? y la relación respecto al sexo, 29 mujeres y 31 hombres contestaron correctamente que un condón se puede usar más de una vez, y 11 mujeres y 6 hombres erróneamente consideran que si se puede usar más de una vez.

Tabla 56

*¿Puede servir un solo condón para dos o tres relaciones sexuales?, respuestas de los alumnos de la Escuela Telesecundaria Pedro Moreno*

	Sexo		Total
	Mujeres	Hombres	
Si	11	6	17
No	29	31	60
No sé	8	5	13
Total	48	42	90

La Tabla 57 muestra la frecuencia de si quisiera conseguir algo para evitar el embarazo, ¿podrías conseguirlo? y la relación respecto al sexo, 15 mujeres dicen que sí podrían conseguir algo para evitar el embarazo, 15 dicen que no, y 18 no ben sí podrían conseguir algo, los hombres 28 dicen que si, 8 que no y 24 no lo saben.

Tabla 57

Si quisieran conseguir algo para evitar el embarazo, ¿podrían conseguirlo?, *respuestas de los alumnos de la Escuela Telesecundaria Pedro Moreno*

	Sexo		Total
	Mujeres	Hombres	
Si	15	28	43
No	15	8	23
No sé	18	6	24
Total	48	42	90

La Tabla 58 muestra la frecuencia de ¿son demasiado caros los anticonceptivos para que tú los puedas comprar? y la relación respecto al sexo, 25 mujeres no saben si los anticonceptivos son caros, 13 dicen que no lo son, y 10 dicen que si son caros, 23 de los hombres dicen que no son caros, 13 no lo saben y 6 dicen que si son caros para poderlos comprar.

Tabla 58

¿Son demasiado caros los anticonceptivos para que los puedan comprar?, *respuestas de los alumnos de la Escuela Telesecundaria Pedro Moreno*

	Sexo		Total
	Mujeres	Hombres	
Si	10	6	16
No	13	23	36
No sé	25	13	38
Total	48	42	90

La Tabla 59 muestra la frecuencia de ¿es fácil conseguir algo para no embarazarse (para no causar un embarazo) sin que nadie se entere? y la relación respecto al sexo, 20 mujeres dicen que no es fácil conseguir anticonceptivos sin que nadie se entere, 17 no lo saben y 11 dicen que sin es difícil, 16 hombres dicen que no es fácil, 15 que si es fácil y 11 no lo saben.

Tabla 59

*¿Es fácil conseguir algo para no embarazarse (para no causar un embarazo) sin que nadie se entere?, respuestas de los alumnos de la Escuela Telesecundaria Pedro Moreno*

	Sexo		Total
	Mujeres	Hombres	
Si	11	15	26
No	20	16	36
No sé	17	11	28
Total	48	42	90

La Tabla 60 muestra la frecuencia de ¿has platicado acerca de anticonceptivos con tu pareja? y la relación respecto al sexo, 26 mujeres y 26 hombres no han platicado sobre métodos anticonceptivos con sus parejas, 12 mujeres y 9 hombres si lo han hecho.

Tabla 60

*¿Han platicado acerca de anticonceptivos con su pareja?, respuestas de los alumnos de la Escuela Telesecundaria Pedro Moreno*

	Sexo		Total
	Mujeres	Hombres	
Si	12	9	21
No	26	26	52
No sé	10	7	17
Total	48	42	90

La Tabla 61 muestra la frecuencia de ¿están de acuerdo tú y tu compañero(a) de quién debe tener la responsabilidad del uso de anticonceptivos? y la relación respecto al sexo, 19 mujeres y 13 hombres dicen que no se han puesto de acuerdo con sus parejas para ver de quien es la responsabilidad del uso de anticonceptivos, solo 14 mujeres y 17 hombres lo han hecho.

Tabla 61

*¿Están de acuerdo tú y tu compañero(a) de quién debe tener la responsabilidad del uso de anticonceptivos?, respuestas de los alumnos de la Escuela Telesecundaria Pedro Moreno*

	Sexo		Total
	Mujeres	Hombres	
Si	14	17	31
No	19	13	32
No sé	15	12	27
Total	48	42	90

La Tabla 62 muestra la frecuencia de ¿crees que tener que cuidarse para no tener bebés le quita lo romántico a las relaciones sexuales? y la relación respecto al sexo, la mayoría de los alumnos como no han tenido relaciones sexuales no saben si quita o no lo romántico, 21 mujeres y 24 hombres dicen que no le romántico y 8 mujeres y 4 hombres dicen que si le quita lo romántico.

