



FUNDACIÓN
UNIVERSITARIA

Adolescencia, Sexo y Consumo de Drogas



Una guía para la prevención



Guillermo Alonso Castaño Pérez
Santiago Alberto Morales Mesa
Olber Eduardo Arango Tobón
María Carolina Montoya Montoya
Alexander Rodríguez Bustamante

Ama como quieras, pero seguro



ADOLESCENCIA, SEXO Y CONSUMO DE DROGAS

UNA GUÍA PARA LA PREVENCIÓN

Guillermo Alonso Castaño Pérez

Fundación Universitaria Luis Amigó

Médico, Doctor en Psicología de la Salud,

Magíster en Drogodependencias.

Grupo de Investigación: Farmacodependencia y otras adicciones

Olber Eduardo Arango Tobón

Fundación Universitaria Luis Amigó

Psicólogo, Magíster en Neuropsicología.

Grupo de Investigación: Psicología y salud mental

Santiago Alberto Morales Mesa

Fundación Universitaria Luis Amigó

Sociólogo, Especialista en Trabajo Social Familiar,

Magíster en Salud Pública.

Grupo de Investigación: Laboratorio de Estudios Sociales

María Carolina Montoya Montoya

Fundación Universitaria Luis Amigó

Educadora, Magíster en Educación, Orientación y Consejería.

Grupo de Investigación: Farmacodependencia y otras adicciones

Alexander Rodríguez Bustamante

Fundación Universitaria Luis Amigó

Profesional en Desarrollo Familiar, Especialista en Docencia Investigativa Universitaria, Magíster en Educación y Desarrollo Humano.

Grupo de Investigación: Familia, Desarrollo y Calidad de Vida

362.29 A239

Adolescencia, sexo y consumo de drogas : una guía para la prevención [Recurso electrónico] / Guillermo Alonso Castaño Pérez...[et al.] . -- Medellín : FUNLAM, 2013.

238 p. : il. col.

Texto resultado de la investigación "Consumo de drogas y prácticas sexuales en adolescentes entre los 14 y 17 años de la ciudad de Medellín. 2011".

ABUSO DE DROGAS - INVESTIGACIONES - MEDELLIN; DROGAS Y JOVENES - INVESTIGACIONES - MEDELLIN; SEXUALIDAD EN LOS JOVENES - INVESTIGACIONES - MEDELLIN; IDENTIDAD [PSICOLOGIA] - INVESTIGACIONES - MEDELLIN;

ADOLESCENCIA, SEXO Y CONSUMO DE DROGAS UNA GUÍA PARA LA PREVENCIÓN

© Fundación Universitaria Luis Amigó

Transversal 51A 67 B 90. Medellín, Antioquia, Colombia

Tel: (574) 448 76 66 (Ext. 9711. Departamento de Fondo Editorial)

www.funlam.edu.co - fondoeditorial@funlam.edu.co

ISBN: 978-958-8399-61-4

Fecha de edición: 1 de agosto de 2013

Autores: Guillermo Alonso Castaño Pérez
Olber Eduardo Arango Tobón
Santiago Alberto Morales Mesa
María Carolina Montoya Montoya
Alexander Rodríguez Bustamante

Corrección de estilo: Rodrigo Gómez Rojas

Diagramación y diseño: Arbey David Zuluaga Yarce

Ilustraciones: Kelly Yuranni Valencia Marín
David Alejandro Mejía Buitrago

Edición: Carolina Orrego Moscoso (Departamento Fondo Editorial Funlam)

Hecho en Colombia / Made in Colombia

Texto resultado de la investigación "Consumo de drogas y prácticas sexuales en adolescentes entre los 14 y 17 años de la ciudad de Medellín. 2011". Financiación realizada por la Fundación Universitaria Luis Amigó.

Los autores son moral y legalmente responsables de la información expresada en este libro, así como del respeto a los derechos de autor. Por lo tanto, éstos no comprometen en ningún sentido a la Fundación Universitaria Luis Amigó.

Prohibida la reproducción total o parcial, por cualquier medio o con cualquier propósito, sin autorización escrita de la Fundación Universitaria Luis Amigó.

APORTARON A LA INVESTIGACIÓN

Consumo de drogas y prácticas sexuales en adolescentes entre los 14 y 17 años de la ciudad de Medellín. 2011

Auxiliares de investigación

Verónica María Aristizábal. Estudiante, programa de Psicología. Facultad de Psicología y Ciencias Sociales. Fundación Universitaria Luis Amigó.

Juan Camilo Arias Castrillón. Estudiante, programa de Psicología. Facultad de Psicología y Ciencias Sociales. Fundación Universitaria Luis Amigó.

Sandra Quintero Loaiza. Estudiante, programa de Psicología. Facultad de Psicología y Ciencias Sociales. Fundación Universitaria Luis Amigó.

Felipe Acosta López. Estudiante, programa de Psicología. Facultad de Psicología y Ciencias Sociales. Fundación Universitaria Luis Amigó.

Rosana de Lourdes González Maldonado. Estudiante, especialización en Farmacodependencia. Escuela de Postgrados. Fundación Universitaria Luis Amigó.

Diana Constanza Noreña Espinosa. Estudiante, especialización en Farmacodependencia. Escuela de Postgrados. Fundación Universitaria Luis Amigó.

Análisis de los datos:

Marcela Montoya Jaramillo. Profesional en Administración de Servicios de Salud.

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN

1. Consumo de drogas y prácticas sexuales en adolescentes entre los 14 y 17 años de colegios públicos y privados de la ciudad de Medellín. Investigación	9
1.1 El problema de investigación	9
1.2 Proceso metodológico	14
1.3 Diseño de la muestra	15
1.3.1 Pilotaje del instrumento	17
1.3.2 Validación del instrumento	17
1.4 Trabajo de campo	18
1.4.1 Proceso de recolección de información	18
1.4.2 Procesamiento y análisis de la información cuantitativa	19
1.4.3 Consideraciones éticas	19
1.5 Resultados	20
1.6 Conclusiones	36
1.7 Recomendaciones	38
2. Al encuentro de una sexualidad gratificante y responsable. Manual de prevención	39
2.1 Acerca del manual	39
2.2 Metodología de los talleres	41
2.3 Guía de uso	44
2.3.1 Recomendaciones para la utilización del manual	45
2.4 Talleres	47
2.4.1 La adolescencia y sus transformaciones	47
Taller 1: Adolescencia	47
Taller 2: Un nuevo cuerpo, un nuevo pensamiento y un nuevo comportamiento en el adolescente	51
Taller 3: La sexualidad en el adolescente	55
Taller 4: Identidad y género	59
Taller 5: Los grupos en la vida de un adolescente	64
Taller 6: La cultura y la incidencia en la adolescencia	70
Taller 7: Adolescencia: derechos humanos, sexuales y reproductivos	75
2.4.2 Preparación para sexualidad plena	81
Taller 8: Identidad humana	81
Taller 9: Autoimagen	85
Taller 10: Autoconcepto	89

Taller 11: Autoestima	94
Taller 12: Valores humanos	101
Taller 13: Afectividad	107
Taller 14: Toma de decisiones	114
Taller 15: Solución de conflictos	119
Taller 16: Autocontrol emocional	124
2.4.3 Fortaleciendo la sexualidad	131
Taller 17: Salud sexual y reproductiva	131
Taller 18: Los sistemas reproductivos masculino y femenino	137
Taller 19: Los mitos y las prácticas sexuales	144
Taller 20: Diversidad sexual	151
Taller 21: Fecundación y gestación	155
Taller 22: Sexo drogas e imaginarios	165
2.4.4 Los riesgos de sexo y droga	171
Taller 23: Enfermedades de transmisión sexual	171
Taller 24: Sexo sin drogas sexo con drogas	179
Taller 25: Sexo sin riesgos	185

APÉNDICES

Apéndice A Cuestionario para estudiantes	192
Apéndice B Consentimiento Informado Padres de Familia	200
Apéndice C Consentimiento Informado Alumnos	201
Apéndice D Consentimiento Informado Rectores	203
Apéndice E Métodos anticonceptivos	205
Apéndice F Mitos y tabúes sobre sexualidad	220

REFERENCIAS

LISTA DE TABLAS

INVESTIGACIÓN

Tabla 1.1 Distribución absoluta y porcentual de instituciones educativas y los estudiantes matriculados en los grados 9, 10 y 11. Medellín, 2010	15
Tabla 1.2 Tamaño y estratificación de la muestra de instituciones educativas y estudiantes de los grados 9, 10 y 11 por tipo de institución. Medellín, 2011	16
Tabla 1.3 Distribución porcentual de la muestra de instituciones educativas y estudiantes de los grados 9, 10 y 11 por comuna. Medellín, 2011	17
Tabla 1.4 Distribución absoluta de las encuestas recolectadas por institución educativa. Medellín, 2011	18
Tabla 1.5 Variables socio demográficas	20
Tabla 1.6 Consumo de alcohol y drogas. Prevalencia de vida y en los últimos seis meses	21
Tabla 1.7 Prácticas sexuales en los adolescentes	22
Tabla 1.8 Edad de inicio de las prácticas sexuales	23
Tabla 1.9 Prácticas sexuales por edad de jóvenes entre los 14 y 18 años de edad	24
Tabla 1.10 Personas con quienes han tenido prácticas sexuales los adolescentes	24
Tabla 1.11 Razones de los adolescentes para tener prácticas sexuales	26

Tabla 1.12 Uso de método de protección o anticonceptivo en las prácticas sexuales	25
Tabla 1.13 Métodos anticonceptivos usados por los jóvenes de 14 a 17 años de edad	25
Tabla 1.14 Razones para el no uso de métodos anticonceptivos o de protección en los adolescentes ...	26
Tabla 1.15 Consecuencias por el no uso de métodos anticonceptivos o de protección	26
Tabla 1.16 Drogas utilizadas en las prácticas sexuales	27
Tabla 1.17 Motivos para tener relaciones sexuales bajo el efecto de alcohol o drogas	27
Tabla 1.18 Prácticas sexuales bajo el efecto de alcohol o drogas	28
Tabla 1.19 Tener relaciones sexuales y variables de tipo socio-familiar	29
Tabla 1.20 Tener relaciones sexuales bajo el efecto de alcohol o drogas	30
Tabla 1.21 Tener relaciones sexuales bajo el efecto de alcohol o drogas y variables relacionadas con los grupos	31
Tabla 1.22 Actitudes cognitivas y afectivas frente a las prácticas sexuales bajo el efecto de alcohol o droga en los adolescentes	32
Tabla 1.23 Modelo que explica las relaciones sexuales bajo el efecto de alcohol o drogas y variables psicosociales	36

MANUAL

Tabla 2.1 Manifestaciones de la naturaleza en comparación con vivencias de adolescentes	50
Tabla 2.2 Cambios significativos en mi vida	53
Tabla 2.3 Evolución hacia la adolescencia	53
Tabla 2.4 Sexualidad en las etapas de mi vida	57
Tabla 2.5 Noticias	73
Tabla 2.6 Influencias culturales sobre los adolescentes	74
Tabla 2.7 Aspectos que poseo y que deseo adquirir	93
Tabla 2.8 Ficha de trabajo personal	99
Tabla 2.9 Modelo de toma de decisiones	117
Tabla 2.10 Evocando y reconociendo mis emociones	125
Tabla 2.11 Técnica detención del pensamiento	128
Tabla 2.12 Personajes con los que me identifico	153
Tabla 2.13 Creencias o realidad	169
Tabla 2.14 Sistemas de las infecciones de transmisión sexual	172
Tabla 2.15 Infecciones de transmisión sexual	172
Tabla 2.16 Aplicación de técnica pni en forma individual	181
Tabla 2.17 Aplicación de técnica PNI en forma grupal	181
Tabla 2.18 Evaluación taller sexo sin droga vs sexo con droga	184

INTRODUCCIÓN

La investigación *Consumo de drogas y prácticas sexuales en adolescentes entre los 14 y 17 años de colegios públicos y privados de la ciudad de Medellín en el año 2011*, surgió mediante un diálogo interdisciplinario de la psicología, la sociología, la farmacodependencia, el desarrollo familiar, el trabajo social y la pedagogía reeducativa; con el fin de generar una comprensión y un abordaje integral en la ciudad de Medellín a esta problemática.

Los resultados arrojados por la investigación logran explicar la asociación entre tener prácticas sexuales bajo el efecto de alcohol o las drogas; el riesgo en el que ponen la salud sexual, reproductiva, física y mental de los jóvenes; y las posibles repercusiones en la salud pública.

El estudio se efectuó mediante un enfoque mixto, en el cual se realizaron mediciones de variables socio-demográficos y epidemiológicas, con pretensiones de representatividad estadística para el municipio de Medellín, ya que para el cálculo de la muestra se tuvo en cuenta el total de adolescentes ente los 14 y los 17 años, matriculados en los colegios públicos y privados en el 2010. También tuvo intencionalidad analítica en tanto que se hizo lectura por categorías de los significados que los adolescentes dan al consumo de drogas y las prácticas sexuales bajo sus efectos.

En cuanto a los resultados, se encontraron relaciones y asociaciones significativas entre las variables, consumo de sustancias psicoactivas y prácticas sexua-

les en los adolescentes, y se describieron los factores psicosociales que de una forma directa predisponen al adolescente a realizarlas.

El texto está organizado en dos partes: la primera, da cuenta de la investigación realizada sobre consumo de drogas y prácticas sexuales de los adolescentes de la ciudad de Medellín–Colombia, y la segunda, desarrolla una propuesta de prevención, y está compuesta por un manual didáctico para que los docentes trabajen en el aula de clase con sus estudiantes.

En el apartado relacionado con la investigación se exponen el proceso metodológico implementado en la generación de información y se presentan algunos de los resultados más significativos. En el segundo, se incluye un material didáctico–formativo que puede ayudar a las personas interesadas en la temática adolescencia, sexualidad y drogas, a prevenir problemáticas relacionadas como las infecciones de transmisión sexual, el VIH-SIDA y los embarazos tempranos no deseados.

El manual didáctico para docentes, se diseñó con un carácter preventivo, en el que se abordan todos los temas que los adolescentes deben conocer para desarrollar una sexualidad sana, segura y gratificante.

El material está organizado, a manera de talleres pedagógicos, buscando interactuar con los estudiantes para que obtengan aprendizajes duraderos y significativos.

Cada taller está estructurado mediante un objetivo que busca que el estudiante se empodere de unos conocimientos básicos esenciales y adquiera competencias para el desarrollo de una sexualidad gratificante y segura. Contiene además un breve referente conceptual, que da los elementos teóricos básicos a los docentes para poder manejar con solvencia académica cada una de las sesiones. Viene a continuación el desarrollo de los talleres con los estudiantes, en los que se incluye una fase de sensibilización que busca motivarlos a participar activamente; una fase de profundización donde se trabaja desde las experiencias vividas por los propios estudiantes, en forma grupal y aplicada al tema a desarrollar, con la finalidad de que se logre un aprendizaje significativo y luego se socializan la vivencias y las enseñanzas del trabajo realizado. Una tercera fase del taller incluye que los participantes adquieran públicamente el compromiso de un cambio en sus comportamientos y actitudes, con respecto a su sexualidad y consumo de drogas, los cuales deben materializarse en acciones de su diario vivir; finalmente se evalúa la actividad. En cada taller se incluyen además una serie de referencias bibliográficas y de cibergrafías, donde los docentes podrán profundizar sobre los temas tratados.

1. Consumo de drogas y prácticas sexuales en adolescentes entre los 14 y 17 años de colegios públicos y privados de la ciudad de Medellín.

INVESTIGACIÓN

1.1 El problema de investigación

Comprender las prácticas sexuales de los adolescentes en sus relaciones con los pares, lleva a pensar un poco en cómo ha sido el manejo de la sexualidad en el contexto colombiano y en el contexto local, que al igual que muchos de los países que fueron colonizados por los españoles y por ende con un pensamiento muy permeado por las enseñanzas de la tradición judeo-cristiana han sido marcadas por dos corrientes: la prohibicionista, en la cual el culto al cuerpo es censurado y mal visto y la sexualidad es entendida como la relación genital con el fin de la reproducción y sólo factible mediante la legalización de la convivencia por medio del matrimonio y la segunda que tiene que ver con el disfrute de la sexualidad desde una comprensión más integral, no sólo entendida desde el contacto genital sino desde otras prácticas que permiten el goce, la exploración, sin estar de por medio la reproducción o el vínculo del matrimonio.

Esta última corriente toma fuerza en Colombia a partir de tres situaciones coyunturales que se presentan tanto en lo local como en lo internacional; la primera, está relacionada con la reestructuración que se hace al sistema educativo colombiano y en la cual la educación sexual entra a hacer parte del plan de estudios en las instituciones tanto de básica primaria como de secundaria; la segunda, con las consecuencias que deja el VIH-SIDA, en especial en las mujeres y en la población joven entre los 16 y 24 años; y por último, la aparición de los derechos sexuales y reproductivos, en la cual se da un giro a las prácticas sexuales.

Es de resaltar que estas tres situaciones coyunturales dieron la posibilidad de pasar de un esquema de información, cerrado y censurado, a una forma más abierta y directa, en la cual no sólo es la familia de los jóvenes la encargada de enseñar y de instruir sobre sexualidad, sino la escuela y los entes gubernamentales responsables de la salud pública.

Hablar de sexualidad desde la década de los noventa del siglo pasado, se convirtió en un tema prioritario, en las instituciones educativas y en el medio social, porque las consecuencias de unas prácticas sin la debida información y protección ya mostraban consecuencias nefastas: un alto número de personas jóvenes diagnosticadas con VIH-SIDA o siendo padres y madres sin planearlo y sólo como resultado de una relación de exploración, de experimentación o de curiosidad.

Este cambio de pasar de un paradigma, que consideraba la sexualidad como un tema pecaminoso, donde la familia y la iglesia tenían un papel protagónico y legitimado; a uno más abierto, con varios entes que entran a participar de la formación; genera una relación tensa en la cual los más afectados son los adolescentes, ya que en las instituciones tratan de asumir la Ley de Educación e implementar la cátedra de educación sexual, pero no cuentan con los profesores expertos para tal asignatura y esta es delegada en gran proporción a los docentes del área de religión y valores o a aquellos que necesitaban completar su carga académica, sin la suficiente formación ni preparación para asumir tal reto.

Esta manera de educar, ha hecho también que las familias asuman que las instituciones educativas, con estas nuevas reformas, son las encargadas de la educación sexual de sus hijos, generando despreocupación en gran medida de ésta labor que hasta entonces era complicada y difícil de enseñar, porque muchas veces no se contaba con la formación suficiente para abordar estos temas, que en la mayoría de los casos se había aprendido por medio de la práctica de los grupos de pares con los que se interactuaba.

Este panorama donde los adolescentes no contaban con una formación clara sobre las prácticas sexuales y los riesgos que se corrían, entra a una nueva década en la cual las redes de información materializadas en las redes sociales y móviles, como Facebook y Twitter, se convierten en una alternativa para informarse y poder disfrutar de una forma abierta y directa de la sexualidad, aprendida a través de compartir experiencias con los grupos de amigos y la búsqueda de información en las páginas de internet, las cuales no tienen ningún control y ofrecen más que educación sexual, curiosidad de experimentar las relaciones sexuales.

Con este despertar de la sexualidad desde lo visual, muchos adolescentes independientemente de su condición social, estrato o género, comienzan a establecer relaciones de noviazgo a muy temprana edad y con consentimiento de sus padres, en el que asumen en cierta forma un rol de adulto que les da la posibilidad de realizar algunas prácticas sexuales que van desde las caricias abiertas, la masturbación presencial o por medio de las web cámaras, hasta las relaciones sexuales de orden penetrativo sin la debida protección. (Garita, s.f.)

Son varios los estudios que evidencian los problemas a los que se enfrentan los jóvenes, en relación con el mal manejo de su sexualidad. Para el caso, el estudio de salud sexual y reproductiva en Colombia del año 2005 habla de una tasa de 90 por cada mil de embarazos en la población menor de 20 años, así mismo explica que “la conducta reproductiva de las adolescentes es un tópico de reconocida importancia, no sólo en lo concerniente a embarazos no deseados y abortos, sino también en relación con las consecuencias sociales, económicas y de salud”. (Profamilia, 2005, p. 29).

De otro lado, con los cambios y transformaciones sociales, se comienzan a crear espacios para los jóvenes que les facilita la interacción con los pares, en semejanza con los diseñados para los adultos, como son las discotecas para jóvenes menores de 18 años, las chiquitecas, y las rumbas en establecimientos adecuados para ellos, entre otros, lo que en cierta medida induce al consumo de alcohol y otro tipo de sustancias psicoactivas de fácil camuflaje y que empiezan a hacer parte de la rumba juvenil, en donde bajo el efecto de drogas se asumen comportamientos de riesgo que implican lo sexual.

En Colombia, según el estudio nacional de consumo de sustancias psicoactivas del año 2008, que incluyó 29.164 personas entre los 12 y 65 años de edad, el 20% de los adolescentes (entre 12 y 17 años) había consumido alcohol y el 3,4% drogas ilícitas como la marihuana, la cocaína, la heroína, el LSD, hongos y pegamentos, en el último mes.

El consumo de alcohol y drogas, y la sexualidad en los adolescentes, figuran por tanto en la actualidad como uno de los asuntos con mayor prioridad para la salud pública. La preocupación radica en reducir los riesgos que ocasiona el consumo de las primeras y las consecuencias de prácticas sexuales no seguras en las que las drogas pueden tener mucha incidencia.

En el caso colombiano, son varias las investigaciones sobre prácticas sexuales en adolescentes y sus consecuencias, puede leerse por ejemplo a Navarro y Vargas (2004, pp. 14-24); Toledo, Navas y Pérez (2002, pp. 152-157); López, Vera y Orozco (2001, pp. 32-40); Valencia y Solera (2009); Campo, Ceballos y Heraz (2008, pp. 276-284); Ceballos y Campo (2006, pp. 4-11; 2005, pp. 4-10; 2005, pp. 171-175); Ceballos y Campo (2007, pp. 185-190); Barrios, Berrío y Gómez (2007, pp. 39-45); Castillo, Meneses, et al. (2003, pp. 137-143); y a González (2004, pp. 59-68). Así mismo, concurren estudios de prevalencia del consumo de drogas (Comisión Nacional de Investigación en Drogas, 2001; Ministerio de la Protección Social, Dirección Nacional de Estupefacientes, 2008; Carisma, 2007); pero muy pocos que aborden en conjunto y de manera directa, estas dos situaciones.

No obstante, estudios realizados en otros países sobre el consumo de drogas y prácticas sexuales, han demostrado que esta combinación pone en riesgo la salud sexual y reproductiva, por los comportamientos que puede conllevar el tener varios compañeros sexuales, embarazos no deseados, aumentos en las tasas de abortos, enfermedades de transmisión sexual, VIH-SIDA, entre otros. (Palacios, Bravo y Andrade, 2007; Lomba, Apóstalo y Mendes, 2009; Elliot, Morrison, et al., 1998; Ford y Morris, 1994; Brook, Brook y Montoya, 2002; Calafat, Fernández y Juan, 2001 y Breen, Degenhart, Kinner, et al., 2006).

Un estudio de Palacios, Bravo y Andrade (2007), en un grupo de adolescentes mexicanos, entre 14 y 22 años, determinó que el riesgo de adquirir una Enfermedad de Transmisión Sexual (ETS) o VIH es uno de los mayores e inmediatos riesgos para la salud y el bienestar de los adolescentes.

Una investigación más reciente, realizada por Lomba, Apóstalo y Mendes (2009), en ambientes recreativos nocturnos de Portugal, revela que el consumo de alcohol y drogas provoca cambios en la toma de decisiones sobre relaciones sexuales y se asocia a una mayor probabilidad de practicar conductas sexuales de riesgo. El estudio, mostró que en los últimos 12 meses el 83.3% de los entrevistados había mantenido relaciones sexuales, el 51% había practicado sexo bajo la influencia del alcohol, el 22.9% bajo la influencia de las drogas, y el 46.7% reconocieron que dicha influencia los había llevado a practicar sexo no seguro.

Muchos otros estudios muestran una gran relación entre consumo de drogas y prácticas sexuales de riesgo, como los realizados por Elliot, Morrison, et al. (1998); los de Ford y Morris (1994); Brook, Brook y Montoya (2002); Calafat, Fernández y Juan (2001); y Breen, Degenhart, Kinner, et al. (2006).

También son varios los programas en prevención al consumo de drogas: Habilidades para la vida, Botvin (1995); La aventura de la vida, Edex (2006); Retómenos, SURGIR (2010), y prácticas sexuales de riesgo en adolescentes: Pegándole a lo seguro, Fundación La 14 (s.f.), pero no hay un programa que prevenga esta asociación.

Los adolescentes en Colombia, en edades entre 10 y 19 años representan el 20,3% de la población total según la Encuesta Nacional de Demografía y Salud, ENDS (2005). El 19% de mujeres entre 15 y 19 años, ya es madre o está embarazada de su primer hijo (ENDS, 2010). De otro lado El VIH-SIDA y las Infecciones de Transmisión Sexual, ITS, en Colombia afectan a la población joven y sexualmente activa, por tanto, en este grupo de edad se tienen que desarrollar intervenciones enérgicas, orientadas hacia el cambio de comportamiento de prácticas sexuales inseguras, pues carecen de información y tienen poca percepción del riesgo (Navarro y Vargas, 2003, pp. 14-24).

Ante este panorama y la falta de estudios y de programas de prevención en Colombia, que aborden tanto el consumo de drogas como las prácticas sexuales bajo sus efectos, se posibilitó el desarrollo de esta investigación a partir de los siguientes interrogantes:

¿Qué relación existe entre el uso de las sustancias psicoactivas en las prácticas sexuales de los adolescentes de la ciudad de Medellín?

¿Qué consecuencias trae el uso de las sustancias psicoactivas en las prácticas sexuales de los adolescentes de la ciudad de Medellín?

