

CAPITULO I
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y JUSTIFICACIÓN

1.1 Planteamiento del problema

La educación sexual integral empodera a los jóvenes al mejorar sus capacidades de análisis, comunicación y otras capacidades útiles para la vida con miras a garantizar la salud y el bienestar en términos de sexualidad, derechos humanos, valores, relaciones sanas y respetuosas, así también proteger sus derechos a lo largo de su vida y velar por ellos (UNESCO, 2019, párr.3)

Proporcionar una adecuada educación sexual integral es fundamental para que los adolescentes superen, sin riesgos, sus etapas de maduración física y psíquica. También podrán mejorar sus conocimientos y prepararse para la toma de decisiones con respecto a su vida sexual. Es por ello que, la educación sexual es esencial en los adolescentes porque desempeña un papel primordial en su salud y bienestar.

Sin embargo, actualmente es notorio el poco interés en proporcionar programas de educación sexual integral a las unidades educativas dejando de lado esta importante y vital formación para los adolescentes. Tal situación, es una limitante cuando deberían hablar libremente de su sexualidad. De este modo, se convierte fácilmente en tema tabú. El escás de educación sexual perjudica a toda la sociedad. En el caso de los adolescentes bolivianos, como grupo poblacional, la falta de información oportuna, adecuada y completa sobre sexualidad les dificulta comprender cabalmente aspectos biológicos funcionales, psicológicos y emocionales de su sexualidad. Esta realidad los coloca en una posición de vulnerabilidad frente al abuso, la trata y la violencia que incide directamente en sus derechos y en su salud.

La información sobre sexo es abundante en medios digitales como internet y las redes sociales, pero también muy confusa y distorsionada si no se tienen las guías, orientaciones, y conocimiento idóneo apropiado. En la etapa de desarrollo que atraviesan los adolescentes se debe cuidar su sensibilidad, curiosidad y atracción por determinados temas que les pueden provocar sensaciones extremas muy diversas, que pueden descontrolarse fácilmente.

Por otra parte, una mínima información sobre sexualidad proviene de los(as) profesores(as) que no están capacitados(as) y temen hablar del tema o de muchos padres

de familia, que ven el asunto todavía como algo prohibido y si hablan a sus hijos e hijas de sexo es porque están casi obligados hacerlo. Ante la ausencia de una educación sexual temprana, la población de adolescentes queda expuesta a los abusos, contagio de enfermedades de transmisión sexual, incluido el VIH, y a los embarazos no planificados. Esta investigación está enfocada a disminuir las consecuencias desfavorables para los adolescentes, mediante la elaboración de un Programa de Educación Sexual Integral. Existen diversas investigaciones a nivel mundial que mencionan el escaso acceso que tiene población a una educación sexual apropiada.

En varios informes realizados por la OMS (2018) se dan cifras, por ejemplo: 16 millones de mujeres entre los 15 y 19 años y aproximadamente un millón de niñas menores de 15 años dan a luz cada año. En este escenario, México tiene el primer lugar a nivel mundial. El su informe mundial, ONUSIDA (2017) afirma que 40% de las personas jóvenes, entre 15 y 24 años de edad, reciben conocimientos actualizados y confiables sobre distintas formas de transmisión del VIH. (En Margoth Mendoza, 2018, p.3)

Según estudios presentados de la UNESCO (2014), más de 200 millones de mujeres en los países en desarrollo desean prevenir el embarazo, pero carecen de acceso a una anticoncepción efectiva. Ello resulta en 80 millones de embarazos no deseados, 30 millones de nacimientos no planeados y 40 millones de abortos, la mitad de los cuales son inseguros y constituyen un riesgo de vida. A nivel mundial una de cada cinco mujeres da a luz antes de cumplir los 18 años.

Cada año ocurren 499 millones de nuevos casos de infección de transmisión sexual con consecuencias para la salud materna y neonatal; así como un mayor riesgo de infecciones por VIH (OREALC/UNESCO, 2014, p. 36).

La República Dominicana es un país con un alto índice de población juvenil, según la encuesta nacional de jóvenes un 50% de los adolescentes no ha recibido instrucción sobre educación sexual, esto representa alrededor de 783,000 personas. Otro dato que cabe citar es que el país ocupa el quinto lugar con esta problemática en toda América Latina (En Méndez R., 2017, p. 5).

Según la investigación realizada por Vázquez (2015) sobre educación sexual en formación, apenas el 7% de los estudiantes en las escuelas de España-Salamanca reciben

educación sexual. Además, hay mucha resistencia por parte de la jerarquía eclesial católica la cual limita que se pueda impartir ese tipo de educación; por otro lado, están los sectores conservadores que interfieren de manera permanente con estas políticas educacionales (En Méndez R., 2017, p. 6).

Según estudios previos de la UNFPA (2017) “una de principales causas de muerte entre adolescentes en América Latina es la mortalidad materna por complicaciones de embarazos no deseados. Los abortos inseguros llegan aproximadamente a 670 mil/año y las tasas de embarazo en adolescentes (16,5%) superan las cifras de otros continentes, como África y Asia”. (p. 5)

En México, la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (2012) ha evidenciado importantes áreas de oportunidad para la educación en salud sexual y reproductiva (SSR) de la población adolescente.

“El 23% de la población adolescente de 12 a 19 años de edad había iniciado su vida sexual. De las mujeres adolescentes con inicio de vida sexual, más de la mitad (51,3%) había estado alguna vez embarazada. Aunque 90% de la población adolescente reportó conocer o haber escuchado hablar de algún método anticonceptivo, 15% de los hombres y 33% de las mujeres no utilizaron método anticonceptivo alguno en su primera relación sexual. El 12% de los adolescentes y 20% de las adolescentes consideraban que un condón podía utilizarse en más de una ocasión y, de manera global, 21% desconocía que el condón podía utilizarse para prevenir tanto infecciones transmitidas sexualmente (ITS) como embarazos. Asimismo, diversos análisis de la Encuesta Nacional De Salud y Nutrición y otras encuestas nacionales evidencian la necesidad de la población adolescente mexicana de recibir ESI”. (Rojas R & Uribe P., 2017. P. 20)

A nivel Bolivia existen los siguientes datos previos:

Un informe de estado de la población mundial del Fondo de Población de las Naciones Unidas (2019) confirma que en la actualidad Bolivia está entre los países con mayor incidencia de embarazo en adolescentes en todas sus regiones. De cada 1000 mujeres nacen 88 bebés de madres entre 15 y 19 años, y el 18% de las adolescentes entre 15 y 19 años ya han sido madres o están embarazadas.

“Una de las causas del incremento del embarazo en adolescentes es la ausencia de educación integral sobre sexualidad en los centros educativos. Pero también la falta de acceso informado a métodos anticonceptivos” (Alianza por la Solidaridad, 2019, párr. 5); atención y prevención en sexualidad que los adolescentes requieren.

Entre enero a julio de 2017 se registraron en los centros de salud 2027 embarazos de menores de 15 años y 34.958 adolescentes embarazadas de 15 a 19 años Niñas con niños es el drama de maternidad adolescente que alarma en Bolivia. Cada vez es menor la edad de inicio de actividad sexual en las(os) adolescentes en Bolivia. El Ministerio de Salud informó que actualmente la edad promedio de inicio de la vida sexual en Bolivia es a los 12 años (UNFPA, 2017, p. 6).

“Se estima que en Bolivia solo el 3,2% de la población accede a una educación sexual así lo afirma un estudio de la Sociedad Internacional de Sexología; es decir, de cada 100 personas 97 no han tenido información sobre el funcionamiento de sus cuerpos, su sexualidad y reproducción o sobre sus derechos sexuales y reproductivos. Contrario a lo que se piensa, la educación integral en sexualidad en las aulas contribuye a consolidar seguridad y autonomía en las decisiones, y de acuerdo a la evidencia se suele postergar el inicio de las relaciones sexuales o asumir el uso de métodos anticonceptivos para prevenir enfermedades de transmisión sexual o embarazos no deseados”. (Novillo, 2018, párr. 5)

A nivel regional existen los siguientes datos previos según investigación SEDES-Tarija (2018): Esta institución de salud informa que la educación sexual debe ser incluida en la malla curricular del sistema educativo para disminuir los índices de embarazo en adolescentes.

Según la encuesta de Demografía y Salud (EDSA, 2016), el primer lugar en Bolivia en embarazos a temprana edad lo ocupa Pando con 22,8%, segundo lugar Beni con 19,4% quedando en el tercer lugar Tarija con un índice de 16,7%.

Según Carla Lizón, la iniciación sexual en Tarija comienza entre los 12 y 15 años un dato que refuerza esta teoría es que en el año 2015 en el departamento hubo 2737 adolescentes

embarazadas totas ellas entre 12 y 18 años. En Tarija los jóvenes inician su vida sexual cada vez a más temprana edad, algunos son inducidos por la prueba de amor y otras lo hacen sintiendo la presión de las amistades (En Galean, 2012, p. 4).

Según los datos del UNFPA (2011) obtenidos en la ciudad de Tarija, la provincia Cercado tiene el 18% de embarazos adolescentes, mientras que San Lorenzo (provincia Méndez) tiene el 50% y Villa Montes (provincia Gran Chaco) el 25%.

En Tarija la mortalidad materna bajó considerablemente del año 2000 al año 2011 de 179 a 63 por cada 100.000 mujeres, respectivamente. Las causas de muerte materna en el departamento son 39% otras causas, 31% hemorragias, 20% infecciones y 10% cáncer. En Tarija el 50% de muertes maternas ocurre durante el embarazo, el 30% en el postparto y el 20% en el parto o cesárea (Secretaria Departamental de Tarija, 2020, p. 14).