Tabla 62

*¿Creen que tener cuidarse para no tener bebés le quita lo romántico a las relaciones sexuales?, respuestas de los alumnos de la Escuela Telesecundaria Pedro Moreno*

	Sexo		Total
	Mujeres	Hombres	
Si	8	4	12
No	21	24	45
No sé	19	14	33
Total	48	42	90

La Tabla 63 muestra la frecuencia de ¿crees que es demasiado tarde tratar de usar anticonceptivos cuando ya está caliente tu pareja? y la relación respecto al sexo, la mayoría de los adolescentes dicen que no es demasiado tarde para usar anticonceptivos, 20 mujeres y 7 hombres no lo saben y 2 mujeres y 4 hombres dicen que si es demasiado tarde para usarlos.

Tabla 63

*¿Creen que es demasiado tarde tratar de usar anticonceptivos cuando ya está caliente tu pareja?, respuestas de los alumnos de la Escuela Telesecundaria Pedro Moreno*

	Sexo		Total
	Mujeres	Hombres	
Si	2	4	6
No	26	31	57
No sé	20	7	27
Total	48	42	90

La Tabla 64 muestra la frecuencia de ¿Es pecado usar algo para no embarazarse? y la relación respecto al sexo, la mayoría considera que no es pecado usar anticonceptivos, aunque 14 mujeres y 13 hombres no lo saben, y sólo 5 mujeres y 3 hombres consideran que si es pecado usar algo para no embarazarse.

Tabla 64

*¿Es pecado usar algo para no embarazarse?, respuestas de los alumnos de la Escuela Telesecundaria Pedro Moreno*

	Sexo		Total
	Mujeres	Hombres	
Si	5	3	8
No	29	26	55
No sé	14	13	27
Total	48	42	90

La Tabla 65 muestra la frecuencia de ¿Está bien que un hombre tenga relaciones sexuales antes de casarse? y la relación respecto al sexo, 17 mujeres y 17 hombres dicen que no está bien, 17 mujeres y 12 hombres no saben si es bueno o malo, y 14 mujeres y 13 hombres dicen que si está bien que un hombre tenga relaciones antes de casarse.

Tabla 65

*¿Está bien que un hombre tenga relaciones sexuales antes de casarse?, respuestas de los alumnos de la Escuela Telesecundaria Pedro Moreno*

	Sexo		Total
	Mujeres	Hombres	
Si	14	13	27
No	17	17	34
No sé	17	12	29
Total	48	42	90

La Tabla 66 muestra la frecuencia de si se tienen relaciones sexuales antes de casarse y no se desea tener un bebé ¿está bien que se haga algo para no embarazarse? y la relación respecto al sexo, 20 hombres dicen que si está bien que se haga algo para evitar el embarazo, 15 que no está bien, y 7 no lo saben, 119 mujeres no lo saben, 18 dicen que si está bien y 11 dicen que no está bien.

Tabla 66

*Si se tienen relaciones sexuales antes de casarse y no se desea tener un bebé ¿está bien que se haga algo para no embarazarse?, respuestas de los alumnos de la Escuela Telesecundaria Pedro Moreno*

	Sexo		Total
	Mujeres	Hombres	
Si	18	20	38
No	11	15	26
No sé	19	7	26
Total	48	42	90

La Tabla 67 muestra la frecuencia de ¿Es mejor que la mujer no se excite (caliente) sexualmente? y la relación respecto al sexo, 22 mujeres y 15 hombres dicen que no saben, 18 mujeres y 18 hombres dicen que no, 8 hombres y 9 mujeres dicen que si es mejor que la mujer no se excite.

Tabla 67

*¿Es mejor que la mujer no se excite (caliente) sexualmente?, respuestas de los alumnos de la Escuela Telesecundaria Pedro Moreno*

	Sexo		Total
	Mujeres	Hombres	
Si	8	9	17
No	18	18	36
No sé	22	15	37
Total	48	42	90

La Tabla 68 muestra la frecuencia de ¿crees que tener un bebé ahora arruinaría tu vida? y la relación respecto al sexo, 30 mujeres y 15 hombres creen que tener un bebé ahora si les arruinaría su vida, mientras que 8 mujeres y 19 hombres creen que no. 10 mujeres y 8 hombres no saben si un bebe les arruinaría la vida.