¿Qué factores psicosociales predisponen al adolescente a realizar prácticas sexuales bajo los efectos de sustancias psicoactivas?

¿Qué tipo de sustancias psicoactivas están más relacionadas con las prácticas sexuales de los adolescentes en la ciudad de Medellín?

¿Qué lineamientos se podrían plantear para el diseño y ejecución de programas de orientación de sexualidad en adolescentes y de prevención frente al uso de sustancias psicoactivas y prácticas sexuales a partir de las nuevas perspectivas de derechos sexuales y reproductivos?

Coherentes con esas preguntas de investigación se implementaron los siguientes objetivos:

Objetivo General

Analizar la relación existente entre el uso de sustancias psicoactivas y las prácticas sexuales de los adolescentes de la ciudad de Medellín a partir de factores psicosociales que pueden incidir en ello, con el fin de presentar lineamientos que aporten al diseño de programas de promoción, prevención e intervención acordes con las nuevas aproximaciones teóricas y contextuales de una sexualidad responsable.

Objetivos Específicos

- Identificar la asociación existente entre el uso de las sustancias psicoactivas y las prácticas sexuales de los adolescentes de la ciudad de Medellín.
- Caracterizar los factores psicosociales que predisponen al adolescente a realizar prácticas sexuales bajo los efectos de sustancias psicoactivas.
- Evidenciar el tipo de sustancias psicoactivas relacionadas con las prácticas sexuales de los adolescentes en la ciudad de Medellín.
- Indagar por las consecuencias a que se ven abocados los adolescentes cuando realizan prácticas sexuales bajo los efectos de sustancias psicoactivas.
- Determinar cuáles son las actitudes cognitivas y afectivas que los adolescentes expresan frente al uso de sustancias psicoactivas y las prácticas sexuales.
- Presentar lineamientos para el diseño y ejecución de programas de orientación sexual en la adolescencia y de prevención frente a la problemática causada por el uso de sustancias psicoactivas y prácticas sexuales inadecuadas.

1.2 Proceso metodológico

A través de una metodología mixta, se realizó el estudio con un alcance descriptivo, relacional y analítico de tipo transversal, pues se acercó a la realidad en un lugar y tiempo determinado.

Se hicieron mediciones de variables epidemiológicas, con pretensiones de representatividad estadística para el municipio de Medellín, porque abarcó el total de adolescentes ente los 14 y los 17 años, matriculados en los colegios públicos y privados de la ciudad.

Para dar cuenta de los datos cuantitativos, se utilizó un *cuestionario estructurado* (ver apéndice A. Cuestionario para estudiantes). Para su construcción, se consultaron formatos estandarizados y validados para el medio, en estudios epidemiológicos de trabajos similares como los de Santana, Verdeja, Ovies y Fleitas, 2006; Gonçalves, Castell y Carlotto, 2007; Bayona, Hurtado Ruiz, Hoyos y Gantiva, 2005; en el que se incluyeron las siguientes variables:

- Características socio-demográficas de la muestra: edad, género, grado de escolaridad, estrato socio-económico, conformación familiar, personas encargadas de la crianza, relaciones, comunicación y normas en la familia, antecedentes familiares de consumo problemático de alcohol, consumo de drogas, violencia intrafamiliar, embarazos en adolescentes, abuso sexual y promiscuidad.
- Sexualidad y conductas sexuales: edad de inicio de la actividad sexual, tipo de prácticas, uso de condones, métodos de control de natalidad y relaciones sexuales bajo la influencia del alcohol o las drogas.
- Consumo de alcohol y drogas: consumo y la edad de inicio en el alcohol y las drogas, sustancias más utilizadas, las prevalencias de vida y en los últimos 6 meses (alcohol, marihuana, cocaína, éxtasis, popper, heroína, Ketamina, 2-CB o Venus, tranquilizantes-sedantes).
- Consecuencias: Enfermedades de Transmisión Sexual, ETS, VIH, embarazos.
- Factores Psicosociales que predisponen al adolescente a realizar prácticas sexuales bajo los efectos de sustancias psicoactivas (creencias, mitos, expectativas, motivaciones, formación, influencia de pares, percepción del riesgo).

Para ampliar la información cuantitativa se realizaron cuatro talleres con 143 estudiantes de colegios tanto públicos como privados de diferentes sectores de la ciudad, en los cuales se indagó por las razones, motivos o circunstancias que llevaban a los adolescentes a tener prácticas sexuales bajo los efectos de drogas o alcohol, las consecuencias que se generan, los temas que deben saber sobre prácticas sexuales y consumo de drogas o alcohol y las metodologías que se pueden utilizar para trabajar la prevención. La técnica utilizada fue la del árbol de problemas de Chevalier (2004), mediante la cual se analizan las causas y efectos, de un primero y segundo nivel de un

problema determinado. Finalmente se realizó un taller con expertos. Para ello se reunió un grupo de ocho especialistas en adolescencia, drogodependencia y sexualidad, con el fin de validar los hallazgos, discutirlos, ampliarlos y definir lineamientos para el diseño y ejecución de programas de prevención relacionadas con las prácticas sexuales de riesgo, asociadas al consumo de sustancias psicoactivas.

A este grupo profesional también se les pidió que dieran orientaciones para la elaboración del material didáctico que facilitara el trabajo de formación para una sexualidad responsable en los adolescentes.

1.3 Diseño de la muestra

La población objeto estuvo conformada por 91.857 estudiantes que estaban matriculados en los grados 9, 10 y 11, en las instituciones educativas de la ciudad de Medellín para año 2010, según los datos suministrados por la Secretaría de Educación del Municipio (ver tabla 1.1).

Tabla 1.1 Distribución absoluta y porcentual de instituciones educativas y los estudiantes matriculados en los grados 9, 10 y 11. Medellín, 2010

Tipo de colegio		Colegios	Estudiantes			Total Estudiantes
			Grado 9	Grado 10	Grado 11	
Privado	Nro.	337	5.828	5.601	5.239	16.668
	%	51,9	16,9	18,1	19,9	18,1
Público	Nro.	312	28.692	25.362	21.135	75.189
	%	48,1	83,1	81,9	80,1	81,9
Total	Nro.	649	34.520	30.963	26.374	91.857
	%	100	37,6	33,7	28,7	100

Fuente: encuestas realizadas a las instituciones educativas del Municipio de Medellín, durante el proceso investigativo "Consumo de drogas y prácticas sexuales en adolescentes entre los 14 y 17 años de la ciudad de Medellín, 2011".

Sistematización de los datos: Marcela Montoya Jaramillo, profesional en Administración de Servicios de Salud (2011).

Para la estimación del tamaño muestral se plantearon dos escenarios, uno (22,5%) con la prevalencia de haber tenido relaciones sexuales reportada por Campo, Ceballos y Herazo (2008, pp. 276-284), y otro (66,1%) con la prevalencia de consumo de alcohol en población escolarizada, según una investigación realizada en Medellín en el año 2007.

Los tamaños de la muestra se calcularon en el programa Epidat 3,1 con la opción tamaño de muestra para estimación de una proporción poblacional, en la cual se incluyeron los siguientes parámetros: tamaño poblacional 91.857 estudiantes; proporción esperada de consumo de licor 66,1% y proporción esperada de relaciones sexuales 22,5%; nivel de confianza 95%, y se calcularon sin efecto de diseño de 1,0 y con un efecto de diseño de 1,5.

Se realizó un muestreo probabilístico, por conglomerado, bietápico y estratificado donde todos los matriculados en las instituciones educativas de la ciudad tenían probabilidad de ser seleccionados.

En total se requería información de 11 colegios para recolectar 570 encuestas necesarias para la muestra; sin embargo, asumiendo que era posible encontrar colegios con sólo algunos de los grados seleccionados, se incluyeron un total de 14 colegios, distribuidos en 4 privados y 10 públicos.

Se estimó encontrar un mínimo de 30 estudiantes por colegio en las instituciones privadas y 60 en las públicas, valores con los cuales se pretendía recolectar 103 y 467 estudiantes, respectivamente (ver tabla 1.2). No obstante, al encontrar grupos más numerosos se aplicó la encuesta al total de estudiantes, lo cual ocasionó un aumento de la muestra a 955; vale la pena destacar que al tener los 570 requeridos, se cumpliría con lo necesario bajo los parámetros establecidos.

Tabla 1.2 *Tamaño y estratificación de la muestra de instituciones educativas y estudiantes de los grados 9, 10 y 11 por tipo de institución, Medellín, 2011*

Tipo de colegio		Colegios	Estudiantes			Total
			Grado 9	Grado 10	Grado 11	
Privado	N *	3	36	35	33	103
	Est/colegio		10	10	10	30
	N ampliada	4	44	44	44	133
Público	N	8	178	157	131	467
	Est/colegio		20	20	20	60
	N ampliada	10	196	196	196	587
Total	Nro.	11	214	192	164	570
	N ampliada	14	240	240	240	720

Fuente: encuestas realizadas a las instituciones educativas del Municipio de Medellín, durante el proceso investigativo “Consumo de drogas y prácticas sexuales en adolescentes entre los 14 y 17 años de la ciudad de Medellín, 2011”.

Sistematización de los datos: Marcela Montoya Jaramillo, profesional en Administración de Servicios de Salud (2011).

Posterior a la estratificación por tipos de institución y grado que cursa el estudiante, se distribuyó la selección de la muestra en las comunas, teniendo en cuenta el núcleo educativo al cual correspondía la institución, para ello se aplicó un porcentaje de 2% al número de colegios de cada comuna y se obtuvo el total esperado de 14 colegios (ver tabla 1.3).

Tabla 1.3 Distribución porcentual de la muestra de instituciones educativas y estudiantes de los grados 9, 10 y 11 por comuna. Medellín, 2011

Comuna	Nro. de Colegios	% de Colegios	Estudiantes	% de Estudiantes	Colegios a seleccionar
1	30	4,6	4.693	5,1	1
2	12	1,8	3.378	3,7	0
3	32	4,9	5.240	5,7	1
4	41	6,3	6.234	6,8	1
5	37	5,7	5.602	6,1	1
6	28	4,3	5.236	5,7	1
7	51	7,9	7.581	8,3	1
8	19	2,9	5.108	5,6	0
9	48	7,4	6.209	6,8	1
10	60	9,2	6.166	6,7	1
11	21	3,2	3.879	4,2	0
12	89	13,7	10.114	11,0	2
13	23	3,5	2.383	2,6	1
14	34	5,2	5.536	6,0	1
15	18	2,8	2.552	2,8	0
16	53	8,2	6.669	7,3	1
Corregimientos	53	8,2	5.277	5,7	1
TOTAL	1.947	100	91.857	100	14

Fuente: encuestas realizadas a las instituciones educativas del Municipio de Medellín, durante el proceso investigativo "Consumo de drogas y prácticas sexuales en adolescentes entre los 14 y 17 años de la ciudad de Medellín, 2011".

Sistematización de los datos: Marcela Montoya Jaramillo, profesional en Administración de Servicios de Salud (2011).

Las instituciones educativas se eligieron aleatoriamente y en ellas se tomaron 3 grupos, igualmente seleccionados en forma aleatoria, cuando se encontraron más de un grupo por grado de formación. Para ello se utilizó un listado de instituciones educativas brindado por la Secretaría de Educación de Medellín, que tenía los grados 9, 10 y 11, y se seleccionaron las instituciones con el programa SPSS versión 18.0, teniendo en cuenta todos los parámetros anteriormente descritos.

1.3.1 Pilotaje del instrumento.

En la construcción del instrumento se realizaron dos pilotajes, con un total de 115 estudiantes de los grados 9, 10 y 11 de tres colegios, uno privado y dos públicos que permitieron filtrar y validar los diferentes ítems. Además de depurar el instrumento en cuanto al número de ítems y variables que se querían estudiar, se buscó dar cuenta de la comprensión de las preguntas por parte de los jóvenes, sus reacciones al responderlo, organizar de la manera más conveniente cada uno de sus apartados con el fin de que fuera más claro y ágil a la hora de responderlo y el tiempo promedio que tomaba en completarse.

1.3.2 Validación del instrumento.

Para la validación del instrumento se realizaron dos tipos de análisis: el de validación de contenido y el análisis de fiabilidad. En la primera, que se desarrolló por el equipo de trabajo, se discutió cada una de las variables del instrumento, y con base en las discusiones y análisis desde las diferentes disciplinas, se modificó el instrumento hasta llegar a un acuerdo del contenido final.

Para la validación estadística, se calculó el Alfa de Cronbach, índice de consistencia interna del instrumento, que dio cuenta de su confiabilidad con base en las mediciones de los parámetros a evaluar. Los resultados de este ejercicio reportan α de cronbach por encima de 0,8 para los principales factores nominales del instrumento, cuyo valor próximo a 1, lo cual significa una alta validez interna y consistencia de éste, y que por tanto, si se reproduce en otras poblaciones, tendría resultados similares, garantizando así la validez de la medición.

1.4 Trabajo de campo

1.4.1 Proceso de recolección de información.

La recolección de la información se realizó por parte de los investigadores, teniendo como base la muestra calculada y las instituciones educativas seleccionadas, como se muestran a continuación. En total se recogieron 955 encuestas distribuidas en 10 instituciones públicas y 4 privadas, de las cuales se tomaron 651 y 304 encuestas respectivamente, correspondientes al mismo número de estudiantes (ver tabla 1.4).

Tabla 1.4 Distribución absoluta de las encuestas recolectadas por institución educativa. Medellín, 2011

Tipo de colegio	Nombre	Número de encuestas
Instituciones públicas	Colegio 1	42
	Colegio 2	74
	Colegio 3	49
	Colegio 4	74
	Colegio 5	160
	Colegio 6	18
	Colegio 7	83
	Colegio 9	52
	Colegio 10	99
	Subtotal instituciones públicas	
Instituciones privadas	Colegio 1	78
	Colegio 2	46
	Colegio 3	81
	Colegio 4	99
Subtotal instituciones privadas		304
Total general		955

Fuente: encuestas realizadas a las instituciones educativas del Municipio de Medellín, durante el proceso investigativo “Consumo de drogas y prácticas sexuales en adolescentes entre los 14 y 17 años de la ciudad de Medellín. 2011”.

Sistematización de los datos: Marcela Montoya Jaramillo, profesional en Administración de Servicios de Salud (2011).

1.4.2 Procesamiento y análisis de la información cuantitativa.

Para el caso de los cuestionarios, se realizó una revisión crítica para depurar la información que no comportara la total calidad. Posteriormente se codificó y tabuló la información en hojas de cálculo de Excel y para el análisis de la información se utilizó SPSS versión 18.0. Se realizaron distribuciones de frecuencias y mediciones simples de las estadísticas básicas y análisis univariado, bivariado y multivariado.

1.4.3 Consideraciones éticas.

Las consideraciones éticas que guiaron el desarrollo de este proyecto son coherentes con la Declaración de Helsinki y la Resolución No. 008430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia, por tanto, se buscó garantizar:

- El cumplimiento de los principios de beneficencia y no maleficencia, autonomía y justicia.
- La confidencialidad de la información suministrada por los participantes y la toma de las medidas tendientes a cumplir con este aspecto, por parte de las personas que puedan conocer de ella en las diferentes etapas de la investigación.
- La solicitud de consentimiento informado a los participantes del estudio.

Para cumplir con las condiciones mencionadas, en la ejecución de la investigación se desarrollaron las siguientes acciones:

Información: a las personas participantes se les leyó e hizo entrega de un documento que contenía la descripción de la investigación, sus objetivos, su duración, los usos que se le pretenden dar a la información y los mecanismos que garantizan la confidencialidad de la información que el sujeto proporciona. Este documento incluyó datos sobre los investigadores y su ubicación en caso de que los sujetos lo consideraran necesario. Adicionalmente, el personal que administró las encuestas estaba en capacidad de responder preguntas relacionadas con el desarrollo de la investigación, para lo cual se programó el correspondiente periodo de capacitación y actividades de reentrenamiento.

Garantía de Confidencialidad: cada uno de los miembros del grupo de personas que participó en el estudio, firmó un documento conjuntamente con los investigadores, en el cual quedó establecido su compromiso de acatar los principios éticos definidos en el protocolo. Los aspectos éticos hicieron parte de la capacitación programada con dicho personal. Por otro lado, no se almacenó información sobre identificación personal de los encuestados en los archivos electrónicos.

Consentimiento Informado: la información de los cuestionarios se recogió con criterios de confidencialidad y voluntariedad, previa autorización por parte del rector de la institución y los respectivos docentes, así como el consentimiento informado de los estudiantes y de sus padres en caso de que fueran menores de edad, procedimiento éste que fue realizado directamente por los investigadores (Ver apéndices B, C y D).

Se procedió a realizar la prueba una vez se estuvo seguros de que el participante tenía claro el significado del estudio y su participación en el mismo. El participante de la investigación tenía claro todo el tiempo, que podía abandonar la investigación en cualquier momento, sin que por ello se tomaran represarias, personales o institucionales contra él. A los sujetos de la investigación, se le socializaron los resultados y las conclusiones de ésta de manera oportuna.

El uso del material bibliográfico utilizado en la investigación, se hizo bajo los parámetros legales de utilización suministrado por las normas legales y por las consideraciones éticas sugeridas para este fin. Se respetaron los derechos de autor, y se reconoció y valoró las construcciones teóricas de otros colegas e instituciones que hayan trabajado el tema.

1.5 Resultados

Se describen a continuación los datos más relevantes de la investigación:

- **Aspectos socio demográficos**

La muestra final quedó constituida por 955 estudiantes, el 54,8% hombres y el 45,2% mujeres, con edades comprendidas entre los 14 y los 18 años, la mayoría entre los 15 y los 16 años, donde se encontraba 62,7% de la población; un mayor número en estratos socioeconómicos bajos, 1, 2 y 3 (69,43%), y de colegios públicos (68,9%) y matriculados en los grados 9 (33,3%), 10 (29,3%) y 11 (30,4%), respectivamente (ver tabla 1.5).

Tabla 1.5 Variables demográficas (n= 955)

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Género		
Hombre	523	54,8%
Mujer	432	45,2%
Edad		
14	210	22,0%
15	272	28,5%
16	327	34,2%
17	135	14,1%
18	7	0,7%
	Sin dato (4)	Sin dato (0,4%)
Estrato socioeconómico		
1, 2, 3	663	69,42%
4, 5, 6	273	28,58%
	Sin dato (19)	2,0%
Tipo de institución educativa		
Pública	658	68,9%
Privada	287	30,1%
	Sin dato (10)	1,0%
Grado que cursan		
8	59	6,2%
9	318	33,3%
10	280	29,3%
11°	290	30,4%
	Sin dato (8)	0,8%

Fuente: encuestas realizadas a las instituciones educativas del Municipio de Medellín, durante el proceso investigativo “Consumo de drogas y prácticas sexuales en adolescentes entre los 14 y 17 años de la ciudad de Medellín. 2011”.

Sistematización de los datos: Marcela Montoya Jaramillo, profesional en Administración de Servicios de Salud (2011).

- **Consumo de alcohol y drogas**

De los 955 estudiantes incluidos en la muestra, 748 (78,3%) de ellos, ha consumido drogas. Las sustancias más consumidas son el alcohol, la marihuana y la cocaína con una prevalencia de vida de 28,9%, 18,1% y 5,9% respectivamente, y una prevalencia en los últimos seis meses de 47,2% para alcohol, 13,4% marihuana y 3% cocaína. Con prevalencias más bajas y en los últimos seis meses y con porcentajes por encima del 1%, aparecen los inhalantes con el 1,9%; Benzodiazepinas 1,7% y LSD con el 1,6%. Por debajo del 1% y con prevalencia de consumo también en los últimos 6 meses aparecen, pasta básica de cocaína, éxtasis, HGB, Ketamina, 2CB, Metanfetamina (Cristal), Heroína, hongos y cacao sabanero (Tabla 1.7). Las mezclas son frecuentes en el 10,8% de los consumidores y las sustancias más frecuentemente mezcladas son el alcohol, la marihuana, la cocaína y las drogas de síntesis (ver tabla 1.6).

Tabla 1.6 Prevalencias del consumo de alcohol y drogas. (n= 748)

Sustancia	Nunca		Prevalencia / vida		Prevalencia / Seis meses	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Alcohol	21	2,2%	276	28,9%	451	47,2%
Marihuana-cripa	447	46,8%	173	18,1%	128	13,4%
Cocaína	663	69,4%	56	5,9%	29	3,0%
Basuco	730	76,4%	12	1,3%	6	0,6%
Éxtasis	701	73,4%	39	4,1%	8	0,8%
Éxtasis líquido (GHB)	726	76,0%	17	1,8%	5	0,5%
Benzodiazepinas	692	72,5%	40	4,2%	16	1,7%
Inhalantes (boxer-sacol)	689	72,1%	41	4,3%	18	1,9%
Popper	642	67,2%	86	9,0%	20	2,1%
Ketamina	736	77,1%	9	0,9%	3	0,3%
2CB	740	77,5%	6	0,65	2	0,2%
Metanfetamina (cristal)	733	76,8%	13%	1,4%	2	0,2%
Heroína	734	76,9%	10	1,0%	4	0,4%
LSD	691	72,4%	42	4,4%	15	1,6%
Hongos	696	72,9%	46	4,8%	6	0,6%
Cacao sabanero	723	75,7%	20	2,1%	5	0,5%

Fuente: encuestas realizadas a las instituciones educativas del Municipio de Medellín, durante el proceso investigativo "Consumo de drogas y prácticas sexuales en adolescentes entre los 14 y 17 años de la ciudad de Medellín. 2011".

Sistematización de los datos: Marcela Montoya Jaramillo, profesional en Administración de Servicios de Salud (2011).

- **Prácticas sexuales**

En la tabla 1.7, se describen las frecuencias y porcentajes de los adolescentes que han tenido prácticas sexuales, las edades de inicio y si las han tenido bajo efecto de alcohol o drogas. Entre los 955 encuestados, 561 estudiantes (58,7%) han tenido prácticas sexuales. De estos el 43,67% (245) las ha tenido bajo efectos de alcohol o drogas.

Tabla 1.7 Prácticas sexuales en los adolescentes (n=955)

Respuestas	Prácticas sexuales	
	Frecuencia	Porcentaje
Si	561	58,7%
No	394	41,3%
Sin dato	0	0%
Respuestas	Prácticas sexuales bajo efectos del alcohol o drogas	
	Frecuencia	Porcentaje
Si	245	43,67%
No	249	44,38%
Sin dato	67	11,9%

Fuente: encuestas realizadas a las instituciones educativas del Municipio de Medellín, durante el proceso investigativo “Consumo de drogas y prácticas sexuales en adolescentes entre los 14 y 17 años de la ciudad de Medellín. 2011”.

Sistematización de los datos: Marcela Montoya Jaramillo, profesional en Administración de Servicios de Salud (2011).

- **Edad de inicio en las prácticas sexuales**

Entre los que han tenido prácticas sexuales (n= 561) la edad de inicio que aparece con mayor frecuencia es los 14 años, seguida por los jóvenes de 15 y 13 años de edad. Es interesante anotar que se identificó un porcentaje bajo de relaciones sexuales iniciadas desde los 6 años de edad 0.2% (ver tabla 1.8).

Tabla 1.8 Edad de inicio de las prácticas sexuales (n=955)

Edad	Frecuencia	Porcentaje	
6	2	0,2%	
7	3	0,3%	
8	8	0,8%	
9	7	0,7%	
10	14	1,5%	
11	22	2,3%	
12	40	4,2%	
13	92	9,6%	
14	146	15,3%	
15	122	12,8%	
16	44	4,6%	
17	4	0,4%	
Total	504	52,4%	
Perdidos	No aplica	394	41,3%
	No respuesta	57	6,0%
	Total	451	47,2%
Total	955	100%	

Fuente: encuestas realizadas a las instituciones educativas del Municipio de Medellín, durante el proceso investigativo “Consumo de drogas y prácticas sexuales en adolescentes entre los 14 y 17 años de la ciudad de Medellín. 2011”.

Sistematización de los datos: Marcela Montoya Jaramillo, profesional en Administración de Servicios de Salud (2011).

- **Tipo de prácticas sexuales**

Las prácticas sexuales más comunes entre los jóvenes son las exploratorias que incluyen el bluiyneo y las caricias (82,53%), le siguen las relaciones sexuales con penetración vaginal (74,86%), el sexo oral (51,51%), la masturbación (40,81%), sexo anal (13,72%). Los 16 años es la edad donde se encuentra la mayor frecuencia de prácticas sexuales de todo tipo, seguido por los jóvenes de 15 y 13 años. Llama la atención que a pesar de las edades, los estudiantes hayan experimentado prácticas sexuales grupales en tríos y orgías.

Tabla 1.9. Prácticas sexuales por edad de jóvenes entre los 14 y 18 años de edad

Tipo de práctica sexual	Edades					Total
	14	15	16	17	18	
Exploratorias (bluiyneo, manoseo, caricias)	75 16,2%	127 27,4%	173 37,4%	83 17,9%	5 1,1%	463 82,53%
Vaginal	59 14%	112 26,7%	161 38,3%	82 19,5%	6 1,4%	420 74,86%
Anal	15 19,5%	21 27,3%	25 32,5%	14 18,2%	2 2,6%	77 13,72%
Sexo oral	44 15,2%	72 24,9%	111 38,4%	59 20,4%	3 1%	289 51,51%
Cibersexo, chat, uso de cámara web	17 24,3%	18 25,7%	25 35,7%	9 12,9%	1 1,4%	70 12,47%
Juguetes eróticos	3 7,1%	10 23,8%	18 4,29%	10 23,8%	1 2,4%	42 7,48%
Masturbación	35 15,3%	62 27,1%	88 38,4%	43 18,8%	1 0,4%	229 40,81%
Tríos	6 13%	11 23,9%	20 43,5%	9 19,6%	0	46 8,19%
Orgias	8 30,8%	7 26,9%	9 34,6%	1 3,8%	1 3,8%	26 4,6%

Fuente: encuestas realizadas a las instituciones educativas del Municipio de Medellín, durante el proceso investigativo "Consumo de drogas y prácticas sexuales en adolescentes entre los 14 y 17 años de la ciudad de Medellín. 2011".