La magnitud de la problemática de la salud sexual y reproductiva para las mujeres tarijeñas justifica la necesidad de incorporar una propuesta integrada de servicios dentro del Programa CM. Sin embargo, es necesario en este Protocolo de Atención introducir enfoques humanitarios e interculturales en SSR de un modo más claro y decidido, con el objeto que la atención médica contemple procedimientos, con enfoque intercultural y de género, que sean internalizados por el personal de salud del MSSR, y que pudieran atraer y satisfacer a un número mayor de usuarias, particularmente de zonas rurales e indígenas. (Secretaria Departamental de Tarija, 2020, p. 15).

El programa Madre, Niño y Educación Sexual del Servicio Departamental de Salud (Sedes, 2018) informó que Tarija se encuentra en cuarto lugar en embarazo de adolescentes a nivel nacional, según los últimos datos estadísticos difundidos por esta institución. El responsable del Programa, Limbert Leytón, informó que los departamentos del eje central del país tienen los índices más altos en embarazo en adolescentes (Programa Madre, Niño y Educación Sexual, 2019, s.p.) .

El aumento de la tasa de embarazos no deseados y a temprana edad en Tarija ha crecido numerosamente y esto pone en evidencia la poca educación sexual que se brinda a los adolescentes. Por eso, es necesario realizar acciones preventivas para disminuir las consecuencias desfavorables de una inadecuada educación sexual: embarazos no

deseados en adolescentes y evitar las enfermedades de transmisión sexual. Ello se logrará brindándoles una adecuada educación sexual, basada en el desarrollo de habilidades para la vida y para la vivencia de una sexualidad plena y sin riesgos.

1.2 Justificación

El presente trabajo de investigación propositiva se realiza porque el objetivo principal es elaborar un Programa de Educación Sexual Integral, necesario para formar adolescentes que recibirán información y herramientas adecuadas para que puedan tomar decisiones saludables y responsables sobre sexo y sexualidad con la finalidad de resolver problemas que puedan tener en estas dimensiones de su vida.

Actualmente, los adolescentes al momento de iniciar su vida sexual experimentan diversas dificultades, a raíz de su situación: desconocimiento en temas de sexualidad, ignorancia sobre cómo vivirla adecuadamente y sin exponerse a riesgos innecesarios. La tecnología digital es por mucho el instrumento más utilizado por los adolescentes que buscan información sobre sexo y sexualidad. También es importante mencionar que, en el contexto actual, la sexualidad es considerada tabú en muchos hogares y centros educativos. Es imperioso, también, realizar acciones de formación en educación sexual integral en adolescentes, mediante programas que brinden conocimientos oportunos, adecuados y suficientes para aplicarlos como herramienta valiosa de prevención a situaciones dañinas para la salud sexual.

Esta investigación beneficiará a estudiantes en secundaria de las unidades educativas periurbanas de la provincia Cercado del departamento de Tarija. El Programa ofrece información incluida en actividades creativas, que desarrollan diferentes temas sobre sexualidad confiable. Ha sido previsto que su implantación impulse la formación de valores para el fortalecimiento de actitudes responsables.

Permitirá, también, a las familias de los adolescentes, sus amistades y otras personas cercanas compartir actividades formativas en educación sexual integral. Asimismo, constituirá un aval para las instituciones educativas donde se aplicaría el Programa en calidad de garantía para la mejora de las conductas sexuales entre personas menores de edad.

El presente trabajo de investigación contribuye con una visión sobre los antecedentes y evolución histórica, en base a lo expuesto por Matos Columbíe (2010), de los principales referentes teóricos que sostienen las soluciones que se busca en el ámbito científico del conocimiento y en un área específica, al problema de investigación.

En lo práctico, los estudiantes tendrán a su disposición un conjunto de técnicas e instrumentos a manera de herramientas cognoscitivas y procedimentales, que podrán aplicarlas para fortalecer sus conocimientos en temas de sexualidad. Para alcanzar tal propósito, el Programa incluye una guía de actividades y cuestionarios. Paralelamente, coadyuvará en la formación de criterios para la toma de decisiones frente a problemáticas de la sexualidad. Así mismo, puede ser utilizado como material básico de consulta para futuras investigaciones.

Metodológicamente, se refleja en el diseño y elaboración del programa en educación sexual integral, el Programa ha sido estructurado con base en los objetivos señalados. En este sentido, aporta con la creación de un instrumento para diagnóstico y otro específico que evaluará el impacto del programa una vez desarrollado.

Los contenidos han sido establecidos y vinculados con actividades prescritas según el rango de edad en los adolescentes, que conforman la población beneficiaria bajo el supuesto de fortalecer el rendimiento de los estudiantes adolescentes para que asumen conocimientos en temas de sexualidad y los vinculen con su vida cotidiana.

CAPITULO II
DISEÑO TEÓRICO

2.1 Objetivos

2.1.1 Objetivo general

- Diseñar un Programa de Educación Sexual Integral para fortalecer los conocimientos sobre sexualidad en estudiantes del nivel secundario, que asisten a unidades educativas periurbanas de la provincia Cercado del departamento de Tarija.

2.1.2 Objetivos específicos

- Crear un instrumento para diagnosticar el nivel de conocimiento de los estudiantes del nivel secundario, respecto a la sexualidad.
- Elaborar un Programa de Educación Sexual Integral con sus respectivos contenidos, objetivos y una metodología que ayude a abordar temas sobre sexualidad.
- Formular un instrumento para evaluar el impacto del Programa de Educación Sexual Integral.

CAPITULO III
DISEÑO METODOLÓGICO

3.1 Tipo de investigación

La presente investigación sobre Educación Sexual Integral corresponde al Área de la Psicología Educativa, porque el objeto de estudio en el cual se desarrolla la investigación está dentro del ámbito de la educación, por medio de la cual buscamos optimizar el aprendizaje y rendimiento de los alumnos por medio de la enseñanza.

“La psicología educativa estudia los procesos educativos con una triple finalidad: contribuir a la formación de una teoría explicativa, elaborar modelos o programas de intervención con una finalidad determinada y dar lugar a una praxis educativa coherente con las propuestas teóricas formuladas, es decir que la Psicología Educativa estudia los procesos educativos en una triple dimensión: teórica, proyectiva y práctica”. (Manterola, 1998, p. 20)

La modalidad de investigación realizada en este trabajo es de tipo propositiva. Por qué a partir de un diagnóstico se identifica la problemática y sus principales características, tal como se presenta en la realidad observada. Tras la detección de una necesidad, proveniente de la situación en la cual se plantea intervenir, se diseña y elabora un programa específico como resultado de la búsqueda de una o más alternativas de solución, mismo que podrá ser aplicado posteriormente.

El concepto que da Del Rincón (1995) sobre la investigación propositiva establece que “es una actuación crítica y creativa caracterizada por planear opciones y alternativas de solución a los problemas suscitados por alguna situación. Parte de un diagnóstico, se establecen metas y se diseñan estrategias para alcanzarlas” (En Domingo, 2008, p. 33).

3.2 Población

La población beneficiaria de esta investigación está conformada por estudiantes, hombres y mujeres, del nivel secundario entre 12 a 18 años de edad que asisten a las unidades educativas periurbanas de la provincia cercado del departamento de Tarija.

3.3 Métodos, técnicas e instrumentos

3.3.1 Métodos

Para la elaboración del presente trabajo de investigación se utilizaron los siguientes métodos:

Métodos teóricos: La multiplicidad de conceptos y criterios establecidos como parámetros metodológicos de una disciplina o área específica del conocimiento, son tomados en cuenta bajo la perspectiva teórica que los sustenta, y aunque puede incluir diversidad de puntos de vista, finalmente tributan a la comprensión del fenómeno de estudio. Con la finalidad de lograr este cometido, el problema que se investiga es tratado a partir de procesos lógicos que descubren sus características principales y sus cualidades.

A decir de Martínez y Rodríguez (1998), los métodos teóricos “permiten descubrir en el objeto de investigación las relaciones esenciales y las cualidades fundamentales, no detectables de manera censo perceptual. Por ello se apoya básicamente en los procesos de abstracción, análisis, síntesis, inducción y deducción” (p. 4)

- **Método de análisis:** El método nos permite descomponer un todo complejo en partes, cualidades y sus múltiples relaciones.
- **Método de síntesis:** Establece la unión entre partes previamente analizadas. Permite descubrir relaciones y características generales entre diversos elementos.
- **Método de modelación teórica:** Utiliza símbolos para designar las propiedades del sistema que se desea estudiar. Tiene la capacidad de representar las características y relaciones fundamentales del objeto a estudio.
- **Revisión bibliográfica:** Ha sido utilizada para la elaboración del marco teórico, a partir de la información existente sobre la temática. De manera similar, para la planificación y diseño de los contenidos del Programa, se adaptaron los modelos y técnicas, proporcionadas en la literatura de base, a la población beneficiaria.

Métodos empíricos: Su aporte al proceso de investigación resulta, fundamentalmente, de la experiencia. Este método posibilita revelar las relaciones esenciales y las características

fundamentales del objeto de estudio, accesibles a la detección perceptual, a través de procedimientos prácticos por diversos medios de estudio. La encuesta fue ideada y creada con este método. Lo que nos ayudó con la elaboración con la elaboración de nuestro instrumento y desarrollo del mismo.

- **La encuesta:** Es un procedimiento en el que el investigador recopila datos mediante un cuestionario, previamente diseñado, sin modificar el entorno ni el fenómeno donde se recoge la información.

“Su aplicación significa el seguimiento de un proceso de investigación en toda su extensión, destinado a la recogida de los datos de la investigación, pero en el que se involucra un conjunto diverso de técnicas que combinadas en una sintaxis propia y coherente que se orientan y tienen como objetivo la construcción de un objeto científico de investigación”. (López P y Fachelli, 2015, p. 8)

3.3.2 Técnicas

Las técnicas que serán utilizadas para el desarrollo y proceso de la presente investigación son:

3.3.2.1 Encuesta estructurada

Es una herramienta para la recolección de información que tiene diferentes mecanismos persuasivos. La encuesta estructurada está previamente elaborada y tiene parámetros fijados lo que facilita la unificación de criterios, a tomar en cuenta durante la aplicación.