Tabla 68

*¿Creen que tener un bebé ahora arruinaría su vida?, respuestas de los alumnos de la Escuela Telesecundaria Pedro Moreno*

	Sexo		Total
	Mujeres	Hombres	
Si	30	15	45
No	8	19	27
No sé	10	8	18
Total	48	42	90

La Tabla 69 muestra la frecuencia de ¿Piensas que un bebé te haría sentir más contenta(o)? y la relación respecto al sexo, 21 mujeres y 15 hombres consideran que un bebé no los haría sentir más contentos, 14 mujeres y 16 hombres no lo saben y 13 mujeres y 11 hombres piensan que un bebé si los haría sentir más contentos.

Tabla 69

*¿Piensan que un bebé los haría sentir más contentas(os)?, respuestas de los alumnos de la Escuela Telesecundaria Pedro Moreno*

	Sexo		Total
	Mujeres	Hombres	
Si	13	11	24
No	21	15	36
No sé	14	16	30
Total	48	42	90

La Tabla 70 muestra la frecuencia de ¿Crees que si tuvieras un bebé, no te sentirías tan solo (a)? y la relación respecto al sexo, la mayoría de los adolescentes no saben si se sentirían solas (as) con un bebé, 16 mujeres y 14 hombres consideran que no y sólo 10 mujeres y 10 hombres consideran que si se sentirían menos solos si tuvieran un bebé.

Tabla 70

*¿Creen que si tuvieran un bebé, no se sentirían tan solos(as)?, respuestas de los alumnos de la Escuela Telesecundaria Pedro Moreno*

	Sexo		Total
	Mujeres	Hombres	
Si	10	10	20
No	16	14	30
No sé	22	18	40
Total	48	42	90

## ANÁLISIS DE RESULTADOS

En este apartado se muestra el análisis de los resultados obtenidos de la aplicación del instrumento integrado por 61 reactivos, a 90 alumnos de la telesecundaria Pedro Moreno, se presentaron ocho gráficas y 62 tablas que contenían las frecuencias con las respuestas obtenidas, los participantes 48 son mujeres y 42 hombres, el rango de edad fue de 12 a 16 años, la mayoría vive con su familia de origen, sólo una mujer vive con sus suegros, actualmente el 70% de los participantes no tiene una relación y los que la tienen llevan de duración desde un mes hasta un año. Las expectativas académicas que tiene el 40% de los alumnos es terminar una licenciatura completa, el 25% hasta el grado académico que puedan cursar, un 6% mencionan que solo terminaran la secundaria y un 10% no han pensado hasta que nivel académico llegaran.

Durante la aplicación del instrumento los adolescentes mostraron curiosidad por el tema, tenían muchas interrogantes, solicitaban ayuda en las preguntas porque querían contestar correctamente y se les hizo la aclaración que no se les podía ayudar a responder, algunos instrumentos se descartaron porque al principio estaban bien contestados pero al final ya no, esto coincide con lo que refiere Giraldo (2002), que debido a la naturaleza íntima de la sexualidad así como los tabúes que existen en la sociedad, gran parte de los adolescentes se rehúsan a ser partícipes en cualquier investigación respecto a sus actitudes o a la examinación de su conducta en esta área tan sensible.

La ocupación de los padres de los alumnos son obreros, campesinos, servidores públicos, comerciantes, albañiles y taxistas, la mayoría de ellos tiene estudios de primaria y secundaria, pocos estudiaron una licenciatura. La mitad de las mamás de los alumnos se dedica al hogar, el 25% son obreras, un 20% comerciantes y el 3% son profesoras. La mayoría de ellas solo cursaron la secundaria completa y solo dos una carrera profesional.

Mujeres y hombres dicen tener una buena relación con sus madres, sólo un hombre y una mujer dicen llevarse mal con ellas. Esta relación se refleja en que un 26% de los alumnos al tener un problema se lo comentarían siempre con sus madres, un 60% lo hacen a veces y dependiendo de la situación, sólo un 13% no lo hacen nunca. La relación de los adolescentes con sus papás en su mayoría es buena, solo un 5% de hombres y 5% de mujeres dicen tener una mala relación con sus ellos.