Sistematización de los datos: Marcela Montoya Jaramillo, profesional en Administración de Servicios de Salud (2011).

- **Con quién tiene las prácticas sexuales**

En la tabla 1.10, se observa un bajo pero significativo porcentaje de adolescentes (4,9%) que han realizado prácticas sexuales con extraños, lo cual evidencia como ellos en las exploraciones sexuales que llevan a cabo no tienen cuidados en el momento de elegir con quien estar, lo que puede generar riesgos de ITS, maltratos, entre otros. La mayoría de adolescentes (38,4%) tiene prácticas sexuales con su pareja.

Tabla 1.10 *Personas con quien han tenido prácticas sexuales los adolescentes*

Respuesta	Pareja		Amigo		Extraño	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Sí	367	38,4	258	27	47	4,9
No	194	20,3	303	31,7	514	53,8
Total	561	58,7	561	58,7	561	58,7
No aplica	394	41,3	394	41,3	394	41,3
Total	955	100	955	100	955	100

Fuente: encuestas realizadas a las instituciones educativas del Municipio de Medellín, durante el proceso investigativo “Consumo de drogas y prácticas sexuales en adolescentes entre los 14 y 17 años de la ciudad de Medellín. 2011”.

Sistematización de los datos: Marcela Montoya Jaramillo, profesional en Administración de Servicios de Salud (2011).

- **Razones para tener prácticas sexuales**

Del total de la muestra (n= 955), sólo 561 dicen haber tenido prácticas sexuales y la razón más frecuente para realizarla fue el placer (41,5%), seguido del argumento de estar enamorado (36,4%). Un porcentaje bajo, pero significativo, dijo haber tenido la práctica sexual porque había bebido (9,1%) o había estado bajo efectos de alguna droga (3%). Este mismo porcentaje lo ha hecho por dinero (ver tabla 1.11).

Tabla 1.11 *Razones de los adolescentes para tener prácticas sexuales*

Razones	Frecuencia	Porcentaje
Estaba enamorado (a)	348	36,4%
Por placer	396	41,5%
Mi pareja quería	228	23,9%
Mis compañeros ya tenían experiencia y yo no	61	6,4%
Tenía curiosidad	245	25,7%
Había bebido	51	9,1%
Estaba bajo el efecto de alguna droga	17	3%
Me obligaron	10	1,8%
Por dinero	17	3%

Fuente: Encuestas realizadas a las instituciones educativas del Municipio de Medellín, durante el proceso investigativo “Consumo de drogas y prácticas sexuales en adolescentes entre los 14 y 17 años de la ciudad de Medellín. 2011”.

Sistematización de los datos: Marcela Montoya Jaramillo, profesional en Administración de Servicios de Salud (2011).

- **Uso de métodos de protección**

470 adolescentes de los 561, que han tenido prácticas sexuales, han usado métodos de protección o planificación. El condón es el método anticonceptivo más utilizado por los jóvenes, siempre (27,5%) y algunas veces (17,6%); seguido del método de la marcha atrás (eyacular por fuera), siempre (8,1%) y algunas veces (10,7%) y la píldora o anticonceptivos orales, siempre (6,3%) y algunas veces (8,3%). La marcha atrás, método muy inseguro, es usado por los adolescentes de esta muestra, siempre (8,1%) y algunas veces (10,7%). Llama la atención el uso de la pastilla del día después, siempre (6,1%) y algunas veces (4,9%). (ver tablas 1.12 y 1.13).

Tabla 1.12 ¿Ha usado algún tipo de protección o método anticonceptivo en las prácticas sexuales?

Uso de algún tipo de protección o método anticonceptivo en las prácticas sexuales	Frecuencia	Porcentaje
Respuesta		
Sí	470	83,77
No	91	16,22
Total	561	100

Fuente: encuestas realizadas a las instituciones educativas del Municipio de Medellín, durante el proceso investigativo “Consumo de drogas y prácticas sexuales en adolescentes entre los 14 y 17 años de la ciudad de Medellín. 2011”.

Sistematización de los datos: Marcela Montoya Jaramillo, profesional en Administración de Servicios de Salud (2011).

Tabla 1.13 Métodos anticonceptivos usados por los jóvenes de 14 a 17 años de edad (n=470, equivale a los que han usado métodos anticonceptivos)

Método anticonceptivo	Respuestas		
	Siempre	Algunas veces	Nunca
Condón	263 27,5%	168 17,6%	39 4,1%
Píldora o anticonceptivos orales	60 6,3%	79 8,3%	331 34,7%
Marcha atrás	77 8,1%	102 10,7%	291 30,5%
Inyección	41 4,3%	39 4,1%	390 40,8%
Cremas/geles	21 2,2%	31 3,2%	418 43,8%
Píldora del día después	56 6,1%	47 4,9%	365 38,2%
Dispositivo	34 3,6%	36 3,8%	400 41,9%
Otro	26 2,7%	9 0,9%	435 45,5%

Fuente: encuestas realizadas a las instituciones educativas del Municipio de Medellín, durante el proceso investigativo “Consumo de drogas y prácticas sexuales en adolescentes entre los 14 y 17 años de la ciudad de Medellín. 2011”.

Sistematización de los datos: Marcela Montoya Jaramillo, profesional en Administración de Servicios de Salud (2011).

• Razones para no usar métodos de protección o anticonceptivos

Las razones más significativas que los adolescentes dicen para no usar métodos anticonceptivos o de protección son: el tener una práctica sexual inesperada (9,44%), no tener a la mano el método de anticoncepción o de protección (7,48%); tenerle mucha confianza a su pareja (7,30%) y el hecho de tener una pareja sexual estable (6,59%); se le olvida utilizarlos (5,52%), falta de información para usarlos (2,13%). Llama la atención que 146 adolescentes respondieron que estar bajo efecto de alcohol o drogas no es una razón para no protegerse (ver tabla 1.14).

Tabla 1.14 Razones para el no uso de métodos anticonceptivos o de protección en los adolescentes. (n= 561)

Razones	Sí		No	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Ha tenido relaciones con una pareja estable	37	6,59%	87	15,50%
Mi pareja es de mucha confianza	41	7,30%	83	14,79%
Me lo prohíben mis creencias	3	0,5%	121	21,56%
Todos me caen y me sientan mal	1	0,17%	123	21,92%
Deseo tener un hijo	2	0,35%	122	21,74%
Me dan miedo los efectos secundarios	10	1,78%	136	24,24%
Me falta información para usarlos	12	2,13%	134	23,88%
Me resulta muy difícil conseguirlos	7	1,24%	139	24,77%
Mi pareja no quiere usarlos	8	1,42%	138	24,59%
Se me olvida utilizarlos	31	5,52%	115	20,49%
Estaba demasiado borracho o drogado	-	0%	146	26,02%
La relación fue inesperada	53	9,44%	93	16,57%
No lo tenía a la mano	42	7,48%	104	18,53%

Fuente: encuestas realizadas a las instituciones educativas del Municipio de Medellín, durante el proceso investigativo "Consumo de drogas y prácticas sexuales en adolescentes entre los 14 y 17 años de la ciudad de Medellín. 2011".

Sistematización de los datos: Marcela Montoya Jaramillo, profesional en Administración de Servicios de Salud (2011).

- **Consecuencias por no usar métodos de protección o planificación**

Entre los adolescentes que han tenido prácticas sexuales (N=561), el reporte de consecuencias por tener prácticas sexuales sin protección fue de 2,8 % que refirieron embarazo y 2,0% infecciones de transmisión sexual (ver tabla 1.15).

Tabla 1.15 Consecuencias por el no uso de métodos anticonceptivos o de protección

Respuesta	Consecuencias					
	Embarazo no deseado		Its		Ninguno	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Sí	27	2,8	19	2	407	42,6
No	534	55,9	542	56,8	154	16,1

Fuente: encuestas realizadas a las instituciones educativas del Municipio de Medellín, durante el proceso investigativo "Consumo de drogas y prácticas sexuales en adolescentes entre los 14 y 17 años de la ciudad de Medellín. 2011".

Sistematización de los datos: Marcela Montoya Jaramillo, profesional en Administración de Servicios de Salud (2011).

- **Tipo de drogas usadas en las prácticas sexuales**

La droga más frecuentemente utilizada para tener relaciones sexuales es el alcohol en el 79,8% de los casos, seguida por la marihuana 31,83%, cocaína 7,75%, popper 8,97%, éxtasis 5,71%, benzodiazepinas y cacao sabanero 4,08%, LSD 3,67%, hongos 3,26%, inhalantes (bóxer, sacol) 2,85% y heroína 2,04%. Con cifras por debajo del 2% y por encima de 1%, aparecen GHB, Ketamina, 2CB y Metanfetamina -Cristal- (ver tabla 1.16).

Tabla 1.16 Drogas utilizadas en las prácticas sexuales (N=245)

Sustancia	Consumo	
	Frecuencia	Porcentaje
Alcohol	194	79,18%
Marihuana-cripa	78	31,83%
Cocaína	19	7,75%
Basuco	6	2,4%
Éxtasis	14	5,71%
Éxtasis líquido (GHB)	3	1,2
Benzodicepinas	10	4,08%
Inhalantes (boxer-sacol)	7	2,85%
Popper	22	8,97%
Ketamina	3	1,2%
2CB	3	1,3%
Metanfetamina (cristal)	3	1,2%
Heroína	5	2,04%
LSD	9	3,67%
Hongos	8	3,26%
Cacao sabanero	10	4,08%

Fuente: encuestas realizadas a las instituciones educativas del Municipio de Medellín, durante el proceso investigativo “Consumo de drogas y prácticas sexuales en adolescentes entre los 14 y 17 años de la ciudad de Medellín. 2011”.

Sistematización de los datos: Marcela Montoya Jaramillo, profesional en Administración de Servicios de Salud (2011).

- **Razones para usar drogas**

Los motivos que aducen los 245 estudiantes, que tienen prácticas sexuales bajo el efecto de alcohol o drogas, pueden verse en la tabla 1.15. El alcohol que es la sustancia más consumida, es utilizado, por gusto en el 51,42% de los casos, seguido de facilitar el inicio en la práctica sexual con 47,34%, aumentar la excitación 25,71%; prolongar la relación sexual 19,59% y evitar la eyaculación precoz en el 12,65%. La marihuana, sustancia que le sigue en frecuencia, como la preferida para tener prácticas sexuales, es consumida por gusto 15,10%, para aumentar la excitación 13,46%, prolongar la relación sexual 7,34%, facilitar el inicio 6,53% y evitar la eyaculación precoz en el 6,12% de los casos. La cocaína es utilizada con mayor frecuencia para prolongar la relación 4,08% y por gusto 3,67%; el popper es consumido para aumentar la excitación en 2,44%; las benzodicepinas por gusto 2,04%; el éxtasis para aumentar la excitación y por gusto 1,63% y la heroína para evitar la eyaculación precoz y prolongar la relación en un 0,40%, de los casos (ver tabla 1.17).

Tabla 1.17 Motivos para tener relaciones sexuales bajo el efecto de alcohol o drogas. (N=245)

Motivos	Alcohol		THC		Coca		Éxtasis		Popper		BZD		Heroína	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Facilitar el inicio	116	47,34%	16	6,53%	5	2,04%	1	0,40%	3	1,22%	1	0,40%	0	-
Aumentar excitación	63	25,71%	33	13,46%	6	2,44%	4	1,63%	6	2,44%	4	1,63%	0	-
Prolongar relación	48	19,59%	18	7,34%	10	4,08%	1	0,40%	2	0,81%	2	0,81%	1	0,40%
Evitar eyaculación precoz	31	12,65%	15	6,12%	6	2,44%	0	-	2	0,81%	1	0,40%	1	0,40%
Por gusto	126	51,42%	37	15,10%	9	3,67%	4	1,63%	2	0,81%	5	2,04%	1	0,40%

Fuente: encuestas realizadas a las instituciones educativas del Municipio de Medellín, durante el proceso investigativo “Consumo de drogas y prácticas sexuales en adolescentes entre los 14 y 17 años de la ciudad de Medellín. 2011”.

Sistematización de los datos: Marcela Montoya Jaramillo, profesional en Administración de Servicios de Salud (2011).

- **Tipo de prácticas bajo efectos**

Entre los estudiantes que ya tienen actividad sexual, las prácticas más frecuentes estando bajo el efecto del alcohol o las drogas, son las exploratorias 71,02%, la penetrativa vaginal 63,67%, el sexo oral 45,30% y la masturbación 19,59%. Con una menor frecuencia también practican el sexo anal 12,24%, sexo con juguetes eróticos 8,16%, sexo en tríos 6,96%, orgías 4,89% y cibersexo 4,08% (ver tabla 1.18).

Tabla 1.18 Prácticas sexuales bajo el efecto de alcohol o drogas (N=245)

Prácticas sexuales	Frecuencia	Porcentaje
Exploratorias: bluyineo, manosear, caricias	174	71,02%
Penetrativas: vaginal	156	63,67%
Penetrativas: anal	30	12,24%
Sexo oral	111	45,30%
Cibersexo: chat, web cámara	10	4,08%
Juguetes eróticos	20	8,16%
Masturbación	48	19,59%
Tríos	17	6,93%
Orgías (sexo en grupo)	12	4,89%

Fuente: encuestas realizadas a las instituciones educativas del Municipio de Medellín, durante el proceso investigativo “Consumo de drogas y prácticas sexuales en adolescentes entre los 14 y 17 años de la ciudad de Medellín. 2011”.

Sistematización de los datos: Marcela Montoya Jaramillo, profesional en Administración de Servicios de Salud (2011).

- **Variables socio- familiares y prácticas sexuales**

El tipo de familia y la persona encargada de la crianza de los adolescentes, presenta asociación estadística significativa con el haber tenido relaciones sexuales, ($p=0.00$). Hay mayor incidencia cuando el tipo de familia es monoparental masculina, con el 69% de los adolescentes que tienen relaciones sexuales, le siguen la monoparental femenina con el 66,3%, la extensa con el 59,7% y la simultánea con el 54,2%. La menor frecuencia se presenta cuando la familia es de tipo nuclear, 49,9%. Cuando no hay nadie encargado de la crianza o esta es realizada por la empleada doméstica, la frecuencia de las relaciones sexuales de los adolescentes de Medellín es del 100%.

Si la crianza es realizada por los abuelos solos, el padre solo, u otros familiares, la frecuencia de relaciones sexuales se da en el primer caso en el 80%, en el segundo 70,6% y el tercero 70%. Las menores frecuencias de relaciones sexuales entre los adolescentes de Medellín se dan cuando a cargo de su crianza están: ambos padres y abuelos (32,6%), madre y tíos (44,4%) y ambos padres (48,5%) y finalmente padre y tíos, y madre y abuelos con un (50%).

La comunicación, las relaciones en la familia y tener normas, también muestran una significativa asociación estadística con una $p = \leq 0,05$. Los adolescentes con mala y regular comunicación familiar presentan las mayores frecuencias de tener relaciones sexuales: malas (69,7%) y regular (63,7%). Tener mala y regular relación con la familia también se asocia con tener relaciones sexuales: mala 63,6% y regular 63,2%. Para los adolescentes, que no tienen normas en la familia, la frecuencia de relaciones sexuales es de 76,3%, frente al 54,4% que sí tienen normas. El no cumplir la norma, se asocia también con tener mayor frecuencia de relaciones sexuales, entre los adoles-

centes de Medellín. Nunca cumplirla (67,9%) y algunas veces (59,9%). Cuando no cumplir la norma, no trae ninguna consecuencia en los adolescentes, la frecuencia de prácticas sexuales es mucho más alta (73,6%), frente a cuando hay diálogo (54,4%) o castigo (52,8%). Tener antecedentes familiares de drogadicción se asocia estadísticamente con tener relaciones sexuales, $p = \leq 0,05$. Los adolescentes que tienen este antecedente, presentan tasas de tener relaciones sexuales del 68,1%, frente al 51,4% que con este antecedente no han tenido relaciones. Llama la atención que antecedentes familiares como el embarazo en adolescentes y abuso sexual, no presenten significancia estadística (ver tabla 1.19).

Tabla 1.19 Tener relaciones sexuales y variables de tipo socio-familiar

Variables socio-familiares:		¿Ha tenido relaciones sexuales?				Valor p
		Sí		No		
		Nro.	%	Nro.	%	
Tipo de familia	Extensa	147	57,9%	107	42,1%	0,00
	Monoparental femenina	136	66,3%	69	33,7%	
	Monoparental masculina	29	69%	13	31%	
	Nuclear	306	49,9%	307	50,1%	
	Simultánea	26	54,2%	22	45,8%	
	Unipersonal	1	100%	-	-	
Categoría crianza	Abuelos	36	80%	9	20%	0,00
	Empleada doméstica	2	100%	-	-	
	Hermana	-	-	1	100%	
	Madrastra	-	-	1	100%	
	Madre	270	61,9%	166	38,1%	
	Madre-abuelos	1	50%	1	50%	
	Madre-padrastro	-	-	4	100%	
	Madre-tíos	4	44,4%	5	55,6%	
	Ninguno	3	100%	-	-	
	Otros familiares	14	70%	6	30%	
	Padre	24	70,6%	10	29,4%	
	Padre-tíos	1	50%	1	50%	
	Padres-abuelos	14	32,6%	29	67,4%	
	Progenitores	266	48,5%	282	51,5%	
La comunicación en su familia es:	Buena	417	51,9%	387	48,1%	0,00
	Regular	207	63,7%	118	36,3%	
	Mala	23	69,7%	10	30,3%	
Las relaciones en su familia son:	Buena	449	52,6%	404	47,4%	0,01
	Regular	184	63,2%	107	36,8%	
	Mala	14	63,6%	8	36,4%	
En su familia hay normas:	Sí	602	54,4%	504	45,6%	0,00
	No	45	76,3%	14	23,7%	
Usted cumple las normas de su familia:	Siempre	123	41,8%	171	58,2%	0,00
	Algunas veces	503	59,9%	337	40,1%	
	Nunca	19	67,9%	9	32,1%	

Continúa en la página siguiente

Inicia en la página anterior

Variables socio-familiares:		¿Ha tenido relaciones sexuales?				Valor p
		Sí		No		
		Nro.	%	Nro.	%	
El no cumplir las normas en su familia ocasiona:	Diálogo	380	54,4%	318	45,6%	0,00
	Castigo	195	52,8%	174	47,2%	
	Nada	64	73,6%	23	26,4%	
Consumo de alcohol problemático	Sí	174	57,8%	127	42,2%	0,35
	No	474	54,7%	393	45,3%	
Drogadicción	Sí	81	68,1%	38	31,9%	0,00
	No	567	54,1%	482	45,9%	
Violencia familiar	Sí	73	60,3%	48	39,7%	0,26
	No	575	54,9%	472	45,1%	
Embarazo adolescente	Sí	70	63,1%	41	36,9%	0,09
	No	578	54,7%	479	45,3%	
Abuso sexual	Sí	15	55,6%	12	44,4%	0,99
	No	633	55,5%	508	44,5%	

Fuente: encuestas realizadas a las instituciones educativas del Municipio de Medellín, durante el proceso investigativo "Consumo de drogas y prácticas sexuales en adolescentes entre los 14 y 17 años de la ciudad de Medellín. 2011".

Sistematización de los datos: Marcela Montoya Jaramillo, profesional en Administración de Servicios de Salud (2011).

- **Consumir alcohol o drogas y tener prácticas sexuales**

Consumir alcohol o drogas y tener relaciones sexuales presentan una asociación estadísticamente significativa, $p=0.00$. El 62,4% de los adolescentes que han consumido una sustancia psicoactiva ha tenido relaciones sexuales, frente a un 29,4% que habiendo consumido drogas o alcohol, no lo han hecho (ver tabla 1.20).

Tabla 1.20 Tener relaciones sexuales bajo el efecto de alcohol o drogas

¿Ha consumido alcohol o drogas?	¿Ha tenido relaciones sexuales?				Valor p
	Sí		No		
	Nro.	%	Nro.	%	
Sí	576	62,4%	347	37,6%	,000*
No	72	29,4%	173	70,6%	-

Fuente: encuestas realizadas a las instituciones educativas del Municipio de Medellín, durante el proceso investigativo "Consumo de drogas y prácticas sexuales en adolescentes entre los 14 y 17 años de la ciudad de Medellín. 2011".

Sistematización de los datos: Marcela Montoya Jaramillo, profesional en Administración de Servicios de Salud (2011).

- **Presión de grupo y tener relaciones sexuales bajo el efecto de alcohol o drogas.**

Con una significancia estadística de $p = \leq 0.05$, los adolescentes que han sido influidos para consumir alcohol, drogas o tener prácticas sexuales bajo el efecto de éstas, presentan las mayores frecuencias de relaciones sexuales bajo los efectos de sustancias psicoactivas. En el caso del al-

cohol, al que lo han influenciado muchas veces, la frecuencia de tener relaciones sexuales bajo su consumo es de 58,4%. Si la influencia ha sido muchas veces para consumir drogas, la frecuencia de haber tenido prácticas sexuales bajo sus efectos es del 64,4%. Cuando la influencia ha sido para tener prácticas sexuales bajo el efecto de alcohol o drogas, el que ha sido influenciado alguna vez, la han tenido en el 68,8% de los casos y muchas veces 67,7%. Los jóvenes que han sido obligados a realizar algún tipo de prácticas sexuales bajo los efectos del alcohol-droga, presentan frecuencias de tener relaciones sexuales bajo el efecto de estas sustancias, alguna vez (75%) y muchas veces (71,4%). De otro lado, el que alguna persona, estando bajo efectos del alcohol-droga, haya obligado a los adolescentes de Medellín a tener una práctica sexual, presenta frecuencias de muchas veces en el 100% de los casos y algunas veces, 57,1%. Ambas asociaciones son estadísticamente significativas con una $p = \leq 0.05$. En este estudio también hay significación estadística entre haber sido obligado a tener relaciones sexuales, estando la otra persona bajo los efectos de alcohol o drogas, y haber tenido relaciones sexuales bajo el efecto de ésta u otra droga, $p = \leq 0.05$, los que muchas veces fueron obligados por esas personas a tener relaciones sexuales; el 100%, las tuvo (ver tabla 1.21).

Tabla 1.21 Tener relaciones sexuales bajo el efecto de alcohol o drogas y variables relacionadas con los grupos

Variables relacionadas con los grupos:		Ha tenido prácticas sexuales bajo el efecto del alcohol o la droga:				Valor p
		Sí		No		
		Nro.	%	Nro.	%	
1. Han influido en mi decisión para consumir alcohol.	Nunca	86	43,7%	111	56,3%	0,053
	Alguna vez	131	45,3%	158	54,7%	
	Muchas veces	52	58,4%	37	41,6%	
2. Han influido en mi decisión para consumir drogas.	Nunca	149	40,1%	223	59,9%	0,000
	Alguna vez	82	57,3%	61	42,7%	
	Muchas veces	38	64,4%	21	35,6%	
3. Han influido en mi decisión de tener prácticas sexuales bajo el efecto de alcohol-droga.	Nunca	181	40,7%	264	59,3%	0,000
	Alguna vez	64	68,8%	29	31,2%	
	Muchas veces	21	67,7%	10	32,3%	
4. Me han obligado a realizar algún tipo de prácticas sexuales, bajo los efectos del alcohol-droga.	Nunca	249	45,4%	299	54,6%	0,027
	Alguna vez	12	75%	4	25%	
	Muchas veces	5	71,4%	2	28,6%	
5. Alguna persona estando bajo efectos del alcohol-droga, me ha obligado a tener una práctica sexual.	Nunca	249	45,7%	296	54,3%	0,010
	Alguna vez	12	57,1%	9	42,9%	
	Muchas veces	7	100%	0	,0%	

Fuente: encuestas realizadas a las instituciones educativas del Municipio de Medellín, durante el proceso investigativo "Consumo de drogas y prácticas sexuales en adolescentes entre los 14 y 17 años de la ciudad de Medellín. 2011". Sistematización de los datos: Marcela Montoya Jaramillo, profesional en Administración de Servicios de Salud (2011).

- **Actitudes cognitivas y afectivas y tener prácticas sexuales bajo el efecto de alcohol o droga**

Las actitudes cognitivas y afectivas que tienen una relación estadísticamente significativa ($p < 0.05$) con tener prácticas sexuales bajo los efectos del alcohol o las drogas se muestran en la tabla 1.22. El contenido de estas actitudes frente al hecho de realizar prácticas sexuales bajo los efectos de drogas psicoactivas se podría considerar como un factor de riesgo personal y psicosocial durante la adolescencia. No guardan una asociación estadística significativa actitudes cognitivas y afectivas, tales como tener practicas bajo efecto de alcohol o drogas ($p = \geq 0,05$): mi cuerpo pide alcohol–drogas, para funcionar bien en el sexo; no necesito droga ni alcohol para tener sexo placentero; me siento más aceptado sexualmente cuando consumo alcohol-drogas; Para ser aceptado(a) sexualmente por mi pareja debo consumir droga o alcohol; pienso que mis creencias religiosas no me permiten consumir drogas o alcohol y tener prácticas sexuales antes del matrimonio y me molesta pensar en lo que he hecho sexualmente bajo los efectos de las drogas o el alcohol.