“La encuesta estructurada tiene como función primordial la estandarización del proceso de la recogida de datos por medio de un instrumento que es el cuestionario, las preguntas deben estar previamente diseñadas en función a las dimensiones que se pretenden estudiar”. (Gonzales & Valdebenito, 2016, párr. 5)

3.3.3 Instrumentos

Está previsto aplicar dos tipos de cuestionario, uno de diagnóstico y otro de evaluación; este último al finalizar el Programa, servirá para recabar información y medir el impacto en los estudiantes.

El cuestionario es un documento que está conformado por preguntas que siguen una secuencia, deben estar estructuradas de forma coherente y organizadas con la finalidad de ofrecer respuestas con la información necesaria que se desea obtener.

El autor Tamayo y Tamayo (2008) señala que “el cuestionario es un instrumento que contiene los aspectos del fenómeno que se consideran esenciales, permite además aislar ciertos problemas que nos interesan principalmente, reduce la realidad a cierto número de datos esenciales y precisa el objeto de estudio” (En Loggiodice, 2010, p. 107).

3.3.3.1 Cuestionario de diagnóstico

Consta de 16 preguntas previamente elaboradas con la finalidad de poder recabar información. Este instrumento hace énfasis en sexualidad, derechos, salud sexual y salud reproductiva, ITS y VIH/sida. Instrumento de elaboración propia.

Para las respuestas esperadas se tiene la opción múltiple (a, b, c). El cuestionario será aplicado de manera grupal, a hombres y mujeres, de principio en los cursos correspondientes a primero de secundaria; luego a los de sexo grado.

Los estudiantes que participarán en el Programa podrán acceder al cuestionario mediante el segundo link, el primero se utilizará para visualizar contenidos:

- <https://drive.google.com/file/d/1o9-Gm0Son2yY9NsiG-0VdktsMjrpoEGU/view?usp=sharing>
- <https://docs.google.com/forms/d/1h8g8hkQYvzlykSlbGp04a3xJg2ZxLu2HdsIcUt0QPvI/edit?usp=sharing>

3.3.3.2 Cuestionario de evaluación del impacto del Programa

Consta de ocho preguntas cerradas y otras dos con respuestas abiertas, instrumento de elaboración propia. Será aplicado de manera grupal con la finalidad de medir el impacto que se obtuvo, tras la implementación del Programa en Educación Sexual, a estudiantes de nivel secundario que asisten a unidades educativas periurbanas de la provincia Cercado de departamento de Tarija.

Los estudiantes que participarán en el Programa podrán acceder al cuestionario mediante el segundo link, el primero se utilizará para visualizar contenidos:

- <https://drive.google.com/file/d/1q4-ic-4uuFLm8ZOAKG9H8ogy-Mi7qkpY/view?usp=sharing>
- https://docs.google.com/forms/d/1_oeA-NSLjT6vKD9KEpAlzyUsQAogLDOCRno0fTlr1aQ/edit?usp=sharing

3.3.4 Materiales

3.3.4.1 Programa de Educación Sexual Integral

El programa fue diseñado y estructurado para desarrollarse mediante un método activo participativo el que permitirá y dará paso a abiertos debates, intercambio de ideas y a la formulación ideológica de conceptos propios donde el estudiante construirá su propio conocimiento por medio de las técnicas y actividades a ejecutar donde el encargado servirá de orientador y generador de conocimientos.

- El Programa consta de 25 sesiones elaboradas con temáticas acordes a las edades de la población beneficiaria (12 a 18 años).
- Está dirigido a estudiantes que asisten a unidades educativas del nivel secundario.
- La carga horaria son 23 horas, destinadas al desarrollo de diversas actividades.

3.4 Procedimiento

El proceso de investigación tiene las siguientes fases:

➤ **Fase 1: Revisión bibliográfica**

Aporta información existente sobre la problemática. Considera fuentes de primera mano: libros, textos, artículos académicos, ensayos y trabajos de investigación que hayan sido publicados.

➤ **Fase 2: Revisión y elaboración del instrumento**

A partir del bagaje teórico obtenido en la revisión bibliográfica, de acuerdo con el problema y los objetivos, sirvió para elegir los métodos y las técnicas que se utilizarán en la obtención de datos, mediante la elaboración de dos instrumentos (encuestas): uno específico para el diagnóstico y otro para medir el impacto del Programa.

➤ **Fase 3: Elaboración del Programa de Educación Sexual Integral y virtualización**

Está estructurado en unidades y actividades temáticas, cada una con su respectivo objetivo de trabajo.

El programa consta de 5 unidades, cada una está estructurada con temas específicos como ser; Sexualidad y género, salud sexual y salud reproductiva, relaciones actitudes y habilidades temáticas que desarrollaran actividades acorde a la edad de los estudiantes beneficiarios.

La realización de las actividades previstas se podrán desarrollar mediante las plataformas digitales Zoom (aplicación para videoconferencias y pantalla compartida en reuniones virtuales) y Google Drive (creador y editor de documentos en línea, que aloja archivos). Esta virtualización del Programa lo convierte en una herramienta didáctica, de amplio uso en tiempo real, basada en datos, imágenes estáticas e interactivas, audio, ideal para las presentaciones de contenidos en línea.

➤ **Fase 4: Elaboración, redacción y presentación del informe final**

En esta última fase se presenta en detalle el Programa acabado. El texto describe cada etapa del proceso planificado y listo para ser aplicado. Previamente deberá ser defendido y aprobado de acuerdo al reglamento de la Universidad Autónoma “Juan Misael Saracho”

CAPITULO IV
MARCO TEÓRICO

La relación conceptual es abordada desde varios enfoques: biomédico, asociado a la sexología y el género. Cada enfoque plantea una idea sobre sexualidad y propone una visión distinta sobre cómo entender el proceso de enseñanza y aprendizaje.

4.1 Educación sexual integral

4.1.1 Educación sexual

La educación sexual es prioridad en la vida de los adolescentes, tendría que estar incluida desde temprana edad. En sentido amplio, esta actividad formadora trata la transmisión de concepciones, normas y valores morales e ideología que cada cultura considera sirven para preservar el modelo social, cultural y económico.

El cuidado de la vida sexual, en la atención general de la salud, ha sido señalado por la Organización Mundial de la Salud como parte integral de la atención a la que todos tenemos derecho.

“En este sentido, Rubio (2014) afirma: “Sin embargo, el lugar que la sexualidad ha tenido en la cultura occidental, en general, y en la cultura latinoamericana, en particular, ha hecho difícil que la vigilancia de la vida sexual, la prevención de sus problemas, la identificación temprana y la decisión, accesibilidad y posibilidad de implementación de medidas terapéuticas se integren de manera efectiva en el cuidado de la salud”. (p. 1)

La sexualidad comprende muchos componentes que desempeñan un papel central en la vida del ser humano.

“Esta centralidad la hace estar presente en varias dimensiones de la vida, especialmente cuando la sexualidad se conceptualiza de manera amplia y no limitada al desempeño físico erótico que caracteriza a la actividad sexual. La actividad sexual, en sí misma, ha

mostrado tener relación muy importante con la calidad de vida y con varios aspectos de la salud física y mental”. (Ibídem)

4.1.2 Educación integral

La educación engloba una serie de procesos y procedimientos que culminan en el perfeccionamiento de la persona. Según Álvarez Rodríguez (2003): “El término integral hace alusión a la idea de totalidad. Así, la educación integral se entendería como el desarrollo perfectivo del ser humano completo, en toda y cada una de las dimensiones (física, intelectual, social, moral y religiosa)”. (En Álvarez Santana, p. 904).

4.1.3 Educación sexual integral

La educación sexual integral (ESI) es un espacio sistemático de enseñanza aprendizaje que promueve saberes y habilidades para la toma de decisiones responsables y críticas en relación con derechos de los niños/niñas y los/as adolescentes al cuidado del propio cuerpo, las relaciones interpersonales, la información y la sexualidad.

Cuando se habla de educación sexual integral no se refiere “a un contenido o una asignatura específica, sino que forma parte del proyecto educativo de las escuelas y requiere de un trabajo articulado con los centros de salud, las familias y las organizaciones sociales” (Pedrido Nanzur, 2017, párr.5)

4.2 Sexualidad y género

4.2.1 Sexualidad

En un texto publicado por la OMS (2018) sobre el tema de la salud sexual en relación con la salud reproductiva, se explica que: “La sexualidad es un aspecto central del ser humano que está presente a lo largo de su vida. Abarca el sexo, las identidades y los

roles de género, la orientación sexual, el erotismo, el placer, la intimidad y la reproducción. Se siente y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, comportamientos, prácticas, roles y relaciones. Si bien la sexualidad puede incluir todas estas dimensiones, no todas ellas se experimentan o expresan siempre. La sexualidad está influida por la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales” (p. 3).

Money y Ehrhardt (1982) señalan que “la sexualidad humana no supone exclusivamente la explicitación de los instintos biológicos, ni tampoco es el fruto del aprendizaje social pasivo, sino que es el resultado de la interacción cognitiva entre las personas y el medio ambiente” (En Barragán, p. 15).

4.2.2 Sexo

El término sexo se refiere al conjunto de características biológicas que definen el aspecto de humanos como mujeres y hombres (Programa de Educación Sexual CELOSAA, párr.1). “Sexo siempre fue una palabra relacionada con la biología y la reproducción” (Ministerio de Salud de la Nación, s.f., p. 29). Sin embargo, los múltiples contextos en que se la usa actualmente más la suma de sus derivados (sexual, sexuado, sexos, tener sexo, etc.) abarcan tantos significados que la palabra se ha vuelto imprecisa.