Las mujeres han hablado más sobre sexo con sus mamás, que los hombres. 95% de los alumnos no han tenido relaciones sexuales, 4 hombres sí, iniciando uno a los 13 años, uno a los 14 y 2 a los 15 años. Y una mujer que si ha tenido relaciones sexuales inicio a los 14 años. La mayoría cuando tuvieron su primera relación sexual consideró las posibilidades de un embarazo y solo un hombre no lo considero. La edad en la que han iniciado su vida sexual coincide con la que reporta en su investigación Rodríguez, Oliva y Gil (2007), que fue de los 13 a 15 años principalmente los varones, y la mayoría de los adolescentes que tuvo relaciones sexuales reconoció la vía de transmisión de las infecciones de transmisión sexual. Esto contrasta con lo propuesto con Hurlock (1999), que menciona que las relaciones prematrimoniales, por lo general la cópula premarital se practica entre los 16 y los 20 años luego de muchas citas.

El 80% de los adolescentes saben cómo se embaraza una mujer, y el resto no lo sabe o tienen una idea equivocada. El 93% saben qué utilizando métodos anticonceptivos se puede evitar un embarazo y el 7% no lo sabe de las cuales 4 son mujeres y 2 son hombres. Los alumnos necesitan información sobre métodos anticonceptivos ya que desconocen con precisión su uso, ventajas y desventajas.

Esto coincide con lo propuesto por Lozano (1999), los adolescentes a esta edad ya conocen los riesgos del embarazo y su prevención, y al pertenecer a un ambiente carente de afecto, atención y bienestar, los induce a buscarlo en sus novios. Entre los adolescentes únicamente una quinta parte de las mujeres y la mitad de los varones usaron algún método anticonceptivo en la primera relación sexual.

El 51% de los alumnos saben cómo que el condón masculino se coloca en el pene antes de tener relaciones sexuales, mientras que un 46% desconoce el uso de éste método anticonceptivo. Respecto al condón femenino un 60% de los adolescentes no saben cómo se usa y sólo un 34 % saben que se pone en el interior de la vagina antes de tener relaciones sexuales. En cuanto al uso de las pastillas anticonceptivas el 45% de los adolescentes no saben cómo se usan, el 33% saben que la mujer debe tomar una diariamente y erróneamente el 22% de los alumnos mencionan que solo se toma cuando se tienen relaciones sexuales. Respecto al uso del parche anticonceptivo el 63% de los alumnos no sabe cómo se usa y sólo el 31% sabe que se coloca en alguna parte del cuerpo de la mujer.

Es necesario proporcionar a los alumnos información de métodos anticonceptivos y planificación familiar, como refiere García, *et. al.* (2013), dentro de la planificación familiar la educación de la sexualidad, la prevención y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual, el asesoramiento antes de la fecundación, durante el embarazo y el parto, ya que el 63% de los alumnos no sabe cómo se usa el DIU y sólo el 31% sabe que se coloca en el interior del útero de la mujer. En el uso de la píldora de emergencia el 63% de los alumnos no saben cómo es su uso, sólo el 23% sabe que se toma cuando se tienen relaciones sexuales sin protección, aunque erróneamente el 13 % creen que se toman cada mes y sólo en caso de una violación. El 83% de los alumnos desconoce del uso de los métodos anticonceptivos naturales, solo un 12% saben que son métodos donde se identifica el periodo fértil de la mujer y a través de abstinencia pueden evitar embarazos no deseados. En cuanto a la vasectomía y la salpingoclasia el 78% de los alumnos no saben en qué consisten estos métodos, solo en 15 % sabe que son cirugías que se practican al hombre y a la mujer cuando han decidido no tener más hijos.

El 96% de los alumnos no han usado algún método anticonceptivo, sólo un 4% lo ha hecho, han sido hombres y el que usaron fue el condón. Los cuatro hombres que han tenido relaciones en su primera relación sexual se protegieron para evitar un

embarazo por medio del uso del condón, a su vez la mujer que es sexualmente activa uso y usa este mismo método anticonceptivo.