Tabla 1.22 Actitudes cognitivas y afectivas frente a las prácticas sexuales bajo el efecto de alcohol o droga en los adolescentes

Variables psicosociales relacionadas con percepción de prácticas sexuales y consumo de sustancias psicoactivas:		Ha tenido prácticas sexuales bajo el efecto del alcohol o la droga:				Valor P
		Sí		No		
		Nro.	%	Nro.	%	
Creo que las drogas y el alcohol mejoran el desempeño sexual	Totalmente de acuerdo	20	80%	5	20%	0,000
	De acuerdo	46	64,8%	25	35,2%	
	Indiferente	63	45,7%	75	54,3%	
	En desacuerdo	69	42,1%	95	57,9%	
	Totalmente en desacuerdo	71	39,9%	107	60,1%	
Considero que las drogas y el alcohol mejoran las sensaciones y la sensibilidad sexual	Totalmente de acuerdo	25	80,6%	6	19,4%	0,000
	De acuerdo	60	65,2%	32	34,8%	
	Indiferente	60	40,5%	88	59,5%	
	En desacuerdo	68	43,9%	87	56,1%	
	Totalmente en desacuerdo	55	36,9%	94	63,1%	
Pienso que tener prácticas sexuales bajo el efecto de una droga o el alcohol es más placentero	Totalmente de acuerdo	31	73,8%	11	26,2%	0,000
	De acuerdo	65	69,1%	29	30,9%	
	Indiferente	59	37,1%	100	62,9%	
	En desacuerdo	68	45,3%	82	54,7%	
	Totalmente en desacuerdo	42	34,7%	79	65,3%	
Considero que es peligroso tener prácticas sexuales bajo el efecto de las drogas o el alcohol	Totalmente de acuerdo	49	36,6%	85	63,4%	0,007
	De acuerdo	76	43,2%	100	56,8%	
	Indiferente	69	50,4%	68	49,6%	
	En desacuerdo	43	55,1%	35	44,9%	
	Totalmente en desacuerdo	26	63,4%	15	36,6%	

Continúa en la página siguiente

Consumo de drogas y prácticas sexuales en adolescentes entre los 14 y 17 años de colegios públicos y privados de la ciudad de Medellín. Investigación

Inicia en la página anterior

Variables psicosociales relacionadas con percepción de prácticas sexuales y consumo de sustancias psicoactivas:		Ha tenido prácticas sexuales bajo el efecto del alcohol o la droga:				Valor P
		Sí		No		
		Nro.	%	Nro.	%	
El consumo de alcohol-drogas me facilita tener prácticas sexuales	Totalmente de acuerdo	32	84,2%	6	15,8%	0,000
	De acuerdo	50	51,5%	47	48,5%	
	Indiferente	68	42,5%	92	57,5%	
	En desacuerdo	80	51%	77	49%	
	Totalmente en desacuerdo	38	31,7%	82	68,3%	
El consumo de drogas o alcohol me da seguridad antes de la práctica sexual	Totalmente de acuerdo	17	89,5%	2	10,5%	0,001
	De acuerdo	31	53,4%	27	46,6%	
	Indiferente	68	50%	68	50%	
	En desacuerdo	81	44,8%	100	55,2%	
	Totalmente en desacuerdo	72	40,2%	107	59,8%	
Mi cuerpo pide alcohol-drogas, para funcionar bien en el sexo	Totalmente de acuerdo	4	40%	6	60%	0,429
	De acuerdo	9	69,2%	4	30,8%	
	Indiferente	37	48,1%	40	51,9%	
	En desacuerdo	71	43%	94	57%	
	Totalmente en desacuerdo	145	47,4%	161	52,6%	
No necesito droga ni alcohol para tener sexo placentero	Totalmente de acuerdo	141	44,9%	173	55,1%	0,165
	De acuerdo	61	44,9%	75	55,1%	
	Indiferente	29	61,7%	18	38,3%	
	En desacuerdo	19	55,9%	15	44,1%	
	Totalmente en desacuerdo	16	41%	23	59%	
Me siento más aceptado sexualmente cuando consumo alcohol-drogas	Totalmente de acuerdo	11	68,8%	5	31,3%	0,149
	De acuerdo	17	60,7%	11	39,3%	
	Indiferente	57	41,6%	80	58,4%	
	En desacuerdo	79	46,5%	91	53,5%	
	Totalmente en desacuerdo	101	46,8%	115	53,2%	
Si mis amigos tienen prácticas sexuales bajo efectos de alcohol-drogas, es adecuado	Totalmente de acuerdo	8	88,9%	1	11,1%	0,000
	De acuerdo	10	66,7%	5	33,3%	
	Indiferente	114	58,5%	81	41,5%	
	En desacuerdo	70	41,7%	98	58,3%	
	Totalmente en desacuerdo	66	35,1%	122	64,9%	
Tener prácticas sexuales bajo los efectos del alcohol y las drogas es una experiencia gratificante.	Totalmente de acuerdo	13	81,3%	3	18,8%	0,000
	De acuerdo	56	70%	24	30%	
	Indiferente	91	47,6%	100	52,4%	
	En desacuerdo	63	40,1%	94	59,9%	
	Totalmente en desacuerdo	46	35,7%	83	64,3%	
Pienso que no existen riesgos cuando tengo prácticas sexuales bajo los efectos de la droga y el alcohol	Totalmente de acuerdo	20	69%	9	31%	0,000
	De acuerdo	38	76%	12	24%	
	Indiferente	46	41,8%	64	58,2%	
	En desacuerdo	89	49,2%	92	50,8%	
	Totalmente en desacuerdo	75	36,8%	129	63,2%	

Continúa en la página siguiente

Inicia en la página anterior

Variables psicosociales relacionadas con percepción de prácticas sexuales y consumo de sustancias psicoactivas:		Ha tenido prácticas sexuales bajo el efecto del alcohol o la droga:				Valor P
		Sí		No		
		Nro.	%	Nro.	%	
Consumir droga y alcohol me hace más interesante y deseado sexualmente	Totalmente de acuerdo	9	81,8%	2	18,2%	0,001
	De acuerdo	20	69%	9	31%	
	Indiferente	56	42,1%	77	57,9%	
	En desacuerdo	99	52,7%	89	47,3%	
	Totalmente en desacuerdo	84	39,4%	129	60,6%	
Considero que cuando estoy drogado(a) o bajo los efectos del alcohol soy menos exigente al escoger mi pareja sexual	Totalmente de acuerdo	44	53,7%	38	46,3%	0,031
	De acuerdo	81	49,4%	83	50,6%	
	Indiferente	36	33,3%	72	66,7%	
	En desacuerdo	52	51%	50	49,0%	
	Totalmente en desacuerdo	52	45,2%	63	54,8%	
Creo que cuando realizo prácticas sexuales drogado(a) o bajo los efectos del alcohol me desinhibo totalmente	Totalmente de acuerdo	19	54,3%	16	45,7%	0,006
	De acuerdo	53	64,6%	29	35,4%	
	Indiferente	91	41,6%	128	58,4%	
	En desacuerdo	51	45,1%	62	54,9%	
	Totalmente en desacuerdo	51	43,2%	67	56,8%	
Para ser aceptado(a) sexualmente por mi pareja debo consumir droga o alcohol	Totalmente de acuerdo	4	100%	0	,0%	0,252
	De acuerdo	4	44,4%	5	55,6%	
	Indiferente	25	52,1%	23	47,9%	
	En desacuerdo	71	45,5%	85	54,5%	
	Totalmente en desacuerdo	161	45,7%	191	54,3%	
Aunque creo que es interesante realizar las prácticas sexuales bajo los efectos de las drogas y el alcohol, nunca lo he hecho	Totalmente de acuerdo	36	33%	73	67%	0,002
	De acuerdo	46	41,8%	64	58,2%	
	Indiferente	61	46,2%	71	53,8%	
	En desacuerdo	63	58,3%	45	41,7%	
	Totalmente en desacuerdo	59	53,2%	52	46,8%	
Pienso que mis creencias religiosas no me permiten consumir drogas o alcohol y tener prácticas sexuales antes del matrimonio	Totalmente de acuerdo	14	43,8%	18	56,3%	0,736
	De acuerdo	21	42%	29	58%	
	Indiferente	58	44,3%	73	55,7%	
	En desacuerdo	55	45,5%	66	54,5%	
	Totalmente en desacuerdo	121	50%	121	50%	
Aunque creo que el sexo grupal no va conmigo, lo he tenido sólo bajo efectos de las drogas o el alcohol	Totalmente de acuerdo	11	78,6%	3	21,4%	0,004
	De acuerdo	21	72,4%	8	27,6%	
	Indiferente	46	47,9%	50	52,1%	
	En desacuerdo	54	41,9%	75	58,1%	
	Totalmente en desacuerdo	134	44,2%	169	55,8%	

Continúa en la página siguiente

Consumo de drogas y prácticas sexuales en adolescentes entre los 14 y 17 años de colegios públicos y privados de la ciudad de Medellín. Investigación

Inicia en la página anterior

Variables psicosociales relacionadas con percepción de prácticas sexuales y consumo de sustancias psicoactivas:		Ha tenido prácticas sexuales bajo el efecto del alcohol o la droga:				Valor P
		Sí		No		
		Nro.	%	Nro.	%	
Siento agrado cuando me estimulan sexualmente cuando estoy bajo los efectos del alcohol o la droga	Totalmente de acuerdo	28	82,4%	6	17,6%	0,000
	De acuerdo	61	65,6%	32	34,4%	
	Indiferente	57	41%	82	59%	
	En desacuerdo	61	42,1%	84	57,9%	
	Totalmente en desacuerdo	60	37%	102	63%	
Acepto que mi pareja use drogas, durante la práctica sexual	Totalmente de acuerdo	17	85%	3	15%	0,000
	De acuerdo	27	61,4%	17	38,6%	
	Indiferente	66	52,4%	60	47,6%	
	En desacuerdo	56	43,4%	73	56,6%	
	Totalmente en desacuerdo	100	39,7%	152	60,3%	
Me gusta tener sexo grupal solo cuando estoy drogado(a) o bajo los efectos del alcohol	Totalmente de acuerdo	11	91,7%	1	8,3%	0,004
	De acuerdo	10	76,9%	3	23,1%	
	Indiferente	44	46,8%	50	53,2%	
	En desacuerdo	63	44,7%	78	55,3%	
	Totalmente en desacuerdo	139	44,4%	174	55,6%	
Aunque me desagrada tener relaciones sexuales con el mismo sexo, lo he hecho cuando he estado drogado(a) o bajo los efectos del alcohol	Totalmente de acuerdo	9	75%	3	25%	0,002
	De acuerdo	15	88,2%	2	11,8%	
	Indiferente	21	44,7%	26	55,3%	
	En desacuerdo	26	40%	39	60%	
	Totalmente en desacuerdo	197	45,5%	236	54,5%	
Desearía tener alguna vez sexo bajo los efectos de una droga o alcohol	Totalmente de acuerdo	35	70%	15	30%	0,000
	De acuerdo	62	60,8%	40	39,2%	
	Indiferente	86	52,8%	77	47,2%	
	En desacuerdo	32	36,8%	55	63,2%	
	Totalmente en desacuerdo	48	29,1%	117	70,9%	
Siento que disfruto más las prácticas sexuales cuando estoy bajo el efecto de las drogas o el alcohol	Totalmente de acuerdo	18	81,8%	4	18,2%	0,000
	De acuerdo	42	79,2%	11	20,8%	
	Indiferente	76	48,4%	81	51,6%	
	En desacuerdo	68	47,2%	76	52,8%	
	Totalmente en desacuerdo	63	32,3%	132	67,7%	
Me molesta pensar en lo que he hecho sexualmente bajo los efectos de las drogas o el alcohol	Totalmente de acuerdo	31	58,5%	22	41,5%	0,108
	De acuerdo	42	56%	33	44%	
	Indiferente	82	43,2%	108	56,8%	
	En desacuerdo	47	47%	53	53%	
	Totalmente en desacuerdo	66	42,6%	89	57,4%	

Fuente: encuestas realizadas a las instituciones educativas del Municipio de Medellín, durante el proceso investigativo "Consumo de drogas y prácticas sexuales en adolescentes entre los 14 y 17 años de la ciudad de Medellín. 2011".

Sistematización de los datos: Marcela Montoya Jaramillo, profesional en Administración de Servicios de Salud (2011).

- **Modelo que explica prácticas sexuales bajo el efecto de alcohol o drogas de los adolescentes de la ciudad de Medellín**

En este modelo se incluyeron 461 casos y tuvo un porcentaje de explicación de la varianza del 13,9%. Los resultados muestran tres variables independientes como factores explicativos y de riesgo en los adolescentes para tener relaciones sexuales bajo los efectos del alcohol y las drogas (edad, la presión de grupo y las actitudes afectivas). Los datos relacionados con la edad señalan que la edad de inicio de consumo de alcohol o drogas incrementa el riesgo en 1,35 veces que el adolescente tenga prácticas sexuales inseguras bajo sus efectos. La presión de grupo se relaciona con prácticas sexuales bajo los efectos del alcohol; en comparación con adolescentes que nunca han sido presionados, los que han sido muchas veces presionados tienen 2,9 veces más probabilidad de tener prácticas sexuales de riesgo. Finalmente, aquellas tendencias afectivas que impliquen algún grado de aceptación o de valoración positiva sobre prácticas sexuales bajo el efecto de alcohol o drogas, aumentará en 1,09 veces la probabilidad de que el adolescente use alcohol o drogas para tener prácticas sexuales (ver tabla 1.23).

Tabla 1.23 Modelo que explica las relaciones sexuales bajo el efecto de alcohol o drogas y variables psicosociales

Características	Coficiente	Error Estándar	Wald	Valor P	Or	IC 95%	
Edad	0,3	0,1	8,7	0,00	1,353	1,107	1,654
Influencia de los grupos en la decisión de tener prácticas sexuales bajo alcohol o drogas							
Nunca	-	-	13,9	0,00	-	1	
Alguna vez	0,9	0,3	9,6	0,00	2,414	1,383	4,212
Muchas veces	1,1	0,5	5,6	0,02	2,912	1,204	7,041
Actitudes afectivas	0,1	0,0	24,7	0,00	1,095	1,056	1,134
Constante	-5,8	1,7	12,5	0,00	0,003	-	-

Fuente: encuestas realizadas a las instituciones educativas del Municipio de Medellín, durante el proceso investigativo "Consumo de drogas y prácticas sexuales en adolescentes entre los 14 y 17 años de la ciudad de Medellín. 2011".

Sistematización de los datos: Marcela Montoya Jaramillo, profesional en Administración de Servicios de Salud (2011).

1.6 Conclusiones

- Según los resultados descritos, existe una relación significativa entre los adolescentes que consumen alcohol o drogas y realizan prácticas sexuales inseguras que conllevan a riesgos en la salud física y reproductiva.
- El consumo de alcohol y drogas tiene una elevada frecuencia en esta muestra. Más del 78% de los adolescentes ha consumido alcohol o drogas, siendo las de mayor consumo el alcohol, la marihuana y la cocaína.
- Los adolescentes entre el rango de edad de 13 a 15 años son los que con mayor frecuencia tienen prácticas sexuales. A la edad de 14 años, es la edad más frecuente de las prácticas

sexuales, siendo las prácticas exploratorias (manoseo, bluyineo y caricias) las de mayor frecuencia, seguidas por las prácticas penetrativas vaginales y el sexo oral.

- Las razones descritas por los adolescentes para tener prácticas sexuales son las esperadas para su edad; sin embargo, preocupa que un pequeño grupo de adolescentes (68 en total), dicen que la razón de haber tenido la práctica sexual es el haber consumido alcohol o drogas.
- Para algunos adolescentes (146), el hecho de consumir alcohol o drogas no constituye una razón para no usar métodos anticonceptivos. Al parecer otras razones de mayor peso como: lo inesperado de la relación sexual, no tener el método anticonceptivo o de protección a la mano o confiar mucho en su pareja, son las razones para el no uso de protección.
- Las consecuencias por el no uso de métodos anticonceptivos o de protección, reportadas por aquellos adolescentes que han tenido prácticas sexuales, fueron el embarazo y las infecciones de transmisión sexual; siendo los de mayor frecuencia los embarazos.
- En concordancia con los datos de este estudio sobre consumo de alcohol o drogas; los adolescentes están teniendo prácticas sexuales principalmente bajo los efectos del alcohol, la marihuana, el popper y la cocaína.
- Existe un elevado número de adolescentes que usan el alcohol o las drogas para facilitar el inicio de las prácticas sexuales, aumentar la excitación o prolongar la relación sexual. El alcohol o las drogas son usadas por estos adolescentes como estrategias para complementar sus prácticas sexuales.
- Es probable que el tipo de familia y la persona encargada de la crianza de los niños, sean factores de riesgo para el inicio temprano de las prácticas sexuales en los adolescentes. No existe una gran diferencia entre el tipo de familia monoparental masculina o femenina (en ambos casos parece ser un factor de riesgo), pero sí se encontraron diferencias significativas cuando la familia es extensa; este tipo de familia es la que muestra mayor impacto en el riesgo de que los adolescentes tengan prácticas sexuales.
- Según los resultados de este estudio, un factor protector relacionado con el tipo de familia, es el hecho de que el niño sea criado dentro de una familia nuclear (padre, madre y hermanos).
- Las normas y la comunicación al interior de la familia, son dos factores importantes que pueden generar riesgos para que los adolescentes tenga prácticas sexuales. En familias con normas y pautas de crianza claras se puede disminuir el riesgo, mientras que en aquellas familias con dificultades en la comunicación y en el cumplimiento de normas, existirá un mayor riesgo.
- Existe una relación de asociación directa entre el consumir alcohol o drogas y el tener prácticas sexuales.

- En cuanto al efecto que genera la relación con los pares, se concluye que los grupos de amigos tienen influencia significativa, no sólo en el hecho de consumir alcohol o drogas, sino también, en la realización de prácticas sexuales bajo sus efectos.
- Tanto las actitudes cognitivas como las afectivas, juegan un papel central como factores que inciden en la realización de prácticas sexuales bajo el efecto del alcohol o las drogas.
- El contenido cognitivo de las actitudes que se relacionan con las bondades y ventajas de las drogas o el alcohol, están íntimamente relacionadas con el hecho de que los adolescentes sean más propensos a tener prácticas sexuales bajo sus efectos.
- El contenido afectivo que manifiestan los adolescentes en cuanto al agrado o desagrado, la aceptación o no de tener prácticas sexuales bajo el efecto del alcohol; es un factor predisponente y de riesgo que lleva a los adolescentes a realizar esta actividad.
- Una temprana edad de inicio en el consumo de alcohol o drogas se relaciona con tener prácticas sexuales inseguras bajo sus efectos.

1.7 Recomendaciones

- Realizar campañas de educación que sensibilicen a los adolescentes sobre la responsabilidad que implica comenzar tempranamente una vida sexual activa.
- Generar ideas conjuntas, que implique al sector público y privado de la educación, dirigidas a crear estrategias pedagógicas relacionadas con el consumo de alcohol y drogas y la sexualidad en la adolescencia.
- Se hace imperioso construir un material didáctico validado por los sectores públicos y privados de la educación y la salud, que permitan generar estrategias de prevención para la educación sexual y el consumo de drogas de los adolescentes.
- Cualquier proceso de intervención o de prevención en sexualidad o consumo de drogas debe incluir a la familia, pues según los hallazgos encontrados en este estudio, estas pueden constituirse en factores de riesgo o de protección.
- Teniendo en cuenta las actitudes cognitivas y afectivas estudiadas en esta investigación, es importante que los servicios de psicología de los colegios generen estrategias orientadas a la reestructuración cognitiva y afectiva de creencias y emociones relacionadas con las prácticas sexuales bajo el consumo de alcohol o drogas.
- Es importante replicar este estudio a nivel nacional con el fin de validar o contrastar los resultados de la presente investigación en otras ciudades y generar una conciencia unificada sobre las prácticas sexuales y el consumo de alcohol y drogas que permita crear criterios universales para la prevención y la promoción de la salud física y mental en nuestros jóvenes.

2. Al encuentro de una sexualidad gratificante y responsable. MANUAL DE PREVENCIÓN

2.1 Acerca del manual

El consumo de drogas y prácticas sexuales en adolescentes entre los 14 y 17 años, es un problema real que está afectando seriamente a este grupo poblacional; situación preocupante para padres, maestros e investigadores interesados en el tema de la salud integral.

Esta etapa del ciclo vital constituye el momento más cambiante y posiblemente de mayor riesgo en temas de consumo de drogas y prácticas sexuales, porque la familia asume que las instituciones educativas son las encargadas de la educación sexual y no cuentan con los educadores capacitados sobre ambas temáticas, ni disponen de estrategias metodológicas y técnicas que puedan orientar un proceso formativo adecuado; con consecuencias nefastas para la vida de los adolescentes.

Dentro de la investigación “Consumo de drogas y prácticas sexuales en adolescentes entre los 14 y 17 años de la ciudad de Medellín en el año 2011”, se planteó como objetivo encontrar lineamientos para el diseño y ejecución de programas de orientación y prevención frente al uso de sustancias psicoactivas y prácticas sexuales. Objetivo que se acoge al Programa de Educación para la Sexualidad y Construcción de Ciudadanía, del Ministerio de Educación Nacional de Colombia y el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), cuyo propósito es contribuir al fortalecimiento del sector educativo en la implementación y

la sostenibilidad de una política de educación para la sexualidad, con un enfoque de ejercicio de los derechos humanos, sexuales y reproductivos.

Dicho Programa busca que las instituciones educativas desarrollen proyectos pedagógicos de educación para la sexualidad que propendan por el desarrollo de competencias básicas para la toma de decisiones responsables, informadas y autónomas sobre el propio cuerpo. Es por ello que el grupo de investigación presenta el manual y ayuda didáctica para el trabajo formativo con adolescentes “*Al encuentro de una sexualidad gratificante y responsable*”, con el propósito de propiciar una experiencia de aprendizaje duradera y significativa en torno a las prácticas sexuales y al consumo de drogas.

El Programa de Educación para la Sexualidad y Construcción de Ciudadanía en el marco de competencias ciudadanas, invita a consolidar propuestas en educación para la sexualidad que den prioridad a los procesos que desarrollen competencias para la vida, desde la apropiación de conocimientos, capacidades, actitudes y disposiciones destinados a la formación de sujetos activos de derechos (Ministerio de Educación Nacional, 2008, p. 78) y es allí donde este manual enfoca su trabajo didáctico y reflexivo, pretendiendo formar adolescentes protagonistas y responsables de su propio destino.

Acogiendo la propuesta de MEN, en el sentido de que haya comunidades pedagógicas investigadoras y constructoras del currículo, el grupo de Investigación se propuso escuchar a los adolescentes. Este ejercicio se hizo en cuatro colegios: dos colegios privados y dos colegios públicos de los grados noveno, décimo y once de básica secundaria de los estratos 1, 2, 3, 4 y 5 de la ciudad de Medellín, con edades comprendidas entre 13 y 17 años, para un total de 143 adolescentes; con ellos se aplicó la técnica interactiva *Árbol del Problema*, que permitió hablar, pensar, analizar e interpretar situaciones cotidianas con relación a sexualidad y drogas. Se enfatizó en la asociación entre consumo de drogas y alcohol, y prácticas sexuales de los adolescentes, para identificar las necesidades de formación y determinar estrategias didácticas que puedan ser implementadas con este grupo poblacional. Los contenidos y la metodología de este manual, surgen del sentir de los adolescentes, enfatizando en aprendizajes con sentido, desde la vida presente con miras a garantizar un mejor futuro.

Por tanto, el propósito básico de este manual es ofrecer orientaciones a docentes y facilitadores, brindándoles recursos teóricos metodológicos y técnicos para la implementación de procesos formativos en las temáticas de sexualidad y droga en los adolescentes.

El manual comprende una serie de talleres agrupados en cuatro bloques así:

- La adolescencia y sus transformaciones
- Preparación para una sexualidad plena
- Fortaleciendo la sexualidad
- Los riesgos de sexo y sustancias psicoactivas

Cada taller está compuesto por fases que permiten focalizar los procesos de aprendizaje con una mirada crítica de las realidades particulares. Para el desarrollo de cada taller fue necesario contar con un material bibliográfico y técnicas interactivas comprensibles para los diversos grupos de adolescentes. Dichas técnicas se representan detalladamente con la intencionalidad de lograr el cambio de actitudes, creencias y conductas de riesgo.

Los invitamos a disfrutar de un manual que recoge el sentir y la necesidad del adolescente; sus contenidos se presentan en forma secuencial y articulada, posibilitando una evaluación de proceso e integrando dos temáticas que son preocupación de padres y educadores: sexualidad y drogas. Mediante aprendizajes cooperativos y vivenciales, se dan orientaciones para trabajar proyectos escolares y comunitarios de gran impacto.

2.2 Metodología de los talleres

Argumentos teóricos para los aprendizajes experienciales

El texto surge como una provocación intencionada y preparatoria para la realización de los diversos talleres que contiene este segundo apartado. En este texto se podrá tener una idea sobre el concepto de enfoque metodológico y en la parte final se realiza una reflexión en términos de lo que entenderemos por aprendizaje *experiencial* en lo educativo dentro de cada uno de los talleres propuestos.

El desarrollo de esta propuesta pedagógica plantea un enfoque socio cognitivista donde se articula lo individual y lo colectivo e invita a cada persona a que se integre desde lo emocional, corporal y cognitivo, logrando el auto-descubrimiento y avance en la construcción de aprendizajes significativos desde el intercambio de experiencias y reflexiones. Este enfoque propone un proceso activo y centrado en la persona, porque puede expresar sus emociones y pensamientos, y construir sus propias representaciones, logrando cambios en su actuar; para ello es importante que el contexto donde se produce el aprendizaje sea lo más similar a la realidad y donde la experiencia vivida es vital para recrear el conocimiento.

Teóricos como Dewey (1938/1997, p. 128) plantean aspectos interesantes, fundamentales para lograr aprendizajes significativos y duraderos así:

- Cada persona necesita ser implicada en lo que está aprendiendo.
- La enseñanza debe ser apreciable para todos los participantes.
- El conocimiento debe preparar a cada uno de los participantes para vivir en un mundo cambiante y en evolución.