El significado común de sexo en el lenguaje colonial comprende su uso como actividad (tener sexo) y como un conjunto de comportamientos (roles sexuales). En si el sexo es una condición biológica con unas características físicas, orgánicas y corporales con las que nacemos, son naturales, y determinan a machos y hembras, es la condición de origen biológico. Las características del sexo dependen de las células somáticas y de las células germinales, son de carácter universal. (Alberto, 2018, p. 23)

4.2.3 Erotismo

La OMS (2000) lo define como “los procesos humanos entorno al apetito por la excitación sexual, la excitación misma y el orgasmo, sus resultantes en la calidad placentera de esas vivencias humanas, así como las construcciones mentales alrededor de estas experiencias” (En Ureta, 2017, párr. 7).

4.2.4 El cuerpo

La base de la construcción y vivencia de la sexualidad es el cuerpo, con todos los órganos y funciones que lo componen, se trata de un cuerpo que está en constante movimiento, que se nutre, madura, funciona, envejece, se enferma, se alivia, tiene un flujo interno de cargas hormonales que llevan mensajes y tiene la potencialidad de reproducirse. El cuerpo tiene manos con las que trabaja pero que también tocan y acarician, piernas que llevan a conocer el mundo, pulmones para respirar, ojos para ver y los órganos sexuales o reproductivos.

El cuerpo es la herramienta fundamental de la existencia humana, es el que permite la interacción con el entorno, pero también con los otros/as y con uno/a mismo/a. Es a partir de sus sensaciones que el cerebro es capaz de construir los significados y por tanto las experiencias y las historias individuales, ligadas al placer, al dolor, los colores, los sabores, al tacto y todo lo que se integra para construir una identidad estrechamente arraigada al cuerpo. Del cuerpo provendrán la construcción de la imagen corporal, la autoimagen, el referente de las capacidades individuales, la construcción del sentirse atractivo/a en comparación con un modelo social.

El cuerpo es también un medio para la comunicación a través de nuestra construcción del ser hombre y ser mujer, de los adornos, de los olores, de los signos que le damos transmite parte de lo que somos.

En resumen, el cuerpo es la piedra fundamental de la existencia humana y de su sexualidad, de ahí la necesidad de reconocernos como seres corpóreos y no solamente espirituales y de ahí la necesidad de no contraponer lo corporal a lo espiritual o viceversa, revalorizar los dones del cuerpo, sus placeres, sus necesidades y su importancia.

4.2.4.1 Pilar psicológico

“Se encuentra vinculado a la estructura psíquica, procesos cognitivos y estructura afectiva de las personas, con base en los cuales construye una representación de la realidad, en su interacción con el entorno y consigo mismo; a través de un continuo aprendizaje. El pilar psicológico es el que permite dar un significado a la experiencia, es a través del cual se va construyendo toda la estructura afectiva del sujeto, sus sistemas de creencias, sus sistemas de valoración y de representación, no sólo del entorno y de la realidad, sino fundamentalmente de sí mismo/a”. (Sanizo Lesano, 2016, p. 62)

4.2.4.2 Pilar social

“El pilar social se encuentra relacionado con el comportamiento y características de los/las individuos en cuanto seres sociales, en sus diferentes esferas (pareja, familia, entorno), donde se evidencian patrones y pautas de comportamiento, creencias, normas, moral y valores que son compartidos por las y los miembros de un grupo social en específico, se modifican en el tiempo y son variables de un grupo social a otro, además de coadyuvar a la estructuración de un contexto sociocultural que determina las formas de interacción entre las personas. Es el marco contextual en el que el ser humano se desarrolla y que se traduce en un punto de referencia a través del cual, el aprendizaje cobra un sentido”. (Ibídem).

4.2.4.3 Género

Light Keller y Calhoun (1991) definen género como “todas las características no biológicas asignadas a hombres y mujeres” (En Sánchez, párr. 2). “Es decir, el asignar cualidades, roles, creencias, que no están en la persona por su sexo, sino que se asocian a la persona por lo que piensa y cree la sociedad donde nace” (Sánchez, ídem).

Para la OMS “el género se refiere a los conceptos sociales de las funciones comportamientos, actividades y atributos que cada sociedad considera apropiados para los hombres y las mujeres” (En Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, enero de 2021, párr. 1). Las diferentes funciones y comportamientos pueden generar desigualdades de género, es decir, diferencias entre los hombres y mujeres que favorecen sistemáticamente a uno de los dos grupos.

A su vez, esas desigualdades pueden crear inquietudes entre los hombres y mujeres con respecto tanto a su estado de salud como a su acceso a la atención sanitaria.

4.2.5 Derechos humanos, derechos sexuales y derechos reproductivos

4.2.5.1 Derechos Humanos

Los derechos humanos son normas básicas que deben ser exigidas y cumplidas por cualquier ser humano por el sólo hecho de serlo. Las normas sobre DD.HH. aparecieron como generaciones destinadas a tratar temas específicos, por lo que se clasifican en de Primera, Segunda y Tercera generación.

“Los DD.HH. se clasifican artificialmente y para fines explicativos siguiendo el proceso evolutivo que tuvieron, pero en su conjunto representan una sola unidad” (Cuellar CH. & Omonte Rivero, s.f., párr. 49) Las normas sobre DD.HH. aparecieron como generaciones destinadas a tratar temas específicos, por lo que se clasifican en de Primera, Segunda y Tercera generación

En la misma línea de los autores se describe a continuación la clasificación de los Derechos Humanos:

Primera generación: Derechos Humanos civiles y políticos. Los DD.HH. civiles y políticos son los más conflictivos. Están referidos a la libertad de las personas y al ejercicio de autoridad. Se refieren a la libertad de la persona a la vida, la seguridad, la integridad y los derechos de participación individual en la formación de los poderes del Estado (participación pública).

Segunda generación: Derechos Humanos económicos, sociales y culturales. Estos DD.HH. están relacionados más con la dignidad humana de tener derecho a la vida, derivando su derecho en el acceso al empleo, al salario justo, a la educación.

Tercera generación: Derechos Humanos de solidaridad y de los pueblos.

“Da impulso a los DD.HH. colectivos de los pueblos. Determina el derecho al desarrollo armónico, el derecho a la autodeterminación nacional, el derecho a la paz, el derecho a un medio ambiente sano, que en definitiva es la seguridad para lograr las condiciones de convivencia pacífica”. (p. 52)

4.2.5.2 Derechos reproductivos

Seguidamente se enlistarán los Derechos Reproductivos, información tomada de CIES, “centro de investigación educación y servicios” (2012):

1. Decidir sobre el número y espaciamiento de hijos/as en función de sus necesidades, deseos y expectativas.
2. Acceder a métodos anticonceptivos seguros y de calidad.
3. Acceder a servicios de Salud Reproductiva integrales y de calidad.
4. Acceder a información clara y precisa sobre su cuerpo, sus funciones y procesos reproductivos, que le permitan tomar decisiones, faciliten los procesos de autoconocimiento y autocuidado.
5. No ser discriminada por sus opciones reproductivas.

6. El derecho a la maternidad libremente decidida.
7. El derecho a recibir orientación, atención integral y tratamiento técnico profesional durante el embarazo, parto, puerperio y lactancia.
8. El derecho a la autonomía e integridad corporal. Incluye el derecho de la mujer a tomar sus decisiones libres relativas a su sexualidad y reproducción sin sufrir discriminación, criminalización, coacción y violencia. El derecho a la autonomía e integridad corporal de la mujer incluye el derecho a la interrupción voluntaria del embarazo.
9. El derecho de las mujeres a no ser discriminadas en el trabajo o el estudio por razón de embarazo, maternidad y/o interrupción del embarazo.
10. El derecho a acceder a la orientación, prevención y tratamiento de problemas de infertilidad, infecciones de transmisión sexual, cáncer cérvico uterino, mamario y prostático.
11. Acceso a nuevas tecnologías reproductivas. En el marco de ICPD, la Salud Reproductiva y los Derechos Reproductivos incluyen la Salud Sexual y los Derechos Sexuales.

La Conferencia Internacional sobre la Mujer en Beijín (1995), destaca la salud sexual y los derechos sexuales como Derechos Humanos. De forma que los derechos sexuales de las mujeres en particular y de las personas en general se referirán a:

Derechos sexuales

1. El derecho al conocimiento del propio cuerpo, sus procesos y funciones sexuales y reproductivas.
2. El derecho a la no discriminación en función de la orientación sexual.
3. El derecho a disfrutar de una vida sexual libre de violencia y/o coerción sexual.
4. El derecho a la información y educación en sexualidad.
5. El derecho a servicios de Salud Sexual y Reproductiva accesibles, adecuados y de calidad.

6. El derecho a gozar una sexualidad placentera, libremente decidida y consentida, sin más límites que los derechos de otras personas.
7. El derecho a la integridad corporal y la autonomía en el control del cuerpo, la imagen y la identidad individual.
8. El derecho a la expresión de su sexualidad, su orientación sexual e identidad de género en el espacio social, el campo político y específicamente en la participación política en la formación, ejercicio y control de los Órganos de Poder.
9. El derecho a alcanzar el más alto nivel de goce y placer sexual.
10. El derecho a elegir sus parejas y prácticas sexuales sin más límite que los derechos de otras personas.
11. El derecho de todo ser humano a una vida sexual previniendo los riesgos del embarazo no deseado.
12. El derecho de alcanzar el más alto nivel de salud sexual.
13. El derecho a la confidencialidad en la atención de la sexualidad.
14. El derecho de acceder a una educación integral para la vida afectiva y sexual desde temprana edad, posibilitando el bienestar, el desarrollo de la persona y el ejercicio de la sexualidad en forma plena, libre e informada. (CIES. 2012, p. 99)

En este sentido, los derechos sexuales y derechos reproductivos deben orientar, propiciar y proteger las prácticas responsables, libres e informadas de las personas, siendo universalmente aceptadas al contextualizarse bajo el principio de equidad en las relaciones entre hombres y mujeres, de manera que puedan cumplir eficaz y eficientemente un papel de garantía y beneficio, simbólico y práctico para ambos y para cada uno de los componentes de una pareja. La gente joven como agente de cambio tiene derecho de obtener información para proteger su salud incluida su salud sexual y reproductiva, tiene derecho a recibir una educación sexual integral como parte del ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos. (p. 100)

Los derechos sexuales y reproductivos son el derecho de cada individuo a:

- La toma de decisiones reproductivas, incluyendo la elección de casarse y de determinar el número y el espaciamiento de sus hijos, y el momento de tenerlos.