En el tema de anatomía y fisiología la mayoría contesto correctamente, aunque es necesario abordar estos temas, desconocen en lugar donde se lleva la fecundación, cuales son los días fértiles de la mujer. El 62% de los alumnos consideran que el período más recomendable para tener hijos es de los 20 a los 30 años, el 32% creen que de los 28 a los 37 años y el 2% creen que se los 15 a los 20 años. La comprensión básica de la anatomía y fisiología, se considera fundamental para el entendimiento de la sexualidad humana, ya que a partir del manejo adecuado de esta información, el adolescente puede expresar sus dudas sobre aquello que siente y piensa de su sexualidad.

Es necesario hablar con los alumnos sobre enfermedades de transmisión sexual, erróneamente creen que el acné es una enfermedad venerea, esto coincide con los resultados hallados por Rodríguez, Oliva y Gil (2007), donde los conocimientos de los adolescentes que participaron en su investigación sobre las vías de transmisión de las infecciones de transmisión sexual fueron insuficientes.

La mitad de alumnos consideran que la masturbación es una actividad saludable en la vida sexual del individuo, aunque aún se tienen creencias de que favorece el retraso mental, acné o impide el crecimiento físico, de acuerdo con Masters, Johnson y Kolodny (1987), los adolescentes tienen múltiples posibilidades de expresar conductas sexuales como masturbación que consiste en tocar y acariciar los órganos sexuales con la finalidad de obtener placer, tal vez los valores familiares o religiosos les han señalados que ésta conducta es negativa y su práctica les puede llegar a producir sentimientos de culpa. A la vez coincide con Shibley y DeLamater (2006), que mencionan que los púberes y adolescentes además de concentrarse en su aspecto externo, tienen que aprender cosas nuevas sobre sus propios cuerpos, esto mediante la inspección física y la exploración. Muchos de los adolescentes pasan horas examinando sus genitales, a veces con la ayuda de un espejo de mano, otras

(especialmente en el caso de los varones) con la ayuda de una cinta métrica o regla para comprobar las dimensiones exactas.

El 40% de los alumnos creen que está bien que la mujer se excite (caliente) sexualmente y un 19% dicen que no está bien que se excite la mujer. El 57% de los alumnos creen que una mujer si se puede embarazar aunque no se excite (caliente) durante el acto sexual, un 36% no lo sabe y un 8% dicen que no es posible. El 81% de los alumnos saben que no es posible que una mujer se pueda embarazar una mujer por ir a un baño público, sólo un 6% considera erróneamente que sí. Un 58% de los alumnos consideran que se puede embarazar una mujer aunque se bañe bien sus partes después de tener relaciones y un 17% dicen que no es posible aunque se bañen bien. El 41% de los alumnos consideran que si el hombre saca el pene (su miembro) antes de venirse, se puede embarazar la mujer, un 41% no lo sabe y un 18% creen erróneamente que no es posible que se dé un embarazo. La mayoría de los alumnos saben que se puede embarazar una mujer la primera vez que tiene relaciones sexuales o una mujer aunque sólo tenga relaciones de vez en cuando. La mayoría de los alumnos saben que no se puede embarazar una mujer por meterse a nadar a una alberca, sólo tres mujeres piensan que si es posible.

Los adolescentes tienen dudas sobre los métodos anticonceptivos la mayoría de no saben el uso correcto de las pastillas anticonceptivas, desconocen cómo se debe de tomar y las consecuencias de su uso. Un 67% de los alumnos saben que un solo condón sólo se puede usar una vez para tener relaciones sexuales, mientras que un 17% erróneamente creen que puede servir para dos o tres relaciones. Un 48% de los alumnos considera que es fácil conseguir algún método anticonceptivo porque no son caros, 26% dicen que no es fácil conseguirlos sin que nadie se entere y un 27% no lo saben.

La mayoría de los alumnos no han platicado con su pareja sobre el uso de anticonceptivos, aunque aún no llegan a un acuerdo sobre quién debe tener la responsabilidad del uso de anticonceptivos. El 50% de los alumnos creen que tener que

cuidarse para no tener bebés no le quita lo romántico a las relaciones sexuales, un 13 % cree que sí, y un 37% no lo saben. Por esto es necesario que durante el proceso de selección de algún recurso anticonceptivo para adolescentes, el prestador de servicios debe tener los conocimientos técnicos necesarios; requiere proporcionar la consejería necesaria con un lenguaje sencillo, claro y veraz; es fundamental lograr empatía con los/las jóvenes, e identificar sus necesidades, sobre todo en el proceso de información, finalmente requiere de habilidad para lograr un compromiso de seguimiento y control. Es importante identificar no sólo las necesidades orgánicas de los adolescentes, sino también las de tipo emocional, económico, educativo y sus valores (Secretaría de Salud, 2002).