En el texto *El aprendizaje experiencial*, de María Rodas (s.f., p. 2.) se plantea que:

El aprendizaje experiencial más que una herramienta, es una filosofía de educación, que parte del principio que las personas aprenden mejor cuando entran en contacto directo con sus propias experiencias y vivencias, es un aprendizaje “haciendo” que reflexiona sobre el mismo “hacer”. Esta modalidad no se limita a la sola exposición de conceptos, sino que a través de la realización de ejercicios, simulaciones o ejercicios con sentido, busca que la persona asimile los principios y los ponga en práctica, desarrollando sus competencias personales y profesionales. Lo anterior ocurre siempre y cuando se tenga un adecuado proceso de reflexión y de voluntad de experimentación por parte de quien aprende.

Dicha Metodología experiencial se argumenta en los planteamientos de National Training Laboratories (1977), cuando dice que una persona aprende el 20% de lo que ve, el 20% de lo que oye, el 40% de lo que ve y oye simultáneamente y el 80% de lo que vivencia o descubre por sí misma. Da más resultado que alguien cambie ante experiencias vividas, que cuando se le dice que lo haga, o si se le transmiten conceptos. Sólo en la medida en que el aprendizaje se basa en vivencias reales, y en el desarrollo y refuerzo de habilidades, se puede dar un verdadero cambio de actitud (conjunto de pensamientos, sentimientos y comportamientos), siendo los participantes de estas experiencias los que descubren por sí mismos los conceptos y criterios que se quiere reforzar, logrando un aumento en el nivel de recordación (Begoña, s.f.). “La experiencia es la que nos enseña al incorporar sensaciones, sentimientos, evidenciando valores, comportamientos y principios que marcan huellas indelebles si tenemos consciencia sobre ello”. (Yturralde, 2011, párr. 8)

La metodología experiencial plantea un proceso de cambio donde se pretende desarrollar destrezas, aprendizajes, conductas y valores, como resultado de la vivencia, la observación y reflexión conjunta. Un dispositivo definitivo es la vivencia y creación colectiva, lo cual hace que estos conocimientos sean productores de la convivencia y de las prácticas sociales. Por lo anterior:

El aprendizaje experiencial es una poderosa metodología *constructivista* orientada a la formación y transformación de las personas desde su propia individualidad, sus competencias, su liderazgo, capacidad de toma de decisiones, así como desde el punto de vista sinérgico y sistémico en la interrelación con otros individuos, en la convivencia armónica (Yturralde, 2011, párr. 4)

Para lograr tal propuesta de trabajo, es importante crear un clima de confianza donde los participantes compartan las experiencias de aprendizaje en un ambiente de respeto; esto incluye comprender los ritmos y las particularidades de cada persona y la singularidad para tomar decisiones, resolver problemas, adaptarse a distintas situaciones y actuar autónomamente.

La pregunta que nos convoca después de conocer los supuestos pedagógicos que subyacen en la metodología experiencial podría centrarse en lo siguiente: ¿por qué adoptar la metodología

de educación experiencial en procesos de formación relacionados con temáticas de sexualidad y drogas?, y una de tantas posibilidades de respuesta podría ser: porque es una herramienta metodológica, de carácter educativo, que permite integrar a los individuos, analizar, evaluar situaciones y tomar decisiones determinantes en la temática propuesta. También proporciona oportunidades para simular situaciones de la vida real y analizar de esta manera sentimientos, puntos de vista y alternativas diferentes que conlleven al cambio.

Un acercamiento experiencial permite conectar la razón con la emoción y es allí donde adquiere fuerza esta metodología de trabajo.

La práctica cotidiana de cuidado frente a la sexualidad y el consumo de sustancias psicoactivas es posible aprenderse a partir de realidades compartidas entre diferentes adolescentes; es así como el objetivo principal de la educación experiencial consiste en posibilitar la toma de conciencia del ser y de su interacción en la transformación personal y social.

Talleres experienciales con la temática sexualidad y drogas, es un proceso que compromete a los adolescentes activamente en una experiencia con beneficios reales para su vida. Estos adolescentes hacen descubrimientos y construyen acciones preventivas y de cuidado por su propia cuenta, en vez de escuchar información que con frecuencia no logra impactar en sus propias vidas. También es importante reconocer la fuerza grupal en la reflexión que da el grupo sobre sus propias experiencias, invitando a desarrollar habilidades, nuevas actitudes y nuevas formas de pensar y actuar frente a su sexualidad.

Un elemento clave para el éxito de esta metodología experiencial en la formación de sexualidad gratificante y libre de drogas, es hacer del aprendizaje una aventura, donde lo lúdico, lo creativo y lo artístico hagan presencia, logrando que el aprendizaje sea efectivo y duradero.

El adolescente es protagonista de su propio aprendizaje y para ello trae sus propios problemas, inquietudes y dilemas y asume retos con la ayuda de sus grupos de pares y, lo más importante, se ubica frente a la experiencia de aprendizaje con una actitud y una conducta responsable.

Otro aspecto determinante en esta metodología es que el adolescente, a través de los ejercicios vivenciales, tiene la posibilidad de sentir, pensar, crear, discutir y así va creando conciencia que se lleva a la práctica, y de allí a lo habitual, logrando calidad de vida.

Esta metodología afecta y es afectada por el conocimiento cultural, aspecto determinante en la temática de sexualidad y drogas, pues es una metodología que invita a trabajar en los contextos sociales reales; pero también su producción de concienciación transforma el ámbito social; esta doble relación permite el crecimiento personal y el trabajo grupal; es posible la cooperación, el resolver problemas juntos, el aprender a crear y escuchar argumentos, a exteriorizar criterios y conceptos valorativos.

Por lo anterior, es importante que una serie de talleres vivenciales en conjunto sobre sexualidad y drogas, tenga en cuenta las necesidades de los adolescentes en su despertar a la vida sexual, confronte nuevas ideas y construya sociedades de adolescentes más responsables y gratas.

2.3 Guía de uso del manual

Desde lo epistemológico y lo pedagógico, el manual *Al encuentro de una sexualidad gratificante y responsable* es una ayuda didáctica del trabajo formativo para adolescentes que permite ordenar y propiciar una experiencia de aprendizaje duradera y significativa en torno a la sexualidad. Por tanto está intencionada para ser desarrollada con poblaciones específicas de adolescentes en contextos del ámbito educativo y comunitario, es decir, con personas que están en procesos de consolidar un proyecto de vida desde una sexualidad plena.

Este manual es una propuesta teórico-práctica con énfasis en lo vivencial que permite a las personas que hacen uso de él (educadores y facilitadores), orientar una reflexión personal y grupal e invita a un cambio de actitud a partir de la interacción permanente. Sus contenidos son amplios y sólo deben ser tomados como referentes flexibles que pueden ser adaptados según los grupos y las situaciones que se estén viviendo en el proceso formativo individual y grupal.

El manual plantea diversas estrategias y técnicas metodológicas, invitando a la participación y desde allí, a asumir un verdadero compromiso por la transformación de emociones, pensamientos y actuaciones; es por ello que las estrategias y técnicas se presentan en forma de espiral donde se pasa de lo individual a lo grupal con miras a una proyección social de los aprendizajes logrados. Los ejercicios propuestos posibilitan así descubrir, recrear, crear y transformar la vida misma con alegría y responsabilidad.

Es importante resaltar cómo la implementación de este manual, por medio de un proceso continuo, puede ofrecer algunas ventajas de acuerdo a las necesidades de los grupos y a la experiencia que tengan los facilitadores o docentes en su desarrollo ya que:

- Informa sobre salud sexual.
- Los contenidos son contruidos teniendo en cuenta las estructuras cognitivas de los adolescentes.
- Retoma la construcción a partir de la experiencia y la interacción con los pares.
- Estimula el auto-aprendizaje mediante la motivación.
- Posibilita la aplicación del conocimiento en la realidad que está viviendo el adolescente.
- Promueve hábitos de vida saludables.
- Fomenta la participación activa invitando al sentir, pensar y hacer.

Para el desarrollo de este manual se trabaja la técnica interactiva del taller pedagógico, el cual parte de una temática específica con su respectivo objetivo, un referente conceptual básico y las estrategias metodológicas a utilizar; todo ello a través de los siguientes momentos:

- **Sensibilización:** es sentir, darse cuenta, por medio de un ejercicio que invite al compromiso de los participantes con la temática propuesta; ésta se desarrolla a partir de juegos, dinámicas, reflexiones, textos, entre otras.
- **Profundización:** es una invitación a que se trabaje desde la experiencia particular de acuerdo con la técnica a desarrollar en cada taller; los participantes realizan un trabajo ya sea en forma individual o grupal, según la temática y las indicaciones dadas por el facilitador, con la finalidad de lograr un aprendizaje significativo. Es un momento de elaboración. Terminada la elaboración individual o grupal, se comparte la vivencia del trabajo realizado como una forma de presentar su visión en relación con la temática del taller. Se permite el intercambio grupal.
- **Propuesta de acción-compromiso:** se busca un cambio de actitud; por ello el trabajo desarrollado en cada sesión, debe llevar a que los participantes planteen aspectos específicos de compromiso, los cuales se materializan en acciones del diario vivir. A partir de los compromisos se comienza la sesión siguiente.
- **Evaluación:** al final de cada taller se encuentra una evaluación. Este es el momento para que los adolescentes evalúen los aprendizajes significativos que obtuvieron durante el proceso y para que el facilitador visualice los aciertos y dificultades vistos en el proceso y así aplicar los correctivos pertinentes.

Debe tenerse en cuenta que los saberes aquí planteados no pretenden desarrollar grandes avances conceptuales, sino relevar lo experiencial; sus enunciados sólo tienen la intención de crear un lenguaje común que permita una aproximación a la temática en desarrollo; por ello, en cada taller se presenta un corto referente conceptual que sirve de apoyo al facilitador.

2.3.1 Recomendaciones para la utilización del manual.

Este manual está diseñado para ser implementado por educadores o facilitadores; por eso cuenta con una metodología de taller vivencial. Para su éxito se recomienda tener en cuenta las siguientes sugerencias:

- Los temas están relacionados entre sí, ya que aportan al proceso formativo en forma integral; sin embargo, pueden ser utilizados en forma independiente sin que se afecte su desarrollo.
- La metodología y sus estrategias buscan generar procesos interactivos horizontales de comunicación; por eso se hace necesario generar espacios de escucha asertiva.
- Para realizar las actividades propuestas en cada taller, el educador o facilitador puede fotocopiar algunos apartes del manual para ser trabajados por los adolescentes; se recomienda

que estos materiales sean archivados en portafolios personales ya que pueden facilitar la evaluación del proceso realizado por cada adolescente.

- Es importante mantener un clima de intimidad, respeto y reflexión permanente en el grupo para lograr la introspección de las temáticas.
- Los ejemplos planteados en los talleres deben ser producto de la experiencia cotidiana para buscar una mayor asimilación.
- Es importante mantener un clima agradable de voluntad y participación, donde los adolescentes se sientan cómodos y aceptados como son, nunca juzgados.
- Cuando algún participante está hablando, solicítele a los demás que lo escuchen. Todos merecen ser reconocidos y visibilizados como lo que son: *personas*.
- Al inicio de la sesión construya con los adolescentes las reglas que deben cumplirse durante el desarrollo del taller.
- El educador o facilitador debe manejar el tema que va a desarrollar; esto implica la preparación de cada sesión con anterioridad.
- El manual es una guía, por tanto, se pueden utilizar otras estrategias metodológicas diferentes a las planteadas, siempre y cuando se cumpla con el objetivo propuesto.
- La actitud propositiva debe predominar en el desarrollo del taller; por eso se debe trabajar con elementos donde se resalten los elementos positivos de las vivencias personales y grupales.
- Preparar los materiales antes de llegar a la sesión y disponer de los materiales suficientes para todo el grupo.
- El trabajo de cada sesión es una experiencia vivencial y educadora, por tanto, este proceso debe dejar a los participantes aprendizajes significativos, duraderos para su vida desde una perspectiva ética.
- El educador o facilitador debe estar atento a las reacciones que emergen de los diferentes procesos afectivos y cognitivos, evitando dejar situaciones inconclusas o de malestar.
- El educador o facilitador debe posibilitar permanentemente expresiones que reflejen su autoimagen y autoestima.
- El educador o facilitador debe siempre respetar el sentir del grupo.
- El educador o facilitador debe evitar violentar o agredir la intimidad de los participantes.
- El educador o facilitador debe incentivar la expresión afectiva en cada una de las actividades.
- El educador o facilitador debe mantener un clima motivacional en todas las actividades, para que los participantes se sientan convocados, valorados, y reconocidos.

2.4 Talleres

2.4.1 La adolescencia y sus transformaciones

Taller 1: Adolescencia

Objetivo

Posibilitar espacios reflexivos, con el fin de que el adolescente reconozca de manera asertiva su condición de adolescente y las características que lo hacen ser y sentirse sujeto en construcción.

Referente conceptual. La adolescencia, contexto de cambios

Los conceptos de adolescencia y juventud corresponden a una construcción social, histórica, cultural y relacional, que a través de las diferentes épocas y procesos históricos y sociales han ido adquiriendo denotaciones y delimitaciones diferentes: “la juventud y la vejez no están dadas, sino que se construyen socialmente en la lucha entre jóvenes y viejos” (Bourdieu, 2000, p. 164). A la base de esta evolución conceptual, la historiografía y la filosofía aportan los antecedentes más remotos, principalmente por el trabajo de fuentes documentales accesibles, a partir de la tensión siempre presente en el análisis social sobre la constitución de categorías sociales y nociones que dan cuenta del proceso en que los sujetos atraviesan por un ciclo vital definido histórica y culturalmente (Sandoval, 2002; Feixa, 1999; Levi y Schmitt, 1996). La misma noción de infancia nos remite a este considerando, y sus dinámicas de paso desde la infancia a la denominada edad adulta o adultez. El intersticio entre ambos estadios es lo que se suele concebir como el campo de estudio y conceptualización de la adolescencia y la juventud, con delimitaciones en ambas no del todo claras, que en muchos aspectos se superponen, dependiendo de los enfoques utilizados para esos efectos (Dávila, 2004).

Conceptualmente la adolescencia se constituye como campo de estudio, dentro de la psicología evolutiva, como lo referencia (Dávila 2004, citando a Delval, 1998) la adolescencia es

Una edad especialmente dramática y tormentosa en la que se producen innumerables tensiones, con inestabilidad, entusiasmo y pasión, en la que el joven se encuentra dividido entre tendencias opuestas. Además, la adolescencia supone un corte profundo con la infancia, es como un nuevo nacimiento (tomando esta idea de Rousseau) en la que el joven adquiere los caracteres humanos más elevados. (p. 545)

De igual forma Feixa (2006) cita a Hall (1904) planteando que:

La adolescencia es un segundo nacimiento (...) porque es entonces cuando aparecen los caracteres más evolucionados y esencialmente humanos (...) El adolescente es neo-atá-

vico y en él las últimas adquisiciones de la raza resultan poco a poco preponderantes. El desarrollo es menos gradual y más discontinuo, lo cual evoca un periodo anterior de tormenta y estímulo cuando los viejos puntos de anclaje fueron rotos y un nivel superior fue asimilado. (p. 235)

La adolescencia es una etapa en la que se busca conformar una identidad, partiendo de un modelo externo. Dicho modelo es elegido por características que concuerden con las necesidades psicológicas y vitales que el adolescente está experimentando. En la construcción de estos modelos también influye el referente social que ha sido transmitido en la relación con sus padres, quienes a su vez lo tomaron de la sociedad. (Juárez, 2002)

Los adolescentes son vulnerables a las influencias de los modelos sociales y a los entornos de vida que frecuentan (Máiquez, 2004); poco a poco se van separando del primer soporte, que son los padres, para plegarse a nuevos ideales y consolidar nuevas identificaciones con el fin de definir la manera en la que participará dentro de su cultura.

Si las bases para la construcción de la identidad son deficientes, el establecimiento del adolescente como individuo se conforma por medio de una exploración difusa, carente de estructura o con una presencia en el medio autoafirmada en acciones efímeras; lo cual es resultante en la organización de una identidad parcial que incorpora los riesgos como expresiones de autoafirmación para compensar el empobrecimiento de los mecanismos de respuesta a las demandas y necesidades que se deben enfrentar (Rojas, 2001).

Para autores como Aberastury (2002) y Blos (1986), la adolescencia se divide en tres etapas:

- *Adolescencia temprana*. Donde inicia el desinterés por los padres, se buscan relaciones con compañeros del mismo sexo, se pone a prueba la autoridad, se cela la intimidad; así como el desarrollo de capacidades cognitivas, el dominio de la fantasía, la inestabilidad emocional y la falta de control de impulsos.
- *Adolescencia media*. Se intensifican los conflictos con los padres, la relación con los compañeros y la experimentación sexual. Se conforman sentimientos de invulnerabilidad y conductas omnipotentes.
- *Adolescencia tardía*. El adolescente llega a sentirse más próximo a sus padres y a sus valores, da prioridad a las relaciones íntimas. Desarrolla su propio sistema de valores e identidad personal y social que le permiten intimar.

Desde los autores ya mencionados existen dos etapas más: (a) la *pre adolescencia*, conceptualizada como la maduración física de la pubertad; se presenta también una gran curiosidad sexual, la necesidad de amigos y defensas de tipo religiosas e intelectuales para calmar la ansiedad ante la ruptura con la infancia; y (b) la *post adolescencia*, en la cual se concreta la personalidad, hay independencia económica y se logran armonizar los deseos y las elecciones.

Desarrollo del taller

Fase de sensibilización. Reconociendo mi adolescencia.

Cada participante hará una línea de vida, puntuando los momentos más significativos de su existencia: infancia, niñez y adolescencia; para ello utilizará las flechas que contiene el siguiente recuadro. En cada momento importante buscará recordar y anotar cuáles han sido los cambios físicos, mentales, los sentimientos y emociones encontradas y los comportamientos que han predominado. Al finalizar esta actividad el participante responderá la siguiente pregunta, ¿cómo han incidido estos cambios en su condición de adolescente?



Fase de profundización. Construyendo el concepto de adolescente.

Con la ayuda de la siguiente silueta cada uno de los participantes responderá la pregunta ¿qué es ser adolescente hoy? colocando respuestas breves desde el pensar, sentir, hacer y comportarse. (Los participantes se podrán ayudar de recortes de periódicos, láminas, adhesivos, entre otros.)



Ilustradores: Kelly Yuranni Valencia Marín y David Alejandro Mejía Buitrago-
Fundación Universitaria Luis Amigó (Colombia)*

* Todas las ilustraciones de este libro fueron realizadas por Kelly Yuranni Valencia Marín. Estudiante. Programa de Publicidad. Facultad de Comunicación Social y Publicidad. Fundación Universitaria Luis Amigó. Contacto: kellyvalenciamarin@hotmail.com. Y David Alejandro Mejía Buitrago. Estudiante. Programa de Publicidad. Facultad de Comunicación Social y Publicidad. Fundación Universitaria Luis Amigó. Contacto: pitoxlon.deviantart.com

El facilitador recogerá en una gran silueta dichos conceptos para que luego todo el grupo pueda concluir qué es ser adolescente.

Socialización. Compartiendo experiencias significativas, tatuando mi condición de adolescente.

Se organizan en grupos de cinco personas y eligen un integrante, quien servirá de modelo para fijar en su cuerpo imágenes y textos que den cuenta de lo que es un adolescente hoy. Estos escritos se realizarán en fichas y luego se fijarán en el cuerpo del modelo con la ayuda de cinta adhesiva.

Propuesta de acción y compromiso.

Presentar una lluvia de ideas sobre vídeos, películas o dramatizados, que se estén presentando en la televisión o el cine en la actualidad sobre adolescentes y desde allí hacer un análisis retomando algunos de los títulos propuestos por los participantes.

Evaluación.

Buscar manifestaciones de la naturaleza que les permita comparar con lo que viven los adolescentes en la actualidad, presentar al grupo diferentes símiles. Como ejemplo, se presenta la tabla 2.1. para que los participantes la continúen construyendo..

Tabla 2.1 *Manifestaciones de la naturaleza en comparación con sus vivencias de adolescentes*

Vivencias de los adolescentes	Manifestaciones de la naturaleza
Agresividad	Volcán
Alegría	
Amistad	
Relaciones con los amigos	

Taller 2: Un nuevo cuerpo, un nuevo pensamiento y un nuevo comportamiento en el adolescente.

Objetivo

Asumir los cambios que se genera con la adolescencia que le permita una mejor valoración de su condición, logrando vivir un aquí y un ahora con sentido.

Referente conceptual

El paradigma que enfatiza la adolescencia como etapa de transición, favorece la visión del período como crisis normativa: *la edad difícil*. De ahí, que no sea de extrañar que su visibilización programática haya tenido origen en manifestaciones preocupantes para el acontecer social.

Fueron los problemas de salud sexual y reproductiva los primeros en poner a la adolescencia en el tapete como sujeto prioritario de atención de la salud. A partir de ello otros comportamientos fueron considerados dignos de ser atendidos. Es cuando se descubre que una impactante proporción de las muertes durante la adolescencia se producen por las llamadas causas externas. Se modifica así el paradigma que establecía la equivalencia *adolescencia=edad más sana* por el paradigma *adolescencia=etapa de riesgo* y se focaliza la atención de los y las adolescentes de acuerdo con el problema específico de que son portadores.

La fragmentación programática de la adolescencia como problema se revela al definirla en relación con el embarazo, la delincuencia, las drogas, la deserción escolar, las pandillas, etc. Se construye una percepción generalizadora sobre la adolescencia a partir de estos polos sintomáticos y problemáticos. La prevención y atención se organiza para la eliminación de estos problemas y peligros sociales más que para el fomento del desarrollo integral de los grupos de adolescentes y jóvenes (Krauskopf, 1997).

La evaluación que se ha hecho de esta práctica de intervención, demuestra que un enfoque basado en la enfermedad y los problemas específicos tiene escaso efecto en el desarrollo humano adolescente e involucra un alto costo económico (Blum, 1996). A esto puede agregarse que el énfasis en el control favorece la estigmatización criminalizante de la juventud.

A partir del entramado que conforman la dimensión biológica y social de la sexualidad (principalmente a través del patrón psicosexual transmitido en el plano familiar) se irá conformando la dimensión psicológica que se expresa en la identidad sexual, entendida como la forma individualizada de pensar y sentir que concede al individuo originalidad y exclusividad. La misma está conformada por tres elementos importantes: la identidad de género, el rol de género y la orientación sexual, esta última como preferencia para la elección de la pareja sexual.

La identidad sexual, se consolida a finales de la adolescencia; sin embargo, se va construyendo desde el nacimiento del sujeto. El proceso de su formación comienza desde la diferenciación entre hombres y mujeres, teniendo en cuenta sus características anatómicas y fisiológicas, donde al niño se le otorga un sexo de asignación “hombre” o “mujer”, lo cual dará paso a una serie de influencias educativas que irán pautando su masculinidad y feminidad en relación con determinantes culturales, por ejemplo, a través del color de las prendas de vestir o de sus juguetes. Mediante estos y otros medios se les va enseñando a aceptar y a identificarse con su género y les son transmitidas las expectativas sociales en torno a este, es decir, se irán conformando la identidad y rol de género.

El aprendizaje recibido por el individuo en el marco familiar, en cuanto a la sexualidad, también se reflejará en su relación de pareja. Este proceso de aprendizaje resulta comprensible a partir del fundamento teórico que aporta el Enfoque Histórico Cultural del Desarrollo Psíquico perfeccionado por Vigotsky (1987) y que se sustenta en las concepciones del materialismo dialéctico. Esta teoría aporta una comprensión más acabada del origen de las funciones psíquicas superiores. En esencia, parte de considerar al desarrollo psíquico como una unidad dinámica que va a cambiar a lo largo del ciclo vital y que será resultado de la interrelación de los factores biológicos y sociales, donde los primeros sirven de base o premisa al desarrollo, pero en lo fundamental, y los segundos, son la fuente de formación del psiquismo humano. Como resultado de esta interacción es que emerge lo psicológico, el cual constituye uno de sus principios básicos: la interrelación dialéctica de lo biológico, lo psicológico y lo social.

Desarrollo del taller

Fase de sensibilización. Mi autobiografía

Se invita a cada participante para que escriba su autobiografía, tratando de plasmar el mayor número de cambios significativos que recuerde. Hacer una descripción personal detallada, con el mayor número de aspectos físicos, emocionales, intelectuales y sociales que ha logrado cambiar desde que era niño o niña hasta llegar a sentirse adolescente, será la tarea en esta primera fase del taller.

En la narración se hará énfasis en acontecimientos de su vida personal en el cual haya tenido que reconocer o enfrentar dichos cambios (ver tabla 2.2).

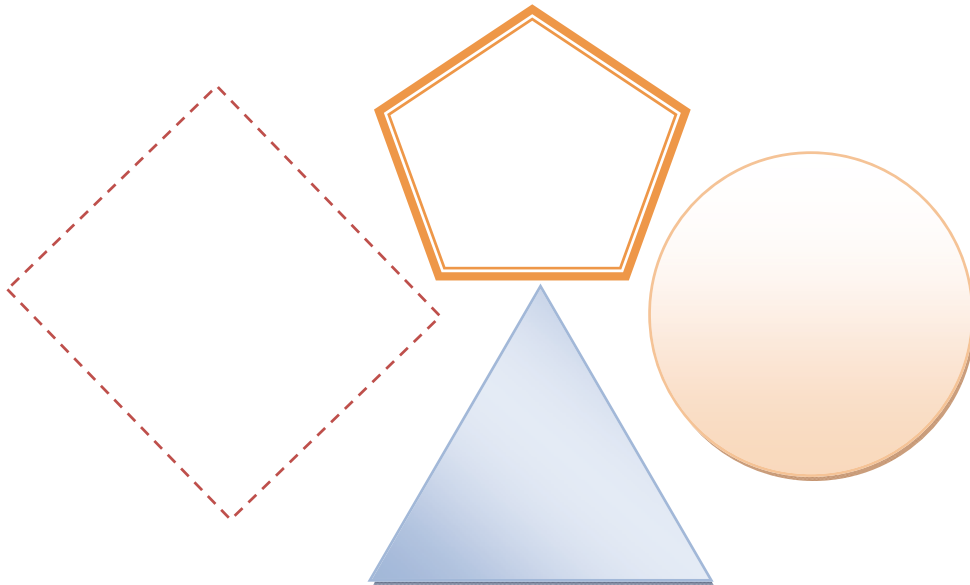
Propuesta de acción y compromiso.