- La seguridad sexual y reproductiva, incluyendo el derecho de no padecer violencia ni coacción sexuales estar informado y tener acceso a métodos de planificación familiar de su propia elección seguros, efectivos, asequibles y aceptables. Esto incluye otros métodos de su elección para regular su fertilidad que no violan la ley.
- Tener acceso a los servicios de atención de la salud pertinentes que permitan a la mujer pasar sin peligros las etapas de embarazo y parto, ofreciendo a las parejas las mejores oportunidades de tener un hijo sano.
- Información y los recursos necesarios para ejercer estas elecciones.

El derecho a la salud sexual y reproductiva se basa en los Derechos Humanos - establecidos desde hace mucho tiempo- a la vida, la libertad y la seguridad personal, la igualdad de tratamiento, la privacidad, la educación y el desarrollo, la igualdad de género y el más alto nivel posible de salud física y mental. “Desde esta perspectiva de derechos humanos, cada individuo -independientemente de su sexo, orientación sexual, edad, raza, estado socioeconómico, estado civil, estado de VIH (u otra ETS)-tiene derecho a decidir sobre su salud sexual y reproductiva” (EPF, 2013, párr. 7).

4.3 Salud sexual y salud reproductiva

La mayoría de las personas jóvenes del mundo son sexualmente activas cuando alcanzan los 18 años, incluso antes.

“Sin embargo, en la mayoría de los países la sexualidad de la gente joven es un tema tabú, creando un ambiente donde se ve nuestra sexualidad como algo negativo que debe reprimirse. Como resultado, la gente joven enfrenta grandes barreras para acceder a información, educación y servicios de salud sexual y reproductiva que sean oportunos, integrales y libres de prejuicios. Al mismo tiempo, los embarazos en adolescentes, las infecciones de transmisión sexual (ITS) incluyendo el VIH/SIDA, y otros problemas de salud sexual y reproductiva, son una importante amenaza para el desarrollo personal, la salud y la vida”. (Rivas Arroyo, 2015, párr. 1)

La sexualidad juega un papel importante en la vida de las personas jóvenes. Para asegurarnos de que también sea una parte saludable de la vida, es vital que tengamos la información, educación y servicios que necesitamos para tomar decisiones informadas sobre sexualidad y reproducción. De hecho, es nuestro derecho como seres humanos. (Ahumada & Kowalski, 2006. p. 9).

4.3.1 Salud sexual

La Organización Mundial de la Salud define a la salud sexual como “un estado de bienestar físico, emocional, mental y social relacionado con la sexualidad; no es solamente la ausencia de enfermedad, disfunción o incapacidad. La salud sexual requiere un enfoque positivo y respetuoso de la sexualidad y las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener relaciones sexuales placenteras y seguras, libres de coerción, discriminación y violencia. Para que la salud sexual se logre y se mantenga, los derechos sexuales de todas las personas deben ser respetados, protegidos y ejercidos a plenitud”.

La salud sexual es, de hecho, parte de la salud general de la persona, y por eso se define en los mismos términos de bienestar. El bienestar es el concepto central de la definición de salud sexual.

Esta definición hace explícita referencia a algunas de las condiciones para tener bienestar sexual:

1. La necesidad de tener un enfoque positivo, es decir, de aceptación y no de rechazo o conflicto, ante la sexualidad y las relaciones sexuales.
2. La necesidad de respeto ante la sexualidad y las relaciones sexuales.
3. La imposibilidad de tener salud sexual si existe violencia, coerción o discriminación.
4. La posibilidad de tener placer y seguridad en las relaciones sexuales.

4.3.2 Salud reproductiva

En la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (Cairo 1994) señaló: “La salud reproductiva es un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos” (párr. 2). Se considera igualmente las apreciaciones de los autores anteriormente citados, Ahumada y Kowalski (2006), quienes indican que “la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuando y con qué frecuencia”.

La salud sexual y reproductiva es la posibilidad de tener una vida sexual segura y satisfactoria, así como la posibilidad de reproducirse. Su principio central es la libertad de decidir uno mismo si, cuándo, con qué frecuencia y con quién tiene relaciones sexuales. Las Naciones Unidas definen la salud reproductiva como “un estado general de bienestar físico, mental y social en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos”.

La salud reproductiva incluye la salud sexual “cuyo objetivo es el desarrollo de la vida y de las relaciones personales y no meramente el asesoramiento y la atención en materia de reproducción y de enfermedades de transmisión sexual” (Oizerovich & Perrott [Coords.], párr.22).

4.3.3 Métodos anticonceptivos

Schwarzc (2002) clasifica los métodos anticonceptivos en: dispositivos intrauterinos, anticonceptivos hormonales, anticonceptivos de barrera, anticonceptivos químicos, método de la lactancia (MELA), métodos de abstinencia periódica o métodos naturales y los métodos de esterilización.

-Los dispositivos intrauterinos (DIU), que son dispositivos que se insertan en la cavidad intrauterina con el fin de prevenir un embarazo. Cuya eficacia es de 0,6 a 0,8 embarazos por cada 100 mujeres durante el primer año de uso. Existen dos tipos: Liberadores de

iones de cobre: T de Cu 380 A (duración 10 años) y Liberadores de progestágenos 23. (Levonorgestrel). El mecanismo de acción anticonceptiva de ambos dispositivos se basa en dos acciones fundamentales: el espesamiento del moco cervical, que impide el ascenso de los espermatozoides a la cavidad uterina, y la atrofia del endometrio que crea un medio hostil a los espermatozoides y a su migración. Es decir, que impiden la fecundación al impedir el encuentro de los gametos.

-“Los Anticonceptivos hormonales son distintos preparados anticonceptivos que contienen hormonas femeninas. Su eficacia es de 6 a 8 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año de uso” (Candelaria, 2014, p. 23).

-“Respecto a los Anticonceptivos de barrera, el más conocido es el preservativo masculino o condón que es una funda de látex muy delgada que se coloca sobre el pene erecto antes de la penetración y se utiliza durante toda la relación sexual. Su eficacia es de 14 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año de uso (1 en cada 8). Los fracasos se deben más a problemas en su colocación o de escurrimiento del semen que a la posibilidad de ruptura. Constituye el método contraceptivo de uso más frecuente, por su accesibilidad y bajo costo”. (Ibídem)

-“Otro anticonceptivo de barrera es el Preservativo femenino el cual se trata de una vaina flexible de poliuretano auto lubricado que se ajusta a las paredes de la vagina. Posee dos anillos flexibles: uno interno, usado para su inserción y retención semejando un diafragma y que mantiene el preservativo femenino en posición adecuada y otro anillo externo que se ubica sobre los labios y permanece fuera de la vagina protegiendo los genitales externos durante el coito. Su eficacia es de 95 al 71%, aumentando con la continuidad del uso”. (Ibídem)

-“Respecto a los Anticonceptivos químicos, los fracasos en el uso no combinado oscilan entre el 6 y el 26 %. Mejoran la eficacia de los métodos de barrera. En este grupo están los Espermicidas que son sustancias surfactantes que actúan por contacto sobre la superficie del espermatozoide. Se presentan en varias formas farmacéuticas: cremas, jaleas, espumas, tabletas, óvulos. Se recomienda su uso asociado a un método

de barrera, como el preservativo o el diafragma. Puede tener efectos colaterales relacionados con reacciones alérgicas a alguno de sus componentes. En este grupo también están la Esponjas Vaginales que son esponjas de poliuretano impregnadas en Nonoxynol o Cloruro de Benzalconio, que liberan el espermicida en el medio vaginal”. (p. 24)

-“Respecto al Método de la lactancia (MELA), consiste en utilizar la lactancia como método temporal de planificación familiar. Su eficacia en los primeros 6 meses después del parto, su eficacia es del 98% (2 en cada 100). Tal eficacia aumenta cuando se usa en forma correcta y consistente, hasta 0,5 embarazos por cada 100 mujeres en los primeros 6 meses después del parto (1 en cada 200). La relación entre la duración de la lactancia y la duración de la amenorrea posparto ha sido suficientemente demostrada: a mayor duración de la lactancia, mayor duración del período de amenorrea. La duración promedio del período de amenorrea en las madres que no amamantan es de 55 a 60 días, con un rango de variación entre 20 y 120 días. La lactancia exclusiva se asocia con períodos más largos de amenorrea e infertilidad que la lactancia parcial. (Ibídem)

-“Los Métodos de Abstinencia Periódica o Métodos Naturales, consiste en evitar voluntariamente el coito durante la fase fértil del ciclo menstrual. Están basados en la determinación del momento de la ovulación. Incluyen diferentes métodos que dependen de la identificación de los días del ciclo menstrual durante los cuales una mujer puede quedar embarazada”. (Ibídem)

-“Los Métodos de Esterilización son de contracepción permanente, requieren intervención quirúrgica en hombres o en mujeres y, por lo tanto, consentimiento informado escrito por parte del usuario con justificación diagnóstica del proveedor. Es necesario también, capacitación especial del proveedor. Dentro de ellos están: la Vasectomía que es un método quirúrgico de esterilización para hombres, cuya eficacia es de 99,9 % y el método de esterilización del tipo Interrupción Quirúrgica Tubarica que es un método anticonceptivo quirúrgico permanente cuyo objetivo es ocluir y

seccionar las trompas de Falopio, cuya eficacia es de 0,5 embarazos por cada 100 mujeres (1 en cada 200 mujeres), en el primer año después del procedimiento. En los siguientes 10 años después del procedimiento aumenta a 1,8 embarazos por cada 100 mujeres (1 en cada 55 mujeres). Provee contracepción permanente a las mujeres que no desean tener hijos definitivamente”. (27)

4.3.4 ITS-VIH Sida

En muchos casos los y las jóvenes pueden considerar de manera improbable la infección por ITS, VIH-Sida, en función de las características de su actividad sexual y en función de que usualmente estas infecciones han sido atribuidas a grupos específicos de personas, a quienes se ha calificado de población de riesgo, cosa que actualmente y sobretodo en el caso de las ITS, VIH/ Sida sabemos que no es cierto.