Bellido (1995), refiere que los padres no deben procurar solamente brindar adecuada vivienda, alimentación, educación, salud y vestimenta a sus hijos, sino, además, tienen la responsabilidad de brindarles amor, amistad, tiempo y protección, es necesario proporcionarle información de educación sexual veraz y oportuna, ya que los el 63% de los alumnos creen que no es demasiado tarde tratar de usar anticonceptivos cuando ya está caliente su pareja, solo un 7% dice que si es tarde para su uso. El 61% de los alumnos no creen que sea pecado usar algo para no embarazarse, sólo en 9% creen que si lo es, el resto no lo sabe, sin embargo 38% de los adolescentes no creen que esté bien que un hombre tenga relaciones sexuales antes de casarse, el 30% creen que si está bien que tengan relaciones antes del matrimonio. El 42% de los alumnos consideran que si se tienen relaciones sexuales antes de casarse y no se desea tener un bebé está bien que se use algún método anticonceptivo, el 29% dicen que no está bien que se use algún método. El 50% de los alumnos creen que tener un bebé ahora arruinaría su vida, el 30% dicen que no arruinarían su vida. El 40% de los alumnos piensan que un bebé no los haría sentir más contentos, 27% piensan que si serían más contentos, y un 33% no lo saben.

Para alcanzar la sexualidad adulta, los adolescentes deben adquirir conocimientos acerca del sexo y de los roles sexuales para comportarse del modo aprobado por la sociedad, aprender las pautas consentidas en el campo de la conducta sexual, imbuirse de los valores aprobados socialmente como guía para la selección de la persona del sexo opuesto que ha de acompañarlo toda la vida y aprender a expresar “amor” por otro individuo y a desempeñar la función aprobada para miembros de su sexo.

## CONCLUSIONES

Los datos que arrojaron los instrumentos reflejan que los adolescentes no cuentan con la información suficiente sobre sexualidad y anticoncepción, por lo que están el riesgo de un embarazo no deseado o la transmisión de alguna enfermedad venérea, eso no corresponde al grado escolar que están cursando, este hecho podría explicarse por la falta de atención a los cursos impartidos de temas relacionados a sexualidad, por lo que será necesario proveer información adecuada a los adolescentes sobre salud sexual, para difundir entre ellos los mecanismos de contagio y su prevención. Estas acciones educativas deberían darse en edades más tempranas y por personal adiestrado para impartir este conocimiento y no llegar a la adolescencia sin información

Los adolescentes en la actualidad se enfrentan a mucha información superficial y errónea, en todos los temas incluyendo la sexualidad, exponiéndolos a situaciones de riesgo, que por imitación o pertenencia a sus grupos lo hacen sin pensar las consecuencias de sus actos. Falta información entre padres e hijos sobre temas de sexualidad y del empleo de métodos anticonceptivos, ya que los padres son quienes deben proporcionar toda esta información, la cual debe realizarse con un lenguaje claro que les permita comprender ampliamente sobre las consecuencias de un embarazo a esta edad.

La adolescencia es una fase de gran vulnerabilidad que requiere una atención especial por parte de los padres, maestros y del personal involucrado en su salud, requieren ante todo atención, comprensión y principalmente de una comunicación estrecha y afectiva por parte de sus padres para ayudarles a alcanzar la madurez necesaria que les permita determinar por sí solos sus destinos existenciales para su vida personal y social. Es necesario trabajar con los adolescentes temas de planificación familiar donde también se abarcan temas de sexualidad, de prevención y tratamiento de infecciones de transmisión sexual, prevención de embarazos no deseados, cuidados durante el embarazo y el parto.

El papel de los profesores respecto a la sexualidad del adolescentes es de vital importancia, es necesario contar con conocimientos sobre sexualidad, anatomía, fisiología y métodos anticonceptivos, y sobre todo saber transmitirlos a los adolescentes, en su papel de facilitador tiene como finalidad capacitar el actuar de los adolescentes, es necesario que promueva un ambiente de confianza, tener objetivos encaminados a la promoción de conocimientos, la adquisición de habilidades y el manejo de emociones adecuadamente, que le permitan al adolescente enfrentar los factores sexuales de riesgo a los que está expuesto, adoptando actitudes y tomando decisiones asertivas y de prevención, sin poner en riesgo su salud sexual.