Invitamos a los participantes a que, al finalizar el día, respondan la pregunta: ¿Qué implicó ser adolescente hoy?

Se les sugiere que traten de compartir dicha respuesta con alguien cercano a ellos.

Evaluación

Expresa las diferentes percepciones que se vivieron durante la realización del taller, analizando las ventajas que implica reconocer los cambios en la adolescencia. Con la ayuda de las siguientes figuras geométricas se trata de plasmar en estas los aportes sobre el tema.



Taller 3: La sexualidad en el adolescente

Objetivo

Reconocer un concepto amplio de la sexualidad como elemento integrador de lo biológico, lo psicológico, lo social y lo cultural y que supere los aspectos de genialidad y reproducción.

Referente conceptual

Según la cartilla “Salud Sexual y Reproductiva”, la palabra sexualidad encierra una serie de valores y actitudes que suponen factores del pensar, sentir y actuar y que están presentes desde el nacimiento hasta la muerte; es una dimensión de la personalidad que está presente en la conducta humana (Alcaldía de Medellín-Secretaría de Salud, 2008, p. 45).

La sexualidad se refiere a la forma de sentir, vivenciar y actuar que tienen los hombres y mujeres. Tiene que ver con nuestro cuerpo y las sensaciones que él genera. No es cierto que la sexualidad comience cuando los órganos sexuales se están desarrollando en la adolescencia. La sexualidad es un elemento humano que siempre está presente en todas las etapas de desarrollo de las personas.

La sexualidad es la función de relación con los demás, caracterizada por la búsqueda de comunicación, afectividad y placer. Su estructuración es fundamentalmente social y cultural, más que biológica. Entendiendo que la sexualidad no es sólo un elemento esencial del desarrollo humano, constituye una forma de expresión del ser y de los sentimientos más íntimos.

La sexualidad también es asumida como la capacidad que se tiene de expresar sentimientos y emociones como el amor, el deseo y la pasión, entre otros, a través de un compartir sexual. Por tanto, la sexualidad es una manifestación del ser humano y comprende tanto el aspecto biológico (reproducción), psicológico (expresión de sentimientos) como el sociocultural (relacionado con las exigencias de la sociedad en la que vive) y que permite la diferencia entre individuos, ya sea como hombre o como mujer, en su grupo social. La sexualidad es parte de la salud y del desarrollo de la personalidad; por tanto, el hombre y la mujer poseen características sexuales que son naturalmente complementarios.

Destaca la cartilla de la Secretaría de Salud del Municipio de Medellín, cómo las primeras vivencias relativas a la sexualidad tienen que ver con el contacto con los padres y las sensaciones relacionadas

con ellos: la lactancia materna, las caricias, los besos, los abrazos, las palabras, el afecto. Estas primeras experiencias de afecto y contacto físico son importantes para que los niños y jóvenes desarrollen confianza al demostrar su afecto. Sentimientos que más adelante podrán explorar por medio del enamoramiento, el matrimonio y la gestación.

En consecuencia, la sexualidad es una función del ser humano tan importante como comer, respirar, sentir, y que trasciende en el individuo al influir en su equilibrio emocional y social. (Molina, 1999).

Desarrollo del taller

Sensibilización. Buscando significados al concepto de sexualidad

A partir de materiales varios como revistas, periódicos, afiches, entre otros, el grupo debe realizar un collage de lo que es para ellos la sexualidad; esta actividad se puede hacer en forma individual o en pequeños grupos.

El facilitador dispone todos los collage en la parte delantera del espacio y pregunta por las diferentes concepciones y apreciaciones que se tienen de la sexualidad; posteriormente plantea la pregunta: ¿Hay más aspectos de la vida cotidiana en los que se presentan relaciones placenteras? Con las respuestas y ayudado con algunas láminas, el facilitador muestra una visión integral de la sexualidad, que se manifiesta compartiendo en la familia, en el deporte, en situaciones de alegría o de tristeza, entre otras.

Profundización. Mi sexualidad

Parte 1: Se trabaja en parejas, donde una persona se acuesta sobre papel y la otra delinea su silueta con lápiz o marcador; luego se invierte el trabajo, de tal forma que cada una pueda recortar su propia silueta y le complete los rasgos que desee, resaltando sus cualidades físicas, emocionales y cognitivas que más le agradan. Además colorea las partes de mayor sensibilidad.





Parte 2: Cada persona coloca su silueta en la pared y lo acompaña con un cartel donde se diga un mensaje, halago o “piropo” que cada uno sienta y se merece.

Parte 3: Posteriormente se hace una plenaria donde cada uno lea su propio piropo, y los demás voluntariamente le pueden decir o escribir otro dentro de su propia silueta.

Parte 4: A partir del ejercicio se lleva al grupo a pensar en un sentido más amplio lo que implica la sexualidad y su vivencia.

Parte 5: Para finalizar esta actividad cada persona realizará una línea a través de flechas (ver tabla 2.4) que muestre las etapas de su vida, tales como: primera infancia, niñez, adolescencia, juventud; debajo de cada sección, podrá escribir aspectos que recuerda de la vivencia de la sexualidad. Quien desee libremente compartirá los aspectos sobre su sexualidad encontrados en el ejercicio.

Tabla 2.4 Sexualidad en las etapas de mi vida

			
Primera Infancia	Niñez	Adolescencia	Juventud

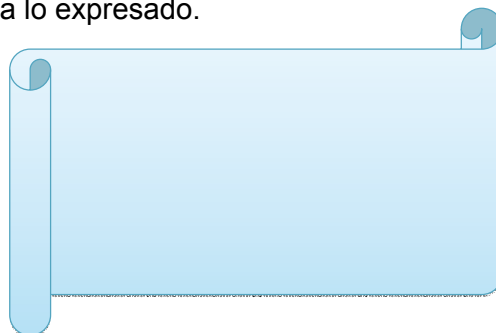
Mi propia escultura: con la ayuda de un fondo musical se realiza una relajación tratando de sentir y reconocer diferentes posturas corporales (*soy una masa moldeable*).

Con los ojos cerrados y el apoyo de un material moldeable (barro o plastilina) que el facilitador le proporcionará a cada uno de los participantes, cada persona moldea su cuerpo, expresando cómo se siente aquí y ahora. Terminada la obra, se abre los ojos y se complementan los detalles.



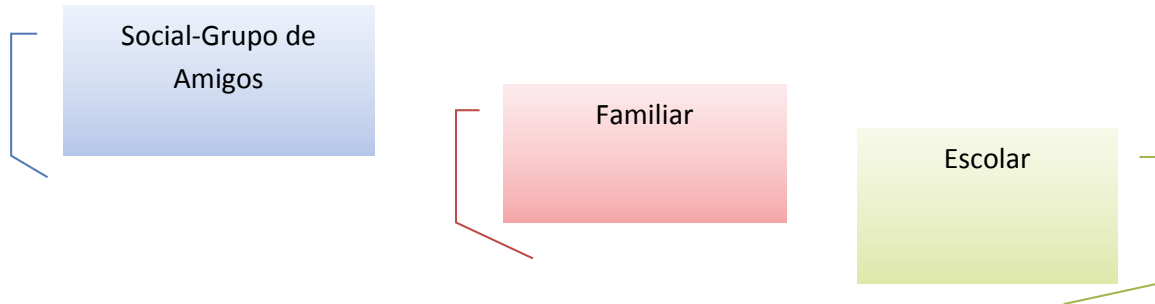
Ilustradores: Kelly Yuranni Valencia Marín y David Alejandro Mejía Buitrago-Fundación Universitaria Luis Amigó (Colombia)

Se posibilitará un tiempo determinado para que se expresen sentimientos sobre lo que implica ver la obra que se acaba de moldear sobre sí mismo, plasmando sobre un pergamino algunas palabras *fuera* que den sentido a lo expresado.



Propuesta de acción y compromiso

El facilitador solicitará al grupo que escriba ejemplos de cómo vivir una sexualidad placentera y responsable en los diferentes contextos: social-grupo de amigos, familiar, escolar.



Evaluación

El facilitador realizará una evaluación a partir de gestos en los que los participantes puedan expresar su grado de satisfacción o no dentro de la actividad (podrá gestuarlo o pintarlo) así:



Sonriendo: Me sentí bien en la actividad.



Pensando: Siento que tengo mucho que cambiar.



Enojado: Me disgustó el taller.



Triste: Sentí que no aproveché al máximo el taller.

Ilustradores: Kelly Yuranni Valencia Marín y David Alejandro Mejía Buitrago-Fundación Universitaria Luis Amigó (Colombia)

Los participantes podrán plantear otras expresiones diferentes.

Taller 4: Identidad y género

Objetivo

Reflexionar sobre la identidad y condición de género que le corresponde asumir a cada adolescente, permitiendo vivir con plenitud su sexualidad. Clarificar aspectos socioculturales que inciden en las relaciones de género y que posibilitan o inhiben la sexualidad de cada persona.

Referente conceptual

En el período de definición de la identidad adolescente, hay algunos que viven este momento simplemente como un continuo de fases previas; otros lo experimentan como una fase emergente y nueva; y hay algunos que tienen la experiencia de un período turbulento y plagado de incomprendimientos. Estos dos últimos grupos padecen de sentimientos de angustia, inseguridad, vergüenza y confusión. La apariencia física, la autoimagen, la imagen corporal y los sentimientos asociados a ellas, afectan significativamente el sentido de sí mismo que cada adolescente desarrolle en este estadio de sus vidas.

Hombres y mujeres por igual construyen su proceso identitario en la cotidianidad de la familia, la escuela y los contextos en donde desarrollan sus vidas. Algunos jóvenes bellos y dotados pueden estar muy contentos y orgullosos de sí mismos y pasar por la vida sintiéndose ganadores. Muchos de ellos habrán basado parte importante de su identidad en estos atributos. Otros disconformes consigo mismos, acomplexados y avergonzados de su cuerpo y apariencia transitarán tristes y muchas veces deprimidos. Los adolescentes en la cotidianidad pertenecen a grupos de amistades que tienen gran influencia sobre ellos; lo que el grupo establece como adecuado o inadecuado, es lo que es valorado, desarrollando un sentido de pertenencia que les brinda seguridad y apoyo entre los pares. Una identidad responsable corresponde a un ser que se potencia a la luz de cumplir compromisos, elegir libre y personalmente su decisiones, siendo consciente de lo que hace y como lo hace, y por último el proceso identitario es una construcción en permanencia que nunca finalizará.

Desarrollo del taller

Fase de Sensibilización. ¿Quién soy?



Ilustradores: Kelly Yuranni Valencia Marín y David Alejandro Mejía Buitrago-
Fundación Universitaria Luis Amigó (Colombia)

Se organiza el grupo en parejas, cada participante debe conocer su pareja y buscar en revistas o periódicos imágenes que den cuenta de sus comportamientos, emociones o sentimientos. En la espalda de cada participante, su pareja le fijará con un alfiler dicho collage o figuras recortadas. Una vez cada participante tenga su collage pegado en la espalda, cada uno debe descubrir qué representaciones tiene, preguntando a los demás cosas como: ¿Soy útil? ¿Valgo mucho? ¿Soy tranquilo? entre otras. Los demás sólo pueden responder sí o no, hasta que cada uno trate de adivinar o deducir qué figuras tiene en su espalda y qué quiere decir este mensaje.

Una vez se realice el ejercicio con todo el grupo, cada pareja vuelve a estar junta para que cada uno le explique a su compañero qué representaban las imágenes seleccionadas y qué tienen que ver con su identidad.

Profundización. Buscando mi auténtico disfraz

Se organiza el grupo en pequeños subgrupos (cinco personas); cada subgrupo selecciona a un integrante que se debe retirar unos minutos mientras que su equipo selecciona el disfraz que le vendría bien, tomando en cuenta su comportamiento, su actitud frente a la vida, su modo de ser, sus características más notorias; el disfraz puede ser de: fenómeno natural, cosas, emociones, virtudes,

Momento del debate:

- ¿Cuál es tu primera reacción ante las dos imágenes? ¿Por qué?
- ¿Cuáles fueron tus sentimientos?
- ¿Cómo modificarías las imágenes? ¿Por qué?
- ¿Qué prejuicios se tienen frente a las ocupaciones por género?

Una vez terminado el ejercicio anterior se entregan tarjetas con los siguientes interrogantes a cada uno de los participantes:

¿Quién soy yo?

¿Cuáles características, gustos actitudes y opiniones que son propias, me distinguen de los demás?

¿Cuáles hechos son importantes en mi vida?

¿Qué repercusiones conllevan a tener y asumir el género?

¿Yo soy único, nadie es igual a mí?

¿Cuáles son los mayores problemas que he tenido en mi vida relacionados con mi género?

Propuesta de acción y compromiso

Descripción poética. Se sientan por parejas y luego de mirarse largamente a los ojos con las manos unidas, se pasa a realizar una descripción detallada de la persona que tenemos al frente, se motiva para que la descripción tenga elementos de identidad y de género.





El facilitador recoge estas descripciones y las lee en voz alta para que la persona que considere que es su descripción la reconozca a través del texto leído.

Evaluación

Cada participante elaborará una tarjeta de presentación. Con este material se realiza una exposición-plenaria sobre lo vivido durante el taller, enfatizando sobre la identidad y el género.



Taller 5: Los grupos en la vida de un adolescente

Objetivo

Reconocer la importancia que ejerce su grupo de iguales en el desarrollo de su vida de adolescente, ofreciendo las ayudas, apoyos para avanzar en el proceso de socialización.

Referente conceptual

La profesora Anastasia Téllez Infantes (s.f.) en su texto “La Identidad Cultural en la Adolescencia” argumenta cómo la familia es el primer grupo al que pertenecemos, pero a medida que vamos creciendo, nos vamos relacionando con otras personas y vamos formando parte de otros grupos: el grupo de amigos, el grupo de la clase, el grupo del club. ¿Qué es lo que caracteriza a un grupo? Que sus miembros tienen expectativas comunes, comparten gustos o preferencias, sus integrantes se reconocen como parte de él y a su vez, son reconocidos como tales por otras personas que no pertenecen a él. Esto significa que aquello que une a los miembros de un grupo, también los distingue de los demás.

Existen grupos, como la familia, en el cual sus miembros ocupan diferentes posiciones (abuelos, padres, hijos, hermanos). En otros grupos, como el de amigos, todos los miembros ocupan una misma posición, ya sea por tener una misma ocupación o por pertenecer a una misma generación. Al grupo en el que todos ocupan una misma posición se le llama *grupo de pares*. Así, en la escuela los compañeros de clase conforman el grupo de pares por ser alumnos; y el equipo de docentes conforman a su vez otro grupo de pares. En el caso del adolescente, en particular, su grupo de pares es sumamente importante para su búsqueda de identidad.

El grupo aporta seguridad, atención y dignidad al adolescente, en un mundo que a menudo le resulta anónimo, complejo, insensible y debilitante. La necesidad de tener un grupo de pertenencia y ser aceptado en el define su comportamiento. En medio de una confusión de roles y al no poder mantener la dependencia infantil ni poder asumir todavía la independencia adulta, el adolescente delega en el grupo gran parte de sus atributos, y en los padres la mayoría de sus responsabilidades. Mediante este mecanismo, el adolescente puede llegar a sentir que “él no tiene nada que ver con nada” y que son los otros los que “deben hacerse cargo”. Esto también puede explicarnos cierta *desconsideración* que experimentan hacia los seres y las cosas del mundo real. Como consecuen-

cia de esta etapa que a los jóvenes les toca transitar, resulta adecuado que el funcionamiento de la escuela, sus normas y su proyecto pedagógico se orienten a impulsar la libertad, la independencia, la responsabilidad de acción, de pensamiento y de convivencia.

Consideramos pues la *identidad* como unidad de personalidad sentida por el individuo y reconocida por los otros, ya que este *saber quién soy* es un tema crítico para los jóvenes. Si bien esta identidad va siendo construida por el adolescente, también es fundamental reconocer que los otros tienen mucho que ver en su constitución a través de su mirada, sus apreciaciones y del lugar que le otorgan. Estos *otros* son tanto los pares como los adultos. Además, el proceso de construcción de la identidad es compartido por el grupo de adolescentes y, por lo general, muy conflictivo para ellos.

De acuerdo con Daniel Levy (s.f.), retomando a Francoise (1988), afirma que, “el colectivo suele ser un refugio y un sustituto de la confianza en uno mismo (...) Los adolescentes creen en la amistad, sólo la amistad les hace la vida más soportable”. (párr. 22)

Por lo general los grupos se forman a partir de intereses o actividades comunes que realizan sus miembros. Al nombrar a los *grupos escolares* estamos hablando de un tipo particular de grupo; este resulta del agrupamiento de individuos de una misma edad que comparten un ámbito físico por un período de tiempo establecido y del cual se espera que cumplan con determinados objetivos pedagógicos y sociales.

Dicho de esta manera, observamos que el grupo escolar es un agrupamiento que la mayoría de las veces se realiza por azar y que tiene un tiempo de duración. Todo grupo escolar tiene, más allá de las variaciones que pueda presentar en la composición de sus integrantes, un momento de formación y un momento de disolución. Es posible que como resultado de su historia, parte de ese grupo continúe una relación una vez finalizada la etapa escolar; pero aún así y habiendo relación entre los miembros del grupo, habrá dejado de ser el grupo escolar, porque ya no comparten ni un tiempo ni una tarea común, ni los reúne un mismo ámbito físico.

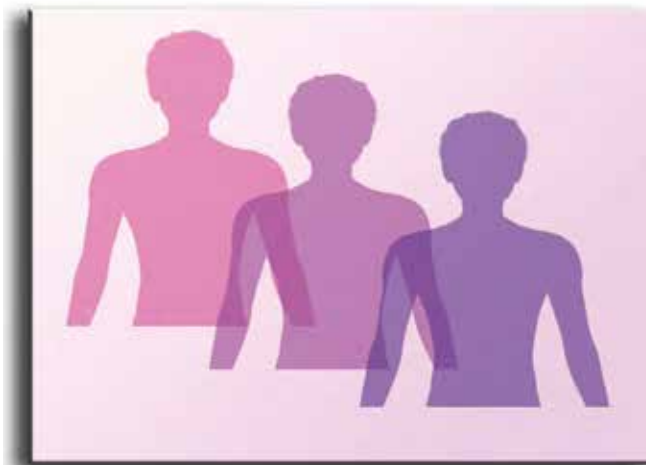
Si comparáramos con otros agrupamientos humanos podríamos decir entonces, que no es común que un grupo se conforme por azar, es decir independientemente de sus gustos o motivaciones, ni que conozca claramente su origen y menos aún su momento de disolución. En este sentido y a pesar de que el grupo escolar aparece como paradigma de la conformación de grupos de niños y adolescentes, es una construcción propia de la institución escuela.

“El grupo escolar en muchas representaciones sociales aparece como el lugar natural del niño o del adolescente. Esta representación aleja la idea de construcción, de *artefacto* diseñado para el funcionamiento escolar. Por otro lado, excluye otras realidades de niños y jóvenes que no tienen la contención del marco escolar” (Levy, s.f., párr.6).

Desarrollo del taller

Fase de sensibilización. En conexión con el grupo

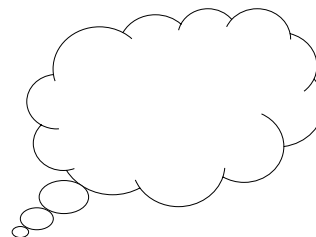
El grupo de participantes se divide en dos. Cada subgrupo forma círculos concéntricos formando parejas mirándose frente a frente.



Ilustradores: Kelly Yuranni Valencia Marín y David Alejandro Mejía Buitrago-
Fundación Universitaria Luis Amigó (Colombia)

El facilitador da un tema y durante un minuto cada pareja debe abordar dicho tema, al cabo del cual se da una señal y los participantes que están en el círculo anterior dan un paso hacia la derecha, llegando a donde está el otro compañero, para ejecutar la misma acción. Se termina el juego cuando todos se encuentran con su primer compañero. Entre los temas planteados tenemos:

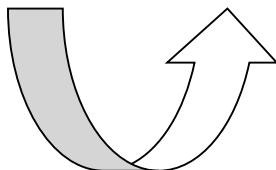
- El valor de la amistad.
- El sentido de participar en un grupo.
- La mayor satisfacción con los amigos.
- El amigo más especial.
- El deporte o demás actividades que realiza en grupo.
- Las dificultades vividas en grupo.
- Su mayor anhelo con relación a su grupo de pares.
- Su mayor preocupación con relación a su grupo de pares.
- El mejor regalo que le haría a su grupo.



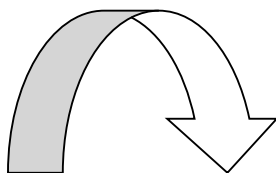
Terminada la ronda, cada persona expresa lo que significó dicha vivencia:

Fase de profundización. Tejiendo vínculos

Los participantes se ponen de pie, formando un círculo. Se le entrega a uno de ellos la bola de cordel y una vez la reciba debe decir su nombre y lo que más valora del grupo; le hace un reconocimiento a la persona de allí que más le ha aportado como amigo al tiempo que le tira el cordel.

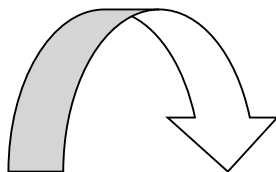


Éste toma la punta del cordel, hace otro reconocimiento y lanza la bola a otro compañero, quien a su vez debe presentarse de la misma manera. La acción se repite hasta que todos los participantes quedan enlazados en una especie de telaraña.

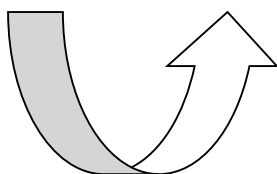


Una vez que todos se han presentado, quien se quedó con la bola debe regresarla al que se la envió, respondiéndole el reconocimiento que le hizo, quien a su vez hace lo mismo, de tal forma que la bola va recorriendo la misma trayectoria pero en sentido inverso, hasta que regresa al compañero que inicialmente la lanzó.

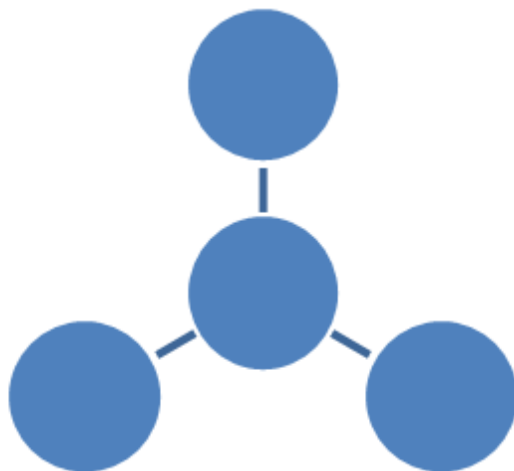
Hay que advertir a los participantes sobre la importancia de estar atentos a la presentación de cada uno, pues no se sabe a quién va a lanzarle la bola y posteriormente deberá dar respuesta al lanzador.



El facilitador va tomando registro de los aportes que cada uno de los participantes hace con el fin de mostrar cuál es el aporte que un grupo da a sus integrantes.



El grupo no me deja caer. Todo el grupo se coloca en círculo; un integrante se coloca en el centro relajado con los brazos sobre el pecho, un participante impulsa y el otro lo recibe; así sucesivamente varias veces, cada persona a su turno va pasando para experimentar la acogida y seguridad que recibe del grupo.



Luego cada persona puede manifestar lo que sintió al tener que depositar su seguridad en sus compañeros; busca la relación con la vida cotidiana.

La protección del grupo sobre el puente. Se coloca el grupo en dos filas (hombro con hombro) con las manos estiradas y alternándolas con la persona del frente. Una persona voluntaria se sube a unos 20, 30, 40 cm más alto que el grupo y se arroja, ya sea de espaldas o de frente, para caer sobre los brazos de sus compañeros. Y estos con movimientos rítmicos hacen que su cuerpo avance por entre los brazos entrelazados de sus compañeros. Como medidas de seguridad se puede colocar una colchoneta y las personas más fuertes al iniciar la fila.

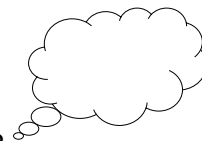
Luego se hace la plenaria sobre lo que significa esta vivencia y su relación con aspectos de la vida cotidiana donde los grupos o las redes afectivas son importantes para poder superar las dificultades.

Socialización. Compartiendo experiencias significativas. Conversando con números.

Sentados en círculos, un participante comparte una situación difícil vivida, pero en vez de palabras lo hace con una serie de números, con una entonación particular, (temor, risa, sorpresa); cuando cualquiera de sus compañeros logre entender su mensaje, este debe responderle con cualquier número pero con la misma entonación y gesto, lográndose un diálogo numérico que puede ser enriquecido por algún otro que esté conociendo la lógica del proceso.

Finalmente, cuando se hayan narrado diferentes situaciones con números se hace el análisis de las situaciones, así:

- ¿Qué sentí cuando el otro entendió el mensaje?
- ¿Qué se necesitó para entrar en el mundo del otro y entender el mensaje?
- ¿Cuál es la importancia de ser escuchado?
- ¿Qué debo entregar a mi grupo de iguales para dar y recibir apoyo?



Propuesta de acción y compromiso

Buscar fotos de los distintos grupos donde el adolescente interactúa y diseñar una micro revista mostrando lo que estos grupos significan para su vida.

Evaluación

Por parejas escribirán una frase que dé cuenta de la integración lograda. Socializar este texto de tal manera que una persona haga la mímica y el otro diga el texto, para ello el que hace la mímica se coloca detrás y saca sus brazos por entre los brazos del hablante que los tiene colocados en su espalda.