Según el CIES (2012) en el caso de los y las jóvenes, es posible que:

- No se encuentren informados sobre mecanismos de prevención de las ITS/VIH Sida.
- Existan mayores dificultades para que soliciten información u orientación, debido a temor, vergüenza, desconocimiento o inexperiencia.
- Se encuentren teniendo relaciones sexuales sin protección (sin condones).
- Tengan varias parejas sexuales.
- Tengan una pareja con síntomas de ITS y posiblemente lo desconozca o no sepan qué medidas asumir.
- Tengan parejas sexuales diferentes con mayor frecuencia.
- Se encuentren viviendo una situación de violencia y abuso.
- Tengan antecedentes de ITS o enfermedad pélvica inflamatoria (EPI).

En este contexto se hace necesario que tengan información que les ayude a identificar los síntomas asociados a la presencia de ITS, VIH/Sida. Entre ellos:

- Flujo uretral o micción dolorosa en los jóvenes de sexo masculino.
- Úlceras o llagas genitales en los jóvenes de ambos sexos.
- Sensibilidad anormal o dolor en la parte baja del abdomen en las adolescentes.
- Escozor o flujo vaginal inusual.

- Micción dolorosa o relaciones sexuales dolorosas. En el caso de confirmarse alguno de estos síntomas, se debe enfatizar la importancia de la búsqueda de asistencia en un centro de salud para tratamiento.

Las ITS pueden afectar, a largo plazo, de manera severa la salud de los y las jóvenes pudiendo producir infertilidad permanente, dolor crónico cáncer de cuello uterino, daño cerebral y del corazón.

De la misma manera las ITS, generan mayor vulnerabilidad a la presencia del VIH. También las ITS se pueden transmitir de la madre al bebé, durante el embarazo y el nacimiento. Los bebés de madres con ITS pueden:

- Tener bajo peso al nacer.
- Nacer prematuramente.
- Tener mayor probabilidad de contraer otra enfermedad, infección y ceguera.

(p. 113)

4.4 Relaciones, actitudes y habilidades

4.4.1 Toma de decisiones

La toma de decisiones es el proceso durante el cual la persona debe escoger entre dos o más alternativas. Este proceso implica realizar una serie de sub procesos, que puedan ayudar a que la elección asumida sea la más apropiada posible, a este respecto es necesario considerar que una decisión, sea la que sea, nunca garantizará un cien por ciento de logro, pues, se encuentra planteada en términos de alternativas; al decidir un camino dejamos otro,

Sus beneficios y sus consecuencias implican más bien asumir las consecuencias de la decisión, las positivas y las negativas. La toma de decisiones incluye un proceso racional, principalmente de análisis, evaluación y comprensión de las alternativas, variables, soluciones, etc para conseguir una meta específica, que depende sobre todo de la información con la que se cuenta.

Esta parte racional implica seguir pasos, los mismos que son planteados por IPPF (proveedora global de servicios y la principal defensora de la salud y los derechos sexuales y reproductivos) en “un solo currículo”:

PASO 1: Considerar todas las opciones.

PASO 2: Identificar cuidadosamente los beneficios y desventajas de cada opción.

PASO 3: Cuando se apropiado, buscar información o asesoría de gente en la que usted confía.

PASO 4: Tomar una decisión tentativa.

PASO 5: Reconsiderar la decisión si es necesario.

Después de tomar la decisión se sugiere hacer un plan para llevar a cabo la decisión considerando lo que posibilitará y dificultará el cumplir con el plan; determinar la manera más segura de llevar a cabo la decisión tomada; si todavía hay dudas buscar asesoría y reevaluar lo que hasta ahora fue analizado. Considerar los errores cometidos en el pasado y utilizar también esta información para seguir la dirección de nuestras acciones.

Cada uno de estos pasos pueden ser utilizados en decisiones sencillas como elegir que vestir cada día o en aquellas complejas como tener o no relaciones sexuales, insistir a la pareja en el uso del condón, revelar o no mi identidad sexual, continuar o no un embarazo.

Nuevamente el CIES ofrece un apunte de los principales aspectos a considerar en la toma de decisiones. De manera complementaria a la toma de decisiones, se debe tomar en cuenta algunos elementos que pueden condicionar su efectividad:

Información: Esta se recoge tanto para los aspectos que están a favor como en contra del problema o situación, con el fin de definir sus limitaciones. Si la información no puede obtenerse, la decisión entonces debe basarse en los datos disponibles, los cuales caen en la categoría de información general.

Conocimientos: Si quien toma la decisión tiene conocimientos, ya sea de las circunstancias que rodean el problema o de una situación similar, entonces estos pueden

utilizarse para seleccionar un curso de acción favorable. En caso de carecer de conocimientos, es necesario buscar consejo en quienes están informados.

Experiencia: Cuando un individuo soluciona un problema en forma particular, ya sea con resultados buenos o malos, esta experiencia le proporciona información para la solución del próximo problema similar. Si ha encontrado una solución aceptable, con mayor razón tenderá a repetirla cuando surja un problema parecido. Si carecemos de experiencia entonces tendremos que experimentar; pero sólo en el caso en que las consecuencias de un mal experimento no sean desastrosas. Por lo tanto, los problemas más importantes no pueden solucionarse con experimentos. (p. 139)

4.4.2 Habilidades para la vida

Según Gómez L. y Suárez D. (2013), las habilidades para la vida son destrezas psicosociales que les facilitan a las personas afrontar en forma efectiva las exigencias y desafíos de la vida diaria; es decir, son destrezas psicosociales para aprender a vivir. “En el caso de los jóvenes, la adquisición de estas destrezas les provee de herramientas específicas que les facilitan un comportamiento más positivo y saludable. Por ejemplo, la comunicación asertiva (efectiva) les ayuda a rechazar invitaciones o presiones de sus amigos para consumir drogas, iniciar la sexualidad tempranamente o asumirla sin protección. El fortalecer la habilidad para tomar decisiones les permite identificar las situaciones, pensar en las alternativas, evaluar las ventajas y desventajas y decidir”. (párr. 10)

El modelo de Habilidades para la Vida, es un enfoque centrado en el desarrollo de las aptitudes necesarias para tener un comportamiento eficiente y positivo, que permita enfrentar eficazmente los retos cotidianos y hacernos cargo de las decisiones que afectan nuestra vida y nuestra salud. Históricamente se trata de un enfoque que ha ido evolucionando y conjunciando diferentes orientaciones de tipo teórico como metodológico, alineadas siempre al desarrollo de capacidades centrándose en diferentes poblaciones y con resultados positivos en su aplicación.

En esta perspectiva guardan también relación con el modelo de “agencia personal”: El desarrollo de habilidades para la vida, es un motivador de la capacidad de “agencia”, que a su vez es un aspecto clave para el desarrollo humano.

De acuerdo con lo referido por el CIES, las habilidades para la vida se clasifican en habilidades sociales, cognitivas y para el control de emociones. Entre las primeras están comunicación, negociación/rechazo, asertividad, habilidad para establecer relaciones interpersonales sanas, cooperación y empatía. Entre las cognitivas se encuentran la toma de decisiones/solución de problemas, planeación, habilidades de pensamiento crítico, el análisis de la influencia de sus pares y medios de comunicación, análisis de las normas personales y creencias sociales, la autoevaluación y clarificación de valores. Por último, entre las habilidades para el control de emociones están autoconocimiento y manejo de emociones, locus de control interno y control de estrés.

Idealmente en los procesos de educación para la vida se aspira a la aplicación del aprendizaje (conceptual, actitudinal y conductual), vinculado a un contexto para dar lugar a una experiencia significativa. (p. 83)

La OMS estima que las siguientes habilidades para la vida son indispensables:

Capacidad de tomar decisiones: Ayuda a los estudiantes a evaluar sus posibilidades y a considerar cuidadosamente las diferentes consecuencias de sus elecciones.

Capacidad de resolver problemas: ayuda a los estudiantes a buscar soluciones constructivas a sus problemas.

Capacidad de pensar en forma creativa: Es indispensable para tomar decisiones y resolver problemas. Permite que los estudiantes exploren todas las alternativas posibles y sus consecuencias. Ayuda a los y las estudiantes a ver más allá de su experiencia personal.

Capacidad de pensar en forma crítica: Ayuda a los estudiantes a analizar objetivamente la información disponible junto con sus propias experiencias. Permite que los y las estudiantes reconozcan los factores que influyen en su comportamiento, como valores sociales, influencia de los y las compañeros/as, influencia de los medios de comunicación masivos.

Capacidad de comunicarse con eficacia: Ayuda a los estudiantes a comunicar a otros/as, verbalmente o de otra forma, sus sentimientos, necesidades e ideas.

Capacidad de establecer y mantener relaciones interpersonales: Ayuda a los y las estudiantes a interactuar de modo positivo con las personas con quienes se encuentran a diario, especialmente con familiares. El autoconocimiento: es la capacidad que tienen los estudiantes de saber quiénes son, qué quieren o no quieren y qué les complace o disgusta.