En México pese a las grandes campañas que existen sobre planificación familiar, es común ver a adolescentes con una enorme responsabilidad como lo es la crianza de un hijo, sin haber pensado los cambios que esto conllevaría, sin valorar las condiciones físicas, económicas, psicológicas y sociales, necesarias para tener y criar un hijo. Más educación sexual no significa más sexo, pero si se puede conseguir una sexualidad responsable y saludable.

De manera general se concluye que los conocimientos de sexualidad y anticoncepción que tienen los adolescentes de la telesecundaria Pedro Moreno, de la comunidad de Ocotenco, son insuficientes, por lo que es necesario proporcionarles información clara y precisa sobre el uso de métodos anticonceptivos, temas de educación sexual como la prevención de enfermedades de transmisión sexual, anatomía y fisiología del aparato reproductor masculino y femenino.

## SUGERENCIAS

- Proporcionar información a los padres sobre sexualidad y métodos anticonceptivos para que la información que transmitan a sus hijos sea adecuada y correcta desde temprana edad dentro del núcleo familiar, propiciando un ambiente de confianza para que puedan hablar abiertamente sobre estos temas, así como las consecuencias que puede traer consigo un embarazo no deseado.
- En la escuela cumplir con los programas de educación sexual que están incluidos paralelamente en el plan de estudios y abordar temas libres de sexualidad a través de tribuna libre en la cual se permita exteriorizar sus inquietudes y a las vez se les pueda brindar los consejos necesarios para que los puedan aplicar en su vida diaria.
- Realizar talleres sobre educación sexual dirigidos a padres de familia y a los alumnos, para propiciar una buena comunicación en temas de sexualidad, y así generar confianza al interior del núcleo familiar.
- Promover la anticoncepción en los adolescentes a través de la presentación de los diversos métodos anticonceptivos, así como de su uso, ventajas y desventajas de cada uno.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- AMSSAC (2015). Asociación Mexicana para la salud Sexual, A.C. Disponible en: <http://www.amssac.org/>
- Bellido, P. (1995). Paternidad responsable. Recuperado de: [http://sisbib.unmsm.edu.pe/bVrevistas/ginecologia/Vol\\_41N1/paternidad.htm](http://sisbib.unmsm.edu.pe/bVrevistas/ginecologia/Vol_41N1/paternidad.htm)
- Braconnier, A. (2001). Guía del adolescente. Madrid: Síntesis.
- COESPO (2013). El embarazo en la adolescencia. La importancia del fortalecimiento de los programas de educación integral de la sexualidad. Recuperado de: [http://qacontent.edomex.gob.mx/coespo/centrodedocumentacion/descargas/groups/public/documents/edomex\\_archivo/coespo\\_pdf\\_cmp13v1.pdf](http://qacontent.edomex.gob.mx/coespo/centrodedocumentacion/descargas/groups/public/documents/edomex_archivo/coespo_pdf_cmp13v1.pdf)
- Dolto, F. (1990). La causa de los adolescentes. Barcelona: Seix Barral.
- Espada, J., Quiles, J. y Méndez, F. (2003). Conductas sexuales de riesgo y prevención del SIDA en la adolescencia. Papeles del Psicólogo, 24(85) Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=77808504>
- Fina, A., Nuñez, M., y Samana, A. (2012). Embarazo precoz: mi punto de vista basado en la experiencia laboral. Recuperado de: <http://www.educacionsexual.com.ar/biblioteca-online/planificacion-familiar-y-metodologia-anticonceptiva/embarazo-en-adolescentes>
- García, O., Ledezma, L., Marquez, M., Mayorca., Noria, R. y Villamizar, J. (2013). Planificación familiar. Una guía multimedia informativa para tu beneficio. Disponible en: <https://planificacionfamiliarmaracay.wordpress.com/que-es-la-planificacion-familiar/>
- GEM, (2015). Campaña de sexualidad responsable. Utiliza condón. Disponible en: [http://portal2.edomex.gob.mx/imej/apoyos\\_programas/usa\\_condon/index.htm](http://portal2.edomex.gob.mx/imej/apoyos_programas/usa_condon/index.htm)
- Giraldo, O. (2002). Nuestras sexualidades. Sexología del género y la orientación sexual. México: Trillas.
- Hamel, P. (1993). Crónica de un embarazo Anunciado: Criterios de Riesgo en Adolescentes populares Urbanas. Revista De Familias y Terapias, Revista del Instituto Chileno de Terapia Familiar.