A large, empty rectangular box with a thin black border, intended for the first participant to write their response.

Integrante 1

A large, empty rectangular box with a thin black border, intended for the second participant to write their response.

Integrante 2

Taller 6: La cultura y la incidencia en la adolescencia

Objetivo

Reconocer las influencias culturales que reciben los adolescentes y estableciendo lógicas para la interacción, reduciendo así posibles conflictos relacionales.

Referente conceptual

El texto del Fondo de Población de las Naciones Unidas UNFPA-FNUAP (2010, p. 45) manifiesta cómo la globalización ha influido en que los y las adolescentes se encuentren expuestos a influencias multiculturales. Los insumos tradicionales no son los únicos que reciben las juventudes; su desarrollo ocurre con el impacto de múltiples estímulos. Ello ha roto la homogeneidad de las culturas y por consiguiente, la inmovilidad de los roles. Se ha facilitado la diseminación de enfermedades, así como de los avances en el desarrollo humano. Se ha fomentado la inclusión prioritaria de los derechos humanos en la política y en la legislación. Se han redefinido los patrones de consumo y agudizado las diferencias en el acceso de oportunidades y en las condiciones de vida entre los grupos en ventaja socioeconómica y aquellos que no lo están. Las juventudes, más claramente, se constituyen en sujeto múltiple, expuesto a diversos grados de vulnerabilidad y exclusión.

Más adelante se añade en el texto desde el punto de vista de “las relaciones inter generacionales como contexto de la participación adolescente” (p. 66), cómo la exigibilidad de los derechos lleva a un nuevo concepto de participación y replantea las formas de interacción que caracterizaban discriminatoriamente las relaciones inter generacionales. Los cambios sociales han sustituido las bases del llamado conflicto generacional que se expresaba en la lucha por el poder adulto de parte los jóvenes. Mucho de lo que se ha dado en llamar la desafección política juvenil es el abandono de esa lucha. Aparecen nuevas concepciones acerca de la solución de los problemas y en esa situación, los jóvenes, los y las adolescentes, tienen una gran capacidad. El reconocimiento de la incertidumbre actual, de la rápida obsolescencia de los instrumentos de avance cognitivo y social, favorece una crisis de los adultos. El adulto se siente responsable de ser una imagen clara para el joven; cree que no va a poder mantener la autoridad ni el respeto si comparte las dudas y confusiones por las que atraviesa. Pero los jóvenes ven las confusiones, las dudas y deslegitiman una intervención adulta que no esté basada en una comunicación clara y sincera que permita la apertura.

Este cambio va a influir en nuevas relaciones entre los jóvenes y los adultos. Así como el enfoque de género dejó al descubierto el sexismo, un enfoque moderno de juventud deja al descubierto los problemas específicos que se presentan actualmente en las relaciones inter generacionales y que dificultan el desarrollo y la participación. Destacamos las siguientes categorías: el adultocentrismo, el adultismo y los bloqueos generacionales (Krauskopf, 1998).

Desarrollo del taller

Sensibilización. Rompecabezas

Momento 1. Cada participante construirá un rompecabezas con diferentes láminas de manifestaciones culturales de los adolescentes, donde se pueda apreciar un todo completo y sus partes.



Ilustradores: Kelly Yuranni Valencia Marín y David Alejandro Mejía Buitrago-Fundación Universitaria Luis Amigó (Colombia)

Momento 2. Con todos los rompecabezas elaborados se invita a que cada participante arme otro rompecabezas que no sea el suyo de tal manera que vaya visualizando cuál es el actuar del adolescente dentro de una acción sociocultural.



Ilustradores: Kelly Yuranni Valencia Marín y David Alejandro Mejía Buitrago-Fundación Universitaria Luis Amigó (Colombia)

Momento 3. Una vez se encuentren armados todos los rompecabezas se invita a que se analice el todo completo de cada imagen formada y se responda la siguiente pregunta:



Ilustradores: Kelly Yuranni Valencia Marín y David Alejandro Mejía Buitrago-
Fundación Universitaria Luis Amigó (Colombia)

¿Cuál es la influencia que tiene la cultura sobre los adolescentes?

Luego se invita a analizar separadamente sus partes y a responder los interrogantes que a continuación se presentan:

¿Qué pasa cuando se ven partes aisladas de las imágenes propuestas?

¿Puede un adolescente aislarse del contexto o realidad cultural?

Fase de profundización. Indagando por los problemas culturales que viven los adolescentes.

En pequeños grupos, los participantes trabajan sobre un programa de televisión, película o tema musical, e identifican los diversos problemas que allí se presentan por las influencias sociales. Se deben identificar conflictos cotidianos que viven los adolescentes, indagar por las diferentes percepciones que tienen las personas involucradas en esta situación. Luego presentan dichos enunciados problemáticos en la plenaria del grupo, acompañado de grafitis que den cuenta de lo que piensa y siente frente dichas situaciones.

Enunciado 1 _____

Enunciado 2 _____

Enunciado 3 _____

y...¿cuál es tu rollo?

Socialización. Compartiendo experiencias significativas. Noticiero El sentir del adolescente desde los fenómenos culturales.

Una vez socializados los problemas que más agobian a los adolescentes, se divide a los participantes en pequeños grupos (5 o 6 personas), y se les pide que elaboren *cables periodísticos*, *noticias*, de lo que ellos conocen o saben al respecto con hechos concretos (ver tabla 2.5).



Ilustradores: Kelly Yuranni Valencia Marín y David Alejandro Mejía Buitrago-Fundación Universitaria Luis Amigó (Colombia)

Tabla 2.5 Noticias

Cable de Noticias Nro. 1	Cable de Noticias Nro. 2
Cable de Noticias Nro. 3	Cable de Noticias Nro. 4

Se pasa a la plenaria donde se colectivizan todos los “cables” elaborados, en forma de noticiero.

Propuesta de acción y compromiso

Se invita al grupo a que forme parejas y una vez organizadas, se les asigna la tarea de buscar 5 influencias culturales sobre los adolescentes. Se lleva esta lista a una plenaria y desde allí se busca cómo asumen dichas presiones sociales. (Ver tabla 2.6).

Tabla 2.6 *Influencias culturales sobre los adolescentes*

Grupo 1	Influencia 1: Influencia 2: Influencia 3: Influencia 4: Influencia 5:
Grupo 2	Influencia 1: Influencia 2: Influencia 3: Influencia 4: Influencia 5:
Grupo 3	Influencia 1: Influencia 2: Influencia 3: Influencia 4: Influencia 5:
Grupo 4	Influencia 1: Influencia 2: Influencia 3: Influencia 4: Influencia 5:
Grupo 5	Influencia 1: Influencia 2: Influencia 3: Influencia 4: Influencia 5:

Evaluación

Presentar una lluvia de ideas con cualidades, comportamientos, acciones, aptitudes y actitudes que lleve al adolescente a vivir en un medio socio cultural siendo autónomo y responsable.

Cada persona evaluará con ejercicios corporales esta sesión, lo cual se aprovechará para una enseñanza: “cada vivencia tiene una forma diferente de verse”.

Taller 7: Adolescencia: derechos humanos, sexuales y reproductivos

Objetivo

Reconocer y promover entre los adolescentes un espacio para el empoderamiento, respeto y promoción de los derechos humanos, enfatizando en el derecho a relaciones sexuales y reproductivas.

Referente conceptual

Los derechos sexuales y reproductivos son un reto importante cuando se habla de una ciudadanía plena, pues no es fácil articularlos desde las cuestiones legales y políticas hacia las vivencias personales, a su esencia y ejercicio; como dijera Londoño (1996), éstos son los más humanos de todos los derechos. Su concepción no entra exclusivamente en el terreno de la salud como un derecho social, sino que se refiere a la autonomía personal, al derecho a disponer del propio cuerpo y tomar decisiones sobre el mismo e incluso al ejercicio de las libertades individuales.

Uno de los problemas que conlleva la conceptualización de estos derechos es englobar su dimensión sexual y reproductiva, ya que puede impedirse la visualización completa de ambos, sobre todo de los sexuales, y repercutir en la formulación de este tipo de derechos desde las instancias gubernamentales. No son conceptos acabados, los derechos reproductivos se basan en el reconocimiento de la libertad reproductiva de las parejas y los individuos, también incluyen el derecho a gozar de una buena salud sexual y reproductiva, con servicios médicos accesibles y de calidad. Mientras que los derechos sexuales se basan en la libertad, dignidad e igualdad inherentes a todo ser humano, donde cobra particular importancia la dimensión del placer sexual, posibilitan las decisiones libres y responsables sobre todos los aspectos de la sexualidad, libres de discriminación y violencia.

Aunque los derechos sexuales ya son reconocidos como tales, no son contemplados íntegramente en todas sus dimensiones, pues sufren embates desde sectores conservadores y fundamentalistas, e incluso desde esferas gubernamentales, a través de la censura. En el caso de los y las adolescentes esto se ha visto en las confrontaciones sobre aspectos relacionados con su educación sexual, que afecta directamente su derecho a la información científica y laica sobre sexualidad o en

las condenas al ejercicio de su sexualidad, incluyendo el autoerotismo o la diversidad sexual, así como el derecho a vivir su sexualidad libres de discriminación y violencia.

Este tipo de derechos tienen que ver con la justicia social, la democracia y la ciudadanía, considerando que la democracia es multidimensional, inicia dentro de los hogares y llega hasta las macro estructuras civiles y gubernamentales. La ciudadanía implica el ámbito privado, con el ejercicio de la propia autonomía, hasta las esferas públicas del poder, pues tanto la sexualidad como la reproducción son temas que corresponden a las esferas de los derechos, la ética y el ejercicio de la ciudadanía (Ortiz, 2004). En cuanto al concepto de ciudadanía, incluye una amplia gama de cuestiones, contextos y dimensiones (Molyneux, 2001). Es desde la sociedad civil que surge la lucha política por visibilizar los derechos sexuales y reproductivos como garantes principales de la salud sexual y reproductiva.

El ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos genera polémica y confrontación entre distintos sectores de la sociedad y sus visiones del mundo, pues involucran la sexualidad. Sin embargo, son pilares para la salud de los y las adolescentes, pero la forma de ver la salud y la enfermedad crea diferencias en cuanto a la manera de actuar hacia las poblaciones en general y hacia los(as) adolescentes en particular; es evidente que durante mucho tiempo han constituido una *población en la sombra*, al ser considerados como *sanos*, situación que cambió a partir de la importancia creciente de las infecciones de transmisión sexual (en adelante ITS), sobre todo del VIH-sida, así como de la mayor visualización del embarazo en adolescentes.

El otro tema interrelacionado tiene que ver con las identidades de género, lo cual influye en la salud sexual y reproductiva de este grupo poblacional, en aspectos tan importantes como su acceso a la información o a los servicios de salud, en la capacidad de protegerse a sí mismo(a) de embarazos no deseados o de las ITS y el VIH-sida, así como en la posibilidad de que sus voces sean escuchadas por los hacedores de políticas públicas y prestadores de salud.

Los derechos humanos internacionalmente reconocidos son “un conjunto de instrumentos, normas, reglas y mecanismos que regulan y controlan las relaciones mutuas entre las personas, los grupos, las comunidades, los pueblos, el Estado y las naciones”. (DANE, 2005, p. 84)

Los derechos son principios que permiten reconocer, respetar y proteger las particularidades políticas, culturales, raciales y sexuales de las personas.

Los derechos humanos establecen principios para la convivencia en todas las esferas de la vida social: en las relaciones de los(as) ciudadanos(as) con el Estado, en las relaciones de las personas con el planeta, en las relaciones de los ciudadanos entre sí, en la vida familiar y con la pareja; en el terreno de la sexualidad y la afectividad.

Los derechos humanos se fundan en la dignidad de la persona humana. Este es un principio fundamental en el cual se sustentan todos los derechos. La dignidad se refiere al valor intrínseco

del ser humano como miembro de la especie humana más allá de toda diferencia de nacionalidad, raza, religión, nivel de inteligencia o de moralidad y de sexo; la noción de dignidad sirve como hilo conductor para descubrir nuevos derechos y organizar los ya reconocidos (Papacchini, 1989).

Este principio se funda en el respeto que yo tengo por otro o que otro puede exigir de mí (Kant, 1995). La humanidad en sí misma es una dignidad, porque el ser humano no puede ser tratado por nadie (es decir ni por otro ni por sí mismo) como un mero medio, sino que debe ser tratado siempre como un fin.

Respetar la dignidad en nuestra propia persona y en los demás, significa por tanto, tratar a los humanos siempre como fines y nunca sólo como medios.

En el ámbito de la sexualidad y la reproducción, la dignidad significa que todas las personas por el sólo hecho de existir tienen derecho a ser respetados. Ni los hombres, ni las mujeres pueden ser instrumentalizados(as) o usados(as) como objetos o cosa sexual, o instrumentos de procreación.

Es decir, ningún ser humano puede ser vendido, comprado, traficado o explotado sexualmente. Se consideran vulneraciones a la dignidad humana en el terreno de la sexualidad todas las formas de violencia sexual, incluidas la trata de personas, la pornografía y la prostitución.

Las relaciones entre los sexos y entre las generaciones, en especial de adultos, niños y niñas, son campos del ejercicio de poder; allí éste puede asumir formas arbitrarias que atentan contra los derechos humanos de otras personas. Los derechos sexuales y reproductivos son límites al ejercicio arbitrario del poder y normas de convivencia en el terreno de la sexualidad y la reproducción.

Los derechos sexuales y reproductivos son derechos humanos, internacionalmente reconocidos, que garantizan el desarrollo libre, sano, seguro y satisfactorio de la vida sexual y reproductiva, y la convivencia sexual. Estos derechos se basan en la dignidad humana y la libertad de las personas a decidir acerca del ejercicio de su sexualidad y reproducción.

Desarrollo del taller

Fase de sensibilización

El facilitador invita a leer la siguiente reflexión y realizar paso a paso con todos los participantes lo que allí se va diciendo.

El Papel Arrugado.

Mi carácter impulsivo, cuando era niño me hacía reventar en cólera a la menor provocación, la mayoría de las veces después de uno de estos incidentes, me sentía avergonzado y me esforzaba por consolar a quien había dañado.

Un día mi maestro, que me vio dando excusas después de una explosión de ira, me llevó al salón y me entregó una hoja de papel lisa y me dijo: ¡Estrújalo! Asombrado obedecí e hice con él una bolita. Ahora, volvió a decirme, déjalo como estaba antes.

Por supuesto que no pude dejarlo como estaba, por más que traté el papel quedó lleno de pliegues y arrugas. El corazón de las personas, me dijo, es como ese papel... La impresión que en ellos dejas, será tan difícil de borrar como esas arrugas y esos pliegues.

Así aprendí a ser más comprensivo y paciente. Ahora cuando siento ganas de estallar, recuerdo ese papel arrugado. (Anónimo).

La impresión que dejamos en los demás es imposible de borrar... más cuando lastimamos con nuestras reacciones o con nuestras palabras... luego queremos enmendar el error pero ya es muy tarde... alguien dijo alguna vez "Habla cuando tus palabras sean tan suaves como el silencio". Por impulso no nos controlamos y sin pensar arrojamos en la cara de los demás palabras llenas de odio o rencor y luego cuando pensamos en ello nos arrepentimos. Pero ya no podemos dar marcha atrás, no podemos borrar lo que quedó grabado en la otra persona. Mucha gente dice:

- Aunque le duela se lo voy a decir...
- La verdad siempre duele...
- No le gustó porque le dije la verdad...

Si sabemos que algo va a doler, a lastimar, si por un instante imaginamos cómo podríamos sentirnos nosotros si alguien nos hablara o actuara así...



¿Lo haríamos?

Ilustradores: Kelly Yuranni Valencia Marín y David Alejandro Mejía Buitrago-
Fundación Universitaria Luis Amigó (Colombia)

Otras personas dicen que prefieren confrontar y de esa forma se justifican al lastimar:

- Se lo dije al fin...
- Para qué le voy a mentir...
- Yo siempre digo la verdad, aunque duela...

Que distinto sería todo si pensáramos antes de actuar, si frente a otros estuviéramos sólo nosotros y todo lo que sale de nosotros lo recibiéramos nosotros mismos ¿no?, entonces sí nos esforzaríamos por dar lo mejor y por analizar la calidad de lo que vamos a entregar...

Aprendamos a ser comprensivos y pacientes, de hoy en adelante pensemos antes de hablar y actuar.

Fase de profundización. Búsqueda de tesoros

Uno. El facilitador reparte en un espacio amplio textos con diferentes derechos humanos; estos textos estarán escondidos.

Dos. El grupo se subdivide en equipos de tres personas; dos de ellas deben de tener los ojos cerrados y un tercero será el que dirige la búsqueda y tendrá la posibilidad de tener visión.

Tres. Este tercero deberá guiarse por las orientaciones que hace el facilitador del juego. Para ello utilizará tres palabras: *caliente* si están cerca del mensaje, *tibio* si se están alejandos del texto y *frío* si están distantes del texto.

Cuatro. Cuando todos los subgrupos encuentren los textos, procederán a leerlo y le harán un análisis sobre las posibilidades que tiene *el derecho* de ser cumplido en nuestro contexto y además se determinará cuáles son los aspectos que permiten que *el derecho* sea vulnerado.

Cinco. Para socializar dichas reflexiones se invita al grupo a crear un mural.

Socialización. Compartiendo experiencias significativas. El mural nos recuerda

Se busca con anticipación un muro de la institución educativa, donde se pueda plasmar cada uno de los derechos humanos trabajados en la actividad anterior. Cada equipo lo realizará dejando un mensaje claro frente a ¿cómo es que no deben renunciar a cada uno de los derechos humanos? y ¿qué mecanismos se deben tener en cuenta para su cumplimiento?



Nota: fotografía tomada por Alexander Rodríguez Bustamante, el 20 de septiembre de 2011, en la Institución Educativa Maestro Arenas Betancur, en el marco de la realización de la técnica Árbol de Problemas, para la Investigación “Consumo de drogas y prácticas sexuales en adolescentes entre los 14 y 17 años de la ciudad de Medellín en el año 2011”.

Propuesta de acción y compromiso

Construir grupalmente estrategias que promuevan el empoderamiento en la comunidad de adolescentes los derechos humanos y especialmente los derechos sexuales y reproductivos.

Evaluación

Cada persona elaborará un banderín donde deje expresado cuál es el derecho que considere fundamental para trabajar por su no vulneración. Dejar la decoración por varios días.

--

2.4.2 Preparación para sexualidad plena

Taller 8: Identidad humana

Objetivo

Reconocer el *yo personal* desde la integralidad, que permita asumir la vida de adolescente con seguridad, autonomía y singularidad.

Referente conceptual

La identidad se define como:

La sensación de ser uno mismo, es lo que nos permite diferenciarnos de los demás y reconocernos como persona única. Supone la percepción de que seguimos siendo la misma persona aunque se transformen nuestras emociones, apariencia, conductas o circunstancias. Asumir una identidad nos permite saber quiénes somos, hacia dónde nos dirigimos y qué queremos hacer en nuestra vida; nos hace reconocernos en un cuerpo físico y sentir que somos parte de una familia, un grupo de amigos, una comunidad y una época. (Romero, 2007, p. 97).

Según Erikson (2002, p. 65):

La identidad queda definida como: el sentido de dirección, compromiso, autoaceptación y fidelidad a sí mismo; convicciones, creencias, ideología. Da significado a la conjugación de los logros del pasado con las vivencias presentes, y los proyectos para el futuro, asumiendo valores propios, status y roles sociales diferentes y comportamientos congruentes con todo ello.

En el texto “El sentido de la Identidad Humana en Martí”, se plantea:

El valor funcional de la identidad humana, viene dada por la comprensión que tiene del hombre como ser de naturaleza superior, en el que laten, incontables capacidades: la del pensamiento, la reflexión, la imaginación... sin embargo, poseerlas no es razón suficiente para que el hombre ostente realmente la condición de tal; para ello es imprescindible que éste conozca y ejercite efectivamente los elementos positivos que lo identifican; y como

resultado, obtenga tanto una actuación coherente con su identidad, como la elaboración independiente de un producto cultural que se parezca a sí mismo...Esta idea martiana forma en sí parte de uno de los retos que hoy en día enfrenta nuestra sociedad: que cada uno de nuestros hombres puedan aportar desde sí un granito más a nuestro desarrollo auténtico e independiente. (Rodríguez Dalia, 2011, p. 130).

Por lo anterior, la identidad es un encuentro consigo mismo, que se forma a partir de una introspección, que facilitan el desarrollo personal desde lo bio-sico-socio-espiritual. Es un sistema abierto que cambia a lo largo del ciclo vital, a medida que las personas aprenden nuevas cosas y asumen diferentes roles y compromisos.

Para avanzar en la búsqueda de la identidad es necesario responderse unas preguntas mínimas sobre sí mismo: ¿quién soy?, ¿a dónde pertenezco?, ¿hacia dónde voy?, ¿cuál es mi historia familiar?, ¿de dónde provengo?, ¿cuáles son mis intereses?, ¿cómo se vinculan mis motivaciones e intereses en mi proyecto de vida?

Las respuestas a dichas preguntas van conformando un conocimiento interno de sí mismo, que incluye aspectos corporales, cognitivos, afectivos y sociales. La interrelación de estos aspectos configura un concepto del *Yo Personal* que lo diferencian de los otros y aportan datos sobre la individualidad dentro del grupo social al que se pertenece.

Los dos aspectos más importantes de la identidad son la singularidad y autonomía, lo que significa superación de la dependencia, fruto de la madurez. Ser una persona madura con identidad, consiste en lograr suficiente autonomía y particularidad como para ser capaz de asumir responsablemente su existencia en relación con los demás.

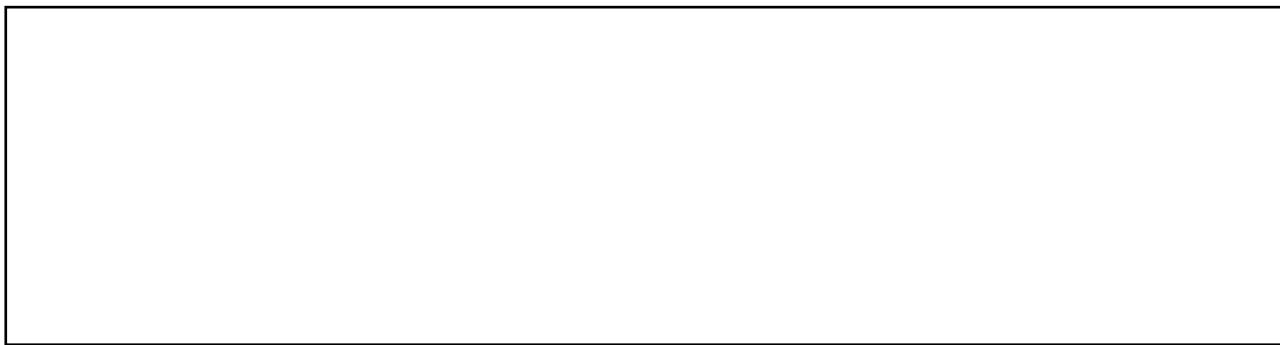
Desarrollo del taller

Sensibilización. El escudo

A cada persona se le entrega una hoja de papel o cartulina para que elabore un escudo personal, el cual debe tener tres partes, para ubicar en cada una de ellas un símbolo que de cuenta de vivencias fundamentales en su ciclo vital, así:

- Lo que fue el pasado. ¿Cuál es mi historia?
- Lo que es el presente. ¿Quién soy hoy?
- Lo que quiere que sea su futuro. ¿Hacia dónde quiero ir?

El escudo debe llevar en la parte superior un lema o frase que exprese su ser personal



Terminado este ejercicio se hace una exposición con todos los escudos y se da el espacio para que cada persona explique su trabajo.

Profundización. Tendedero de mi Yo

Se le entrega a cada adolescente una serie de hojas para que cada uno anote en hojas diferentes las siguientes preguntas con sus respectivas respuestas. Una vez tenga este material puede hacer formas simulando prendas de vestir sin cortar lo escrito. Cuando tenga dichas prendas cada uno las coloca en una cuerda gruesa simulando ropa extendida (técnica el tendedero de ropa)

- ¿De dónde vengo?
- ¿A dónde pertenezco?
- ¿Qué es lo que más valoro de mi vida?
- ¿A qué persona me gustaría parecerme?
- ¿Qué tengo de mi familia, de mi barrio y de mis amigos?
- ¿Cuál es el máximo sueño o aspiración que tengo?
- ¿Qué cualidades me hacen único e irrepetible?
- ¿Quién soy?
- ¿Hacia dónde voy?



Una vez cada estudiante tenga su propio ropero extendido se comparten las respuestas dadas con todo el grupo.

Es importante reiterar que no se requiere habilidades artísticas, sino que el extendederó dé cuenta de lo que es cada persona.

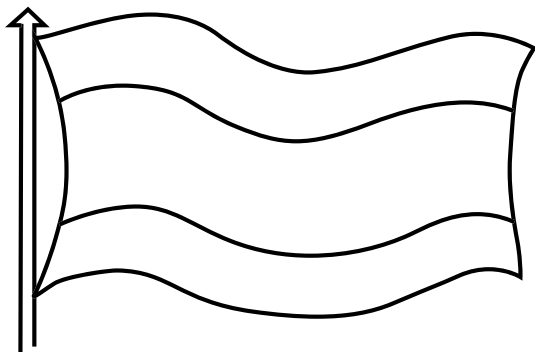
Socialización. Compartiendo experiencias significativas

Después que cada participante da a conocer su respuesta el educador amplía y profundiza los aspectos socializados a partir del marco referencial, y teniendo como base los siguientes puntos de focalización.

- ¿Cómo se sienten al contar a otros sus habilidades y sueños?
- ¿Les fue difícil contar su historia personal a otros?
- ¿Habían pensado en estos interrogantes antes?
- ¿Qué aprendieron de los demás compañeros?
- ¿Qué aprendieron de sí mismos?
- ¿Por qué es importante tener una identidad?