Capacidad de experimentar empatía: Es la habilidad de una persona para imaginar cómo es la vida de otra, en una situación muy diferente de la suya. Ayuda a los estudiantes a entender y aceptar la diversidad y mejora las relaciones interpersonales.

Capacidad de manejar las emociones: Permite que los estudiantes reconozcan sus emociones y la forma en que influyen en su comportamiento. Es de particular importancia aprender a manejar las emociones difíciles como la violencia y la ira, que pueden tener consecuencias desfavorables para la salud. (En Mantilla, 2001, p. 84)

¿Qué son habilidades para la vida?

Continuando con Gómez L. y Suárez D., las habilidades para la vida son destrezas psicosociales que les facilitan a las personas afrontar en forma efectiva las exigencias y desafíos de la vida diaria, es decir, son destrezas psicosociales para aprender a vivir.

En el caso de los adolescentes, la adquisición de estas destrezas les provee de herramientas específicas que les facilitan un comportamiento más positivo y saludable. Por ejemplo, la comunicación asertiva (efectiva) les ayuda a rechazar invitaciones o presiones de sus amigos para consumir drogas, iniciar la sexualidad tempranamente o asumirla sin protección. El fortalecer la habilidad para tomar decisiones les permite identificar las situaciones, pensar en las alternativas, evaluar las ventajas y desventajas y decidir.

No se trata de recetas de comportamientos en sí mismos, sino de habilidades que les permiten actuar desde las motivaciones individuales y dentro de las limitaciones sociales y culturales.

Las habilidades para la vida son genéricas, o sea que una misma habilidad tiene aplicación en distintas situaciones cotidianas y de riesgo psicosocial durante la niñez y la adolescencia. Por ejemplo, el comunicarse asertivamente (con efectividad), como saber decir no, tiene una función fundamental en el manejo de la sexualidad, las relaciones interpersonales y el consumo de drogas.

Se requieren diversas habilidades para afrontar con éxito una determinada situación, aunque algunas sean más relevantes que otras. En la resolución pacífica de conflictos son necesarias el manejo de las emociones y sentimientos, la comunicación asertiva (efectiva) y el pensamiento crítico, por ejemplo.

Cada habilidad está determinada por las normas y valores que definen lo que es un comportamiento apropiado en cada contexto social y cultural, lo cual quiere decir que pueden cambiar de un lugar a otro. Por ejemplo, la habilidad para comunicarse es importante, pero sus elementos como el contacto visual y el tono de la voz apropiados, pueden cambiar de un país a otro.

Las habilidades para la vida guardan estrecha relación con la promoción de la salud y el tejido de resiliencia (afrontar las adversidades con éxito). Favorecen el desarrollo de aptitudes personales para optar por actitudes y estilos de vida y comportamientos saludables.

4.4.3 Autoestima

Abordar el tema de la autoestima no es sencillo, debido a que existen múltiples formas de interpretarla y comprenderla, dependiendo de la perspectiva que se utilice, además de las concepciones generalizadas que tienen la mayor parte de las personas, que se resume en “quererse a sí mismo/a”.

¿Qué es la autoestima?

La autoestima es la evaluación del auto concepto, y procede de los sentimientos de la persona acerca de todo lo que es. El auto concepto, es el conjunto de elementos que una persona utiliza para describirse a sí misma. La autoestima, está basada en la combinación de la información objetiva (habilidades, características y cualidades presentes y ausentes) y la evaluación subjetiva (el valor que una persona le otorga) de dicha información.

4.4.3.1 Autoestima y cuerpo

La autoestima como esa imagen o actitud hacia uno mismo. La evolución de cada uno a lo largo de la historia de su vida determina el grado de autoestima e incluye tres componentes a considerar:

Cognitivo: Lo que uno piensa (auto concepto), sus opiniones y creencias.

Afectivo: Lo que uno siente, su valoración positiva o negativa personal y la sensación de sentirse a gusto o a disgusto con la valía de uno mismo.

Conductual: Lo que uno hace (autoafirmación) intención y decisión de actuar, y el esfuerzo por alcanzar reconocimiento ante nosotros mismos y ante los demás.

El concepto del Yo y de la autoestima se desarrolla durante importantes etapas de nuestra vida: desde que el ser humano nace, e incluso desde que está en el vientre afirman algunas teorías. Las habilidades que pueda desarrollar, las primeras relaciones con la madre, sus familiares. Su experiencia en la escuela, con sus profesores, sus amigos(as). Las primeras experiencias amorosas y el vínculo afectivo que logre establecer a lo largo de su vida, determinan el desarrollo de su autoestima.

El cuerpo es la presencia de nuestra persona, en este sentido el cuerpo es especial en la adolescencia en el sentido que, en la vida de muchos adolescentes, su cuerpo juega un papel importante, positivo o negativo, según como sea percibido por el adolescente.

El miedo al rechazo y a la no aceptación que tienen muchos adolescentes, lo viven de forma muy conflictiva. Invierten energías en aparecer aceptables para los demás a veces perdiéndose a sí mismos.

El cuerpo es también presencia social. En la mayoría de los casos la percepción vivencial del propio cuerpo se halla mediatizada por su efecto social. En el caso de los adolescentes, y en especial las mujeres la percepción de su cuerpo se halla muy influenciada por los sistemas culturales y ambientales de referencia, y derivan en desarrollar conductas peligrosas para su salud (Corral MI, 1988, p. 15) que terminan en el grave problema de la anorexia y la bulimia.

El cuerpo es el lugar de expresión de toda la vida. Y nos encontramos con adolescentes con mucho miedo a desagradar, a no ser como el otro quiere que sean. De tal manera que no tienen una idea clara de su esquema corporal, y esto influye muy negativamente en sus conductas y en su desarrollo personal. La autoestima y el cuerpo son dos conceptos muy estrechamente ligados en la etapa adolescente principalmente, sobre todo si se tiene en cuenta que la primera apreciación que todo sujeto tiene sobre sí mismo proviene de su cuerpo. Por este motivo, estudiar el cuerpo con toda su repercusión fisiológica, emocional, vivencial, social, relacional, y enseñando la riqueza cultural y social que supone la pluralidad de cuerpos diferentes y aprender a disfrutar con ellos, ese es el gran reto en los procesos de educación sexual (CIES, p. 132)

¿Qué acciones pueden alterar la autoestima?

En la casa: Las humillaciones, golpes, abuso sexual, abuso físico a otros miembros de casa, falta de cobertura de necesidades primarias, humillación al cuerpo, ausencias prolongadas, amenazas, depresión de los padres, alcoholismo y drogas, el no reconocimiento de los derechos humanos, derechos sexuales, derechos reproductivos. En la calle: La falta de mirada, la ausencia de grupo protector, los insultos, el

desprecio, la violencia de la autoridad, la soledad frente a necesidades de salud o cuidado, la ausencia de contacto y mirada, la discriminación.

En la escuela: Sistema de calificaciones, sistemas de castigo, educación no personalizada, jerarquías rígidas y distantes, ausencia de tutor, vergüenzas y humillaciones, permisividad en la escuela para el abuso de pandillas o grupos a alumnos que no pertenecen a las mismas, indolencia frente al abuso, no tener ubicados a los líderes, distancia profesor alumno, el no reconocimiento de los derechos humanos, derechos sexuales, derechos reproductivos.

4.4.3.2 Tipos de autoestima

Autoestima positiva, con las siguientes características:

1. Confianza en sí mismo.
2. Imponerse retos propios.
3. Cuando se cae en fracaso, lo ve como enseñanza.
4. Es tolerante.
5. Le gusta la compañía de las personas como de sí mismo en la soledad.
6. Suele tener buena comunicación con su familia.
7. Se preocupa por su rendimiento escolar y calificaciones.
8. Siempre tiene metas a corto plazo y procura lograrlos.
9. Suele tomar su propia aceptación a la de los demás.
10. Se deshace de los sentimientos de culpa.
11. Se alegra por los éxitos y triunfos ajenos.
12. Se siente con la capacidad para decir sí o no según su conveniencia sin presión ajena.
13. Da y recibe amor sin limitarse.

Autoestima negativa, con las siguientes características:

1. Suele quejarse por todo de todos.
2. Siente siempre la necesidad de ser el centro de atención.

3. Quiere sobresalir en competencias y si pierde se atormenta.
4. No socializa y es introvertido.
5. Camina siempre con temores a cometer errores.
6. Es inseguro.
7. Se deprime
8. Es exigente o perfeccionista.
9. A veces canaliza sus sentimientos con agresión.
10. Suele ser desanimado o derrotista.
11. Para cualquier equivocación pide disculpas hasta por el mínimo error.
12. Se siente desagradable para las demás personas, considera que merece el rechazo.

Otra clasificación que se utiliza es la de tres tipos, de acuerdo a algunos especialistas de la conducta humana.

- Tipos de autoestima alta. En este caso, las personas que se clasifican como alta, es debido a que su exceso de confianza sobre sí mismo, alcanza niveles de egoísmo, agresividad y soberbia.
- Tipos de autoestima baja. Lo contrario de la conducta soberbia, aquí la persona no se quiere, ni se ama, y no se acepta así misma. Es una persona introvertida, no confía en los demás ni en sí mismo.
- Tipos de autoestima ajustada. Esta conducta de las personas es equilibrada, suele ser la ideal, porque se quiere y se ama tal como es, con limitantes y grandezas, y sabe cuándo decir sí o cuando no. No suele dar importancia a lo que piensen lo demás de ella, antes importa su propia opinión. Lleva una vida de ecuanimidad, y paz consigo misma. Aprende de sus derrotas y no se llena de poder con las victorias, suele ser humilde. (CIES, p. 133)

4.4.4 Comunicación

Todas las personas establecemos numerosas relaciones a lo largo de nuestra vida, como las que se dan con nuestros padres, con nuestra pareja, con amistades o con compañeros y compañeras de trabajo y estudio. A través de ellas, intercambiamos

formas de sentir y de ver la vida; también compartimos necesidades, intereses y afectos.