- Hernández, R., Fernández, y Baptista, P. (2006). Metodología de la investigación. México: McGraw Hill.
- Hurlock, E. (1999). Psicología de la adolescencia. México: Paidós.
- Juárez, F. y Gayet, C. (2005). Salud sexual y reproductiva de los adolescentes en México: un nuevo marco de análisis para la evaluación y diseño de políticas. Papeles de Población, julio-septiembre.
- Kerlinger, F. y Lee, H. (2002). Investigación del comportamiento: Métodos de investigación en Ciencias Sociales. México: Interamericana.
- Lozano, L. (1999). Programa para la prevención y la detección integral del embarazo en adolescentes. México: UNICEF-DIF.
- Masters, W., Johnson, V. y Kolodny, R. (1987). La sexualidad humana. Barcelona: Grijalbo.
- Moreno, S., León C. y Becerra, (2006) Conducta sexual, conocimiento sobre embarazo y necesidades percibidas con relación a educación sexual, en adolescentes escolarizados. Espacio Abierto, octubre-diciembre.
- Muuss, R. E. (2001). Teorías de la adolescencia. México: Paidós.
- OMS (2011). Matrimonios precoces y embarazos en la adolescencia y la juventud. Recuperado de: [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/EB130/B130\\_12-sp.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB130/B130_12-sp.pdf)
- OMS, (2002). Temas de adolescencia. Recuperado de: [http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/topics/adolescence/es/](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/es/)
- OMS, (2006). Salud sexual y reproductiva. Recuperado de: <http://www.who.int/reproductivehealth/es/>
- OMS, (2013). Planificación familiar. Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs351/es/>
- Papalia, D. (1998). Psicología del desarrollo. México: McGraw Hill.
- Pérez de la Barrera, C. y Pick, S. (2006). Conducta Sexual Protegida en Adolescentes Mexicanos. Interamerican Journal of Psychology, september-december.
- Pérez, C. (2014). Habilidades para la vida y uso de anticoncepción por tipo de pareja sexual en adolescentes. Consejo Nacional para la Enseñanza en Investigación en Psicología A.C. Xalapa, México, vol. 19, núm. 1, enero-junio.

- Pick, S., Aguilar, J., Rodríguez, G., Reyes, J., Collado, M.E., Pier, D. y Acevedo, M.P. (1995). Planeando tu vida: Nuevo programa de educación sexual para adolescentes. México: Editorial Planeta.
- Rodríguez, Y., Oliva, J. y Gil A. (2007). La sexualidad en los adolescentes: algunas consideraciones. Archivo médico de Camagüey, sin mes.
- Rojas, S. R. (2001). Métodos para la investigación social. México: Plaza y Valdés.
- Rubio, E. (1994). Introducción al estudio de la sexualidad. Tomo 1. México: CONAPO
- Ruoti, A. (1994). Sexualidad y embarazo en adolescentes. Instituto de Investigaciones de Ciencias de Salud. Paraguay: Universidad de Asunción.
- Secretaria de Salud, (1994). Norma Oficial Mexicana, NOM 005-SSA2-1993, De los Servicios de Planificación Familiar. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/005ssa23.html>
- Secretaria de Salud, (2002). Prevención del embarazo no planeado en los adolescentes. México.
- Shibley, J. y DeLamater, J. (2006). Sexualidad humana. México: Mc Graw Hill.
- Soria, A. (1996). Adolescencia y rendimiento académico. México: Trillas.
- UAM, (2015). Anatomía y fisiología masculina. Disponible en: [http://www.uam.mx/lineauam/lineauam\\_uni14.htm](http://www.uam.mx/lineauam/lineauam_uni14.htm)
- Zuleta, T. (2008). Anticoncepción: ¿cuál método seleccionar?. Universidad de Antioquia Medellín, Colombia. Latreia, vol. 21, núm. 3, septiembre.