Uno de los aspectos más importantes de las relaciones entre las personas es la comunicación, que sirve para expresar lo que sentimos, lo que necesitamos y lo que pensamos de los demás, para entender el mundo que nos rodea y para ser escuchados; también, para conocer a las personas con las que nos relacionamos diariamente.

4.4.4.1 Estilos de comunicación

Algunas personas tienden a comunicarse de una forma que es directa y firme. Otras tienden a comunicarse en formas que son indirectas.

- La **comunicación directa** puede ser verbal o no verbal, pero generalmente envía un mensaje claro utilizando comunicación asertiva. Comunicarse de esta manera no es lo mismo que ser agresivo, una persona puede ser firme, directa respetando los sentimientos y pensamientos de otras personas.
- La **comunicación indirecta** puede ser también verbal o no verbal, pero con frecuencia envía un mensaje menos específico o menos definido. Una persona que se comunica de esta manera puede estar siguiendo normas culturales sobre cortesía, condición social o expectativas sobre roles de género.

Las personas tienen diferentes estilos y habilidades para la comunicación, varía de acuerdo a las culturas, de acuerdo a como aprendió a comunicarse desde niño(a). Las normas de género también afectan a mujeres u hombres en la capacidad y facilidad para comunicarse. Sin embargo, esta es una habilidad que se puede mejorar con práctica. Aquí van algunas recomendaciones:

- No dar vueltas a la hora de pedir lo que necesitamos y deseamos.
- Hablar desde lo que “yo siento” “yo pienso”. No interpretes los sentimientos o pensamientos de la otra persona “tú piensas que soy una tonta”.
- Escuchar activamente y libre de críticas.
- Escuchar no solo palabras o agresiones, trata de reconocer cual es la necesidad que expresa la otra persona con palabras o agresiones, intentando identificar qué es lo que quiere decir.

- Realiza expresiones positivas como sonrisa, asentar la cabeza.
- Si no entiendes algo pedir aclaración.
- Posibilitar soluciones a los problemas.
- Cuidar la comunicación no verbal. Para ello, tendremos en cuenta lo siguiente:
 - La comunicación no verbal debe de ir acorde con la verbal.
Decir “ya sabes que te quiero” con cara de fastidio dejará a la otra persona confundida.
 - Contacto visual. El contacto visual debe ser frecuente, pero no exagerado.
 - Afecto. Es el tono emocional adecuado para la situación en la que se está interactuando.
- Elegir el lugar y el momento adecuado considerando el ambiente: el lugar, el ruido que existe, el nivel de intimidad.
- Evitar las generalizaciones: Los términos “siempre” y “nunca”, raras veces son ciertos y tienden a formar etiquetas. Resultan más efectivas expresiones del tipo: “La mayoría de veces”, “En ocasiones”, “Algunas veces”, “Frecuentemente”.

Nuevos medios de comunicación

Los nuevos medios de comunicación, hacen referencia a todas aquellas estructuras de comunicación que se dan en Internet y que caracterizan por su multimedialidad (el mensaje es susceptible de ser construido y transmitido mediante texto, imagen o sonido); actualización (el mensaje es instantáneo, al día); interactividad que implica formas relacionales entre individuos a través de modos de comunicación interactivos: correo electrónico, chat, foros, grupos de noticias, grupos de discusión, etc. (CIES, p. 134)

4.4.5 Comunicación asertiva

La comunicación asertiva es clave para lograr el éxito en la vida. Ser asertivos implica ser firmes en nuestras decisiones sin llegar a la pasividad. Es decir, cuando permitimos que otros decidan por nosotros

Según Aguilar y Vargas (2010) para mejorar la interacción con otras personas simplemente lo que todos debemos aprender son algunas habilidades, por ejemplo:

- Identificar los estilos de comunicación que tenemos
- Identificar nuestros derechos asertivos
- Desarrollar una filosofía racional de la vida
- Aprender algunas habilidades específicas, como las siguientes:

- Defender sus derechos
- Solicitar cambios de conducta a otras personas.
- Pedir favores
- Decir cumplidos
- Decir no
- Dar una queja
- Manejar su comunicación no verbal.
- Iniciar una plática
- Establecer conversaciones
- Interactuar en grupo
- Interactuar con personas de estatus diferentes
- Conseguir amigos
- Discutir y Negociar
- Actuar en un conflicto
- Tomar decisiones
- Separarse de relaciones inadecuadas. (p. 3)

4.5 Adolescencia

Según la OMS (2008), la adolescencia es una etapa de la niñez y la edad adulta que cronológicamente se inicia por los cambios puberales y que se caracteriza por profundas transformaciones biológicas, psicológicas y sociales, muchas de ellas generadoras de crisis, conflictos y contradicciones, pero esencialmente positivos. No es solamente un

periodo de adaptación a los cambios corporales, sino una fase de grandes determinaciones hacia una mayor independencia psicológica y social.

Como lo refieren Pineda y Aliño (año), es difícil establecer límites cronológicos para este periodo; de acuerdo a los conceptos convencionales aceptados por la OMS, la adolescencia es la etapa que transcurre entre los diez a 19 años, considerándose dos fases: la adolescencia de (diez a 14 años) y la adolescencia tardía de (15 a 19 años). (p. 16)

Para Mead (2012) esta etapa no tiene que ser tormentosa y de tensiones, sino que eso se debe a que los jóvenes se tienen que enfrentar con un medio social que se les presenta lleno de limitaciones y los adultos no les proporcionan los instrumentos adecuados para enfrentarlos.

Los cambios físicos que se producen en la pubertad son muy importantes, porque hacen posible la participación de las muchachas y muchachos en las actividades adultas, y porque al ser tan rápidos e inesperados a los ajustes considerables que el medio social puede ser más fácil o difícil (Delval, 2012, párr. 1)

4.5.1 Desarrollo de la adolescencia

La OMS (2019) define la adolescencia como el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los diez y los 19 años. Se trata de una de las etapas de transición más importantes en la vida del ser humano, que se caracteriza por un ritmo acelerado de crecimiento y de cambios, superado únicamente por el que experimentan los lactantes. Esta fase de crecimiento y desarrollo viene condicionada por diversos procesos biológicos. El comienzo de la pubertad marca el pasaje de la niñez a la adolescencia.

Los determinantes biológicos de la adolescencia son prácticamente universales; en cambio, la duración y las características propias de este periodo pueden variar a lo largo del tiempo, entre unas culturas y otras, y dependiendo de los contextos

socioeconómicos. Así, se han registrado durante el pasado siglo muchos cambios en relación con esta etapa vital, en particular el inicio más temprano de la pubertad, la postergación de la edad del matrimonio, la urbanización, la mundialización de la comunicación y la evolución de las actitudes y prácticas sexuales.

En este periodo se van a producir cambios biofisiológicos, psicológicos, intelectuales y sociales que sitúan a cada persona ante una nueva forma de vivenciarse a sí misma y al entorno que le rodea.

4.5.1.1 Cambios biofisiológicos

Cambios masculinos:

- Aparece vello facial (bigote y barba)
- Posible acné (debido a las hormonas)
- La voz falla y se hace más grave
- Los hombros se ensanchan
- Aparece el vello púbico
- Crece el vello en el pecho y la espalda
- El cuerpo transpira más
- Aparece el vello en las axilas
- Los testículos y el pene aumentan de tamaño
- El cabello y la piel se vuelven más grasos
- Aumenta el peso y la altura
- Las manos y los pies aumentan de tamaño
- Aumenta el vello en los brazos
- Crece el vello en las piernas
- Se inicia la capacidad reproductora
- Eyaculación

Cambios femeninos:

- La piel se vuelve más grasa
- Aumenta el peso y la altura
- Aumenta el sudor
- Rostro más lleno
- Posible acné (debido a las hormonas)
- Los brazos engordan
- Aparece el vello en las axilas
- Se destacan los pezones
- Crece el vello púbico
- Los genitales se engrosan y oscurecen
- Aumenta el vello en los brazos
- Los muslos y las nalgas engordan
- Las caderas se ensanchan
- Crece el vello en las piernas
- Se inicia la capacidad reproductora
- Menstruación

4.5.1.2 Cambios psicológicos e intelectuales

- Aparece una mayor curiosidad por conocer el mundo que lo rodea.
- La persona accede a una nueva forma de pensamiento, puede formular hipótesis, razonar acerca de ellas y extraer sus propias conclusiones.
- La persona puede diferenciar lo real de lo posible, comienza a poner en tela de juicio todo aquello que hasta ahora era inamovible. Tiene opiniones propias y críticas sobre el amor, los estudios, los amigos, la familia, etc.
- Piensa sobre sus propios pensamientos, puede orientar su afecto hacia determinadas ideas y valores y comprometerse en algún modo con ellos.

4.5.1.3 Cambios sociales

- Se descubre "lo social", a la persona le importa pertenecer a un grupo y compartir

ideas o gustos. Aparecen cambios en la capacidad de integración social, en el grupo de iguales se conforman una serie de normas y nuevos valores.

-Se sigue formando y consolidando la identidad sexual y afectiva; de un grupo más numeroso como la pandilla se pasa más tarde a la formación de parejas.

-En los últimos años de la adolescencia se puede producir la integración laboral.

-El deseo sexual aparece, de una forma clara, después de la pubertad. La persona se encuentra con la atracción física hacia otra persona, con el deseo de disfrutar de su compañía, con sentimientos, deseos y conductas sexuales que son una novedad. Siente placer sexual consigo mismo y con otras personas. Durante este tiempo se van definiendo la orientación sexual, los gustos y preferencias personales. (Centro de información Juvenil. Ayuntamiento de Murcia, 2019, párr. 15)