Propuesta de acción – compromiso

El educador explica que las banderas son un símbolo que representa un país, que da identidad a una región, un lugar y su historia; a partir de las respuestas del cuestionario anterior se propone elaborar una bandera que dé cuenta de: *¿quién soy y qué debo hacer para conocerme cada día más?*



Se termina la actividad hondeando cada cual su bandera y cantando una canción preferida por el grupo que tenga relación con la temática.

Evaluación

Cada participante dará a conocer dos aspectos positivos y dos a mejorar de las vivencias durante el desarrollo del taller.

Taller 9: Autoimagen

Objetivo

Reafirmar aspectos importantes de su yo: físico, psicológico, emocional y social, que le permita percibirse con una adecuada autoimagen, pensar positivamente y actuar con seguridad en el mundo de los adolescentes.

Referente conceptual

La autoimagen “es aquella construcción mental del conjunto de características físicas, psicológicas y emocionales que creemos nos caracterizan y nos individualizan en el grupo social, llámese familia, amigos, escuela o cualquier otro ámbito en el que convivimos y nos desarrollamos”. (Saldaña Tamariz, sf, párr.2).

La autoimagen es la impresión que la persona hace de sí misma a partir del conjunto de experiencias, vivencias y formas de sentir y apropiarse del mundo que le rodea y las proyecciones que tiene de su futuro. Podemos decir que es la representación mental que la persona tiene de sí misma en el presente y en las aspiraciones y expectativas futuras. “La imagen de sí es un cuadro mental relativamente temporal que cada persona se forma de sí mismo y que varía en distintas situaciones sociales”. (Vander, 1991, p. 198).

La autoimagen consiste en la capacidad de verse a sí mismo o a sí misma como la persona que realmente es, con sus virtudes y defectos. Se trata de lograr una percepción básica de las características más relevantes de la propia personalidad, su relación con otras personas y con el ambiente. La autoimagen no es un aspecto estático, incluye el conocimiento propio basado en experiencias pasadas, al igual que las concepciones que la persona va elaborando sobre su posible evolución futura. “La autoimagen, consisten en la búsqueda de un autoconocimiento que le permita a la persona aumentar su capacidad de percibir, de manera equilibrada, tanto los aspectos positivos como negativos de su personalidad”. (Naranjo María, 2007, p. 10).

La autoimagen es una palabra casi cotidiana en nuestro vocabulario y que pocas veces se toma en consideración para describir la realidad biológica, psicológica y social.

Se entiende por autoimagen a la representación que un sujeto tiene de sí mismo. Normalmente lleva asociada un juicio de valor positivo o negativo. El desarrollo de esta imagen y de la noción del propio cuerpo, va unido al desarrollo biológico del individuo, ya que empieza a formarse desde los primeros meses de vida. Es decir, que esta imagen corporal se adquiere y forma a través de un continuo contacto con el mundo. No se trata de algo fijo, ni predeterminado e inamovible, sino de una estructura propia de todo ser humano, sujeta a cambios permanentes; todos los cuales, guardan relación con las acciones en el mundo externo. Esta representación o imagen interiorizada del cuerpo está también íntimamente ligada a los lazos afectivos que tiene el sujeto y con la imagen que de su cuerpo, le devuelven los demás. Por todo esto, la imagen que un individuo tiene de sí mismo, es de gran influencia en su comportamiento y está directamente relacionada con su personalidad y más implícitamente con su estado de salud mental (Tercero Quintanilla, 1998, párr.2).

Estas imágenes que se tienen de sí mismo, influyen sustancialmente en su personalidad; cuando esta autoimagen es positiva, es el punto de partida para alcanzar las metas propuestas.

La autoimagen se construye a partir del reconocimiento e integración del Yo físico, el Yo mental y el Yo social; la imagen física implica el conocimiento, conciencia e importancia del cuerpo, y la imagen mental implica el reconocimiento de las expresiones y actuación del ser. El Yo social va en relación a cómo se conecta con el mundo de los demás. Esta integración entre el Yo físico, Yo mental y Yo social, afecta positiva o negativamente la relación consigo mismo y con los demás.

La autoimagen es elaborada, aprendida y modificada a través de las experiencias e interacciones que se dan con el mundo social, con el contexto cultural, con el ambiente inmediato, con la influencia de los grupos propios y externos. Además, en la construcción de la autoimagen juegan un papel fundamental los medios de comunicación.

Desarrollo del taller

Sensibilización. El regalo máspreciado

Con anticipación y sin que el grupo lo sepa, se organiza una caja o paquete muy especial en forma de regalo, de tal manera que se pueda destapar fácilmente y se vea en el fondo un espejo. Se le dice a los integrantes del grupo que se les va a dar el regalo máspreciado por ellos, que escriban en un papel cuál puede ser este regalo. Luego se invita a que uno a uno de los participantes destape el paquete de tal forma que lo que primero vean sea su rostro reflejado en el espejo. Escribir nuevamente lo que vio tratando de detallar y valorar los diversos aspectos de lo visto.

Los demás miembros del grupo pueden ver la expresión de la persona al abrir el regalo, pero no deben ver lo que hay allí. Quien abre el regalo debe ratificar frente al grupo si de verdad eso que hay en el paquete sí es el regalo máspreciado.

Cuando la mayoría de personas se han podido mirar, escribir y valorar a través de este ejercicio, se lleva a que el grupo manifieste los sentimientos aflorados en dicha experiencia.



Ilustradores: Kelly Yuranni Valencia Marín y David Alejandro Mejía Buitrago-
Fundación Universitaria Luis Amigó (Colombia)

Profundización. Reconociéndome. Inicialmente se invita a cada persona a que complete lo más ampliamente las siguientes oraciones...

- Físicamente soy...
- Mentalmente soy...
- Emocionalmente soy...
- Mis habilidades son...
- Mis aptitudes son...
- Mis capacidades son...
- Mis papeles sociales son...
- Mis anhelos son...
- Mis actividades son...
- Mis gustos son...
- Mis pasatiempos son...

Se organiza el grupo en forma de círculo y en lo posible sentados en el piso, desde el centro se hace girar un envase, y a quien señale la punta de este objeto al detenerse, debe compartir algunas de las oraciones complementadas. Quien no logre dar una descripción amplia debe colocar en un baúl, alguna de sus pertenencias; gana la persona que menos pertenencias hubiera colocado allí.

Quien deba colocar las pertenencias debe escuchar del grupo algunas apreciaciones que amplíen la descripción que inicialmente hizo de uno de los aspectos en mención.

Cuando se haya realizado el ejercicio con todos los participantes, se procede al momento de la socialización de experiencias. Con las siguientes preguntas:

- ¿Qué significó dar cuenta de mi autoimagen a nivel físico, emocional, social, etc.?
- ¿Qué implicó recibir apreciaciones del grupo para completar la autoimagen?
- ¿Qué conclusiones podemos elaborar de dicha experiencia?

Socialización. Compartiendo experiencias significativas

El educador amplía y profundiza los aspectos socializados a partir del marco referencial, y teniendo como base los siguientes preguntas de focalización.

- ¿Cómo me veo a mí mismo?
- ¿Cómo me ven mis compañeros?
- ¿Cómo me describo ante los demás?
- ¿Qué es lo que más me agrada de mí?
- ¿Cómo puedo mejorar mi autoimagen?
- ¿Cómo incide mi autoimagen en mis relaciones sociales?
- ¿Hay alguna relación de mi autoimagen con mis prácticas sexuales?

Para terminar, los asistentes deben analizar la siguiente frase célebre: “Dale a un hombre una auto-imagen pobre y acabará siendo siervo” (R. Schuller). Además deben construir otras frases célebres desde el concepto de una autoimagen positiva.

Propuesta de acción - compromiso

Se invita al grupo para que elabore un cartel o afiche artístico para su cuarto con el siguiente texto y diariamente lo lea y coloque en práctica:

- *Debo ayudarme:* Busco en mi interior puntos de apoyo para lograr mis metas.
- *Debo aceptarme:* Identifico y acepto mis puntos fuertes y débiles.
- *Debo animarme:* Me impulso y me doy tiempo para lograr mis propias metas.
- *Debo elogiarme:* Siento satisfacción por mis pequeños y grandes logros.

Evaluación

Terminado el taller, los participantes plasmarán en un mural: una palabra, un símbolo, un gráfico, o un graffiti, que dé cuenta de los sentimientos que originó el trabajo.

Taller 10: Autoconcepto

Objetivo

Consolidar el concepto que se tiene de sí mismo, para favorecer la interacción y la construcción de vínculos afectivos que se establecen con las demás personas.

Referente conceptual

Para C. Rogers, citado por Susana Richino,

El autoconcepto está compuesto de aquellas percepciones y valores conscientes de 'mí' o 'yo', algunas de las cuales son un resultado de la propia valoración por parte del organismo, de sus experiencias y en algunos casos fueron introyectadas o tomadas de otros individuos significativos o importantes (2004, p. 12).

El concepto de sí es la visión general que uno tiene de sí mismo como algo permanente, como el 'yo real'. El auto concepto es el conjunto de esquemas cognitivos, creencias u opiniones valorativas que tiene la persona sobre sí misma. Como por ejemplo: soy hábil para el estudio, me considero valioso, soy capaz de amar, no puedo trabajar (Vander, 1991, p. 113).

"El auto concepto es la imagen que el individuo percibe de sí mismo" (Engler, 1989, p. 330). "Es la percepción cognitiva consciente y la evaluación que las personas realizan sobre sí mismas, son sus pensamientos" (Rice, 2000, p. 123). Igualmente es la comparación subjetiva que se hace de sí mismo con relación a los demás.

El auto concepto es una construcción psicosocial que cada persona realiza a lo largo de su vida acerca de sí misma. Puede implicar una construcción aproximadamente realista, o presentar distorsiones que conduzcan a una sobrevaloración o una infravaloración de sí mismo, atendiendo a sus aspectos cognitivos. (AMAPUMU, sf, párr. 1.)

Los trastornos del auto concepto según Dov, Eden y Aviram, retomado por Susana Richino,

Se vincularon con el sentimiento de lo que suele denominarse autoeficacia. Se entiende por esto la confianza en la propia capacidad para movilizar los recursos físicos, intelectuales y

emocionales, necesarios para tener éxito. Por tanto, la autoeficacia como expectativa de poder hacerlo bien, motiva e intensifica el esfuerzo y la persistencia. (2004, p. 12).

Strang, citado por Rice (2000), propone que existen dimensiones básicas del yo, las cuales explica de la siguiente manera:

En primer lugar, está el auto concepto básico, que es la visión del adolescente sobre su personalidad y las percepciones sobre sus habilidades, su estatus y sus funciones en el mundo exterior. Los autoconceptos temporales o transitorios de la persona. Estas ideas sobre el sí mismo, están influidas por el estado de ánimo del momento o por una experiencia reciente. Por ejemplo, la obtención de una puntuación baja en una prueba reciente, puede hacer que la persona se sienta temporalmente poco capaz; en este caso, una crítica aguda por parte de otra persona puede producir un sentimiento transitorio devaluado. En tercer lugar, está el yo social; esto es, la opinión que cree que otras personas tienen sobre ellas, que a su vez influye sobre ellas mismas. Si tienen la impresión de que otras personas piensan que son incapaces o socialmente inaceptables, pensarán sobre sí mismas de forma negativa. (p. 97)

Rogers, citado por Naranjo, señala que:

Existe una ausencia de conflicto interno y de ansiedad cuando las personas descubren quienes son, y lo que perciben que son y lo que quieren ser comienza a converger, entonces pueden aceptarse a sí mismas sin conflictos. Sus autopercepciones y las relaciones con otras personas llevan a la autoaceptación y a la autoestima. (2007, p. 7)

Alcántara en Molina, Baldares y Maya se refieren al auto concepto como “la opinión que se tiene de la propia personalidad y su conducta, el cual ocupa un lugar importante en el desarrollo y la consolidación de la autoestima” (1996, p. 25).

Por tanto, el auto concepto tiene que ver con las emociones, el pensamiento y el juicio que se tiene de sí mismo y se construye en el diario acontecer. En esta elaboración intervienen varios componentes que están interrelacionados entre sí:

- *Componente cognitivo-intelectual*: constituye las ideas, opiniones, creencias, percepciones y el procesamiento de la información exterior.
- *Componente emocional-afectivo*: es un juicio de valor sobre las cualidades personales. Implica un sentimiento de lo agradable o desagradable de sí mismo.
- *Componente conductual*: es la decisión de actuar, de llevar a la práctica un comportamiento consecuente con la realidad.

Para lograr una coherencia en el sentir, pensar y actuar, el auto concepto demanda:

- *Motivación*: Fuerza vital que impulsa al actuar y esto genera nuevas formas de verse a sí mismo en el mundo.

- *Apropiación del esquema corporal:* la concepción que se tiene de su cuerpo está muy relacionada con los contactos y las relaciones sociales. En los adolescentes; las modas, los medios de comunicación y las presiones de grupo, tienen gran influencia en los sentimientos hacia sí mismo.
- *Reconocimiento de las aptitudes:* son las capacidades que posee una persona para realizar algo adecuadamente y debe producir seguridad y confianza para el obrar.
- *Valoración externa:* Son los refuerzos sociales, halagos, contacto físico, expresiones gestuales, reconocimiento social, o apreciación que hacen las demás personas sobre cada persona, incidiendo fundamentalmente en la forma de valorarse a sí mismo.

La visión integrada en el auto concepto desde sus motivaciones, aptitudes, valoraciones y capacidades que cada persona tenga de sí, le permitirá tener una personalidad fuerte y unificada. Si una de estas partes funciona de manera deficiente, las otras se verán afectadas y su personalidad será débil y dividida, con sentimientos de ineficiencia y desvalorización.

Desarrollo del taller

Sensibilización. Si yo fuera... sería...

Se invita a que cada adolescente tome una posición solitaria y mediante la escucha de una música relajante responda las siguientes preguntas, es muy importante que dé cuenta del por qué de cada una de las respuestas:

- ¿Si fuera un animal, qué animal sería y por qué?
- ¿Si fuera una flor, qué flor sería y por qué?
- ¿Si fuera un mueble, qué mueble sería y por qué?
- ¿Si fuera una herramienta, qué herramienta sería y por qué?
- ¿Si fuera un libro, qué libro sería y por qué?
- ¿Si fuera un ritmo, qué ritmo sería y por qué?
- ¿Si fuera una época, qué época sería y por qué?
- ¿Si fuera un color, qué color sería y por qué?

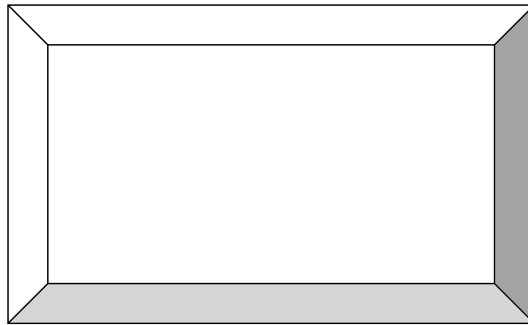
Una vez terminadas las respuestas, cada adolescente debe contestar a la pregunta ¿Yo soy...? a partir de los argumentos que tuvo para escoger cada objeto antes mencionado.



Luego de responder las preguntas, el facilitador invita a que se compartan algunas de las respuestas de Yo soy. Si se nota alguna resistencia del grupo él puede hacer su presentación, como forma de motivar la participación.

Profundización. El aviso clasificado

Cada persona hace un aviso clasificado, en el que se resalten las cualidades, actitudes, aptitudes, valores, entre otros, para colocarlos al servicio de los demás, este aviso no debe llevar nombre, sólo un seudónimo que dé cuenta de su auto concepto.



Terminada esta primera parte, el educador recoge todos los avisos clasificados y los deposita en una bolsa; posteriormente, cada participante saca un aviso, que no sea el suyo y lo lee públicamente, tratando de identificar a quién pertenece si no lo logra, el grupo le puede ayudar.

Socialización. Compartiendo experiencias significativas

Luego de tener claro el concepto "Yo soy" y el aviso clasificado, se proporciona plastilina para que cada adolescente plasme su propia escultura resaltando aquellos aspectos a nivel físico, emocional, intelectual y relacional, tratados hasta el momento en el taller. Estos aspectos los puede colocar con banderines pegados con alfileres.



Se hace una exposición y se motiva para que cada adolescente dé cuenta con detalle de su obra artística: *Su auto concepto*. El educador amplía y profundiza los aspectos socializados a partir del marco referencial y da la oportunidad para que los demás compañeros refuercen los aspectos del auto concepto planteados por cada adolescente.

Propuesta de acción. Compromiso 8X8X8 en observación

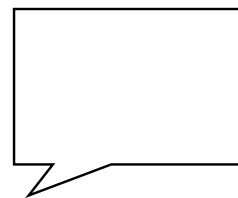
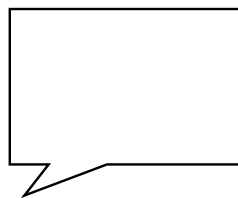
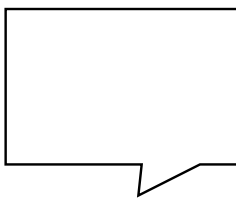
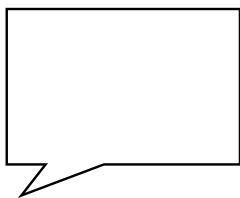
Cada participante debe realizar un listado de los 8 aspectos que posee y de 8 aspectos que desea adquirir, y hacer un monitoreo durante 8 semanas; dicha observación la dejará registrada en el siguiente cuadro (ver tabla 2.7). Al final, sacará sus propias conclusiones sobre su auto concepto.

Tabla 2.7 Aspectos que poseo y que deseo adquirir

8x8x8 en observación																
Aspectos	Semana 1		Semana 2		Semana 3		Semana 4		Semana 5		Semana 6		Semana 7		Semana 8	
Los aspectos que tiene:																
	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No
1.																
2.																
3.																
4.																
5.																
6.																
7.																
8.																
Los aspectos que desea tener:																
	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No
1.																
2.																
3.																
4.																
5.																
6.																
7.																
8.																
9.																

Evaluación. Las caras evalúan tu sentir

Cada participante escogerá una carita según las emociones vividas en el taller: alegre, triste, indiferente, apática, entre otras, de acuerdo con lo que sintió realizando el taller y justificará dicha elección.



Taller 11: Autoestima

Objetivo

Describir y reconocer cada una de las potencialidades, cualidades, aptitudes, destrezas que se posee y que le permita valorarse y proyectarse en bien suyo y en el de los demás.

Referente conceptual

La autoestima es el conjunto de creencias y valores que la persona tiene acerca de quién es, de sus capacidades, habilidades, recursos y potencialidades, que le han conducido hasta dónde está y que le llevarán hasta donde crea que puede llegar. En cualquier caso, la autoestima nos hace reconocer las capacidades que poseemos y a la vez nos hace sentirnos valiosos generando en nosotros mismos energía y fuerza activa.

La autoestima es la forma en la que nos pensamos, nos amamos, nos sentimos y nos comportamos con nosotros mismos (VI Jornadas de Partos Múltiples, 2011).

La autoestima es un aspecto de enorme relevancia en la vida de la persona, por cuanto contribuye a que su existencia sea más satisfactoria. La estima propia es una necesidad humana, configurada por factores tanto internos como externos, un proceso dinámico y multidimensional que se construye y reconstruye a lo largo del ciclo vital. La autoestima se desarrolla a partir de la interacción humana, mediante la cual las personas se consideran importantes una para las otras. El yo evoluciona por medio de pequeños logros, los reconocimientos y el éxito. (Naranjo, 2007, p. 6).

La autoestima está configurada por factores tanto internos como externos. Entiendo por factores internos, los factores que radican o son creados por el individuo, como: ideas, creencias, prácticas o conductas. Entiendo por factores externos los factores del entorno: los mensajes transmitidos verbal o no verbalmente, o las experiencias suscitadas por los padres, los educadores, las personas significativas para nosotros, las organizaciones y la cultura (De Mézerville, 2004, p. 25).

Según Güell y Muñoz (2000, p. 118), la persona tiene la capacidad de establecer su propia identidad y atribuirse un valor y, a esa valoración se le llama autoestima. Señalan que “si conseguimos mantener un buen nivel de autoestima resistiremos las críticas, nos abriremos mejor a los demás, aprenderemos a pedir ayuda y, en general, nos resultará mucho más gratificante vivir, lo que contribuirá también a prevenir cualquier proceso depresivo”.

La autoestima, según Santrockes (2002), “es la evaluación global de la dimensión de Yo o self. La autoestima también se refiere a la auto valía o a la autoimagen, y refleja la confianza global del individuo y la satisfacción de sí mismo”.

Según Olivares, Solano y Vargas (1998, p. 95) la autoestima se presenta como un sistema interrelacionado donde se da un inter juego entre cognición, afectividad y lo comportamental:

- Desde la cognición, se refiere a las ideas, opiniones, creencias percepciones y procesamiento de la información que posee la persona respecto de sí misma.
- Desde lo afectivo, que incluye la valoración de lo positivo y negativo, involucra sentimientos favorables y desfavorables, agradables o desagradables que las personas perciben de sí mismas.
- Desde lo comportamental, porque implica la intención y decisión de actuar, de llevar a la práctica un comportamiento consecuente y coherente.

Existen una serie de aspectos interrelacionados que componen la autoestima. A partir de esta concepción, presenta un modelo propio al que ha denominado proceso de la autoestima. En este, se considera a la autoestima según dos dimensiones complementarias, una actitudinal inferida integrada por tres componentes: la autoimagen, la autovaloración y la autoconfianza; y una dimensión conductual observable conformada por otros tres componentes: el autocontrol, la autoafirmación y la autorrealización (De Mézerville, 2004, p. 54).

“La autoestima también se refiere a la autovalía o a la autoimagen, y refleja la confianza global del individuo y la satisfacción de sí mismo” (Santrock, 2002, p. 114).

Por otra parte, Mézerville (2004, p. 61) menciona que “la autoestima es la percepción valorativa y confiada de sí misma, que motiva a la persona a manejarse con propiedad, manifestarse con autonomía y proyectarse satisfactoriamente en la vida”.

La autoestima es la percepción valorativa que una persona tiene hacia sí misma, Es un proceso dinámico y multidimensional que se construye a lo largo de la vida. Se desarrolla a partir de la interacción humana .Contiene aspectos actitudinales, cognitivos, afectivos y conductuales. Mediante el autoconocimiento la persona puede lograr la auto aprobación y por consiguiente la suficiente autoestima para aceptarse a sí misma. Para que la persona

obtenga una autoestima alta debe existir una correspondencia entre el concepto de sí misma y su yo ideal. El autoconcepto y por ende la autoestima está determinada en parte por lo que la persona cree que otras, en especial aquellas que considera significativas, piensan de ella (Naranjo, 2007, p. 7).

La autoestima conlleva a quererse a sí mismo para poder amar y valorar a otros, por eso, Abraham Maslow plantea: “sólo podemos amar cuando nos hemos amado a nosotros mismos”. Este reconocimiento es un acto consciente y responsable que le permite valorar sus potencialidades y avanzar en el camino de la autorrealización en tanto puede ser cada quien en forma auténtica.

Esta identificación consciente lo debe de llevar a responder la pregunta *¿qué valoro de lo que yo soy*, desde el conjunto de rasgos corporales, mentales y espirituales que configuran mi personalidad?

Esta respuesta puede ser transformada permanentemente en la medida en que se reciben influencias de los diversos grupos sociales donde se interactúa y de los mismos procesos internos de reconocimiento. Por tanto, es a partir de los procesos de socialización cuando se empieza a formar la autoestima, por medio de la percepción de cómo nos ven nuestros padres, maestros, compañeros, etc. Si cada adolescente se conoce y está consciente de sus cambios físicos, mentales y emocionales, crea su propia escala de valoración personal.

Los niveles de autoestima tendrán gran incidencia en los eventos de éxito o de fracaso. Cuando un adolescente logra construir una alta autoestima, valorándose a sí mismo, aumentará el nivel de seguridad personal, y sus actos estarán rodeados de confianza y asertividad, mientras que un bajo nivel de autoestima enfocará a la persona hacia la derrota y el fracaso.

Entre más alto sea el nivel de valoración personal, se tendrá más posibilidades de afrontar las adversidades, de resolver problemas de hacer resistencia a las presiones negativas de grupo, porque la autoestima posibilita el establecimiento de relaciones enriquecedoras, más equitativas y de respeto a su dignidad como persona.

La baja autoestima conduce a unas autocríticas destructivas, a sentimientos de fracaso a un estado de insatisfacción, sentido de culpabilidad, y puede llevar hasta a estados depresivos preocupantes.

Virginia Satir (2011, párr. 1) en su reflexión denominada *Mi declaración de autoestima*, presenta los elementos básicos para reafirmar y hacer conciencia de la autoestima:

En todo el mundo no existe nadie igual, exactamente igual a mí. Hay personas que tienen aspectos míos, pero de ninguna forma el mismo conjunto mío. Todo lo que sale de mí es auténticamente mío, porque yo sola lo elegí.

Todo lo mío me pertenece, mi cuerpo y todo lo que hace; mi mente con todos sus pensamientos e ideas; mis ojos; incluyendo todas las imágenes que perciben; mis sentimientos, cualquiera que sean, ira, alegría, frustración, amor, decepción, emoción; mi boca y todas las palabras que salen, lindas, dulces o cortantes, correctas o incorrectas; mi voz fuerte o suave y todas mis acciones, sean para otros o para mí.

Soy dueña de mis fantasías, mis sueños, mis esperanzas, mis temores. Son mis triunfos y mis éxitos, todos mis fracasos y errores.

Pues todo lo mío me pertenece, puedo llegar a conocerme íntimamente, al hacerlo, puedo llegar a quererme y a sentir amistad hacia todas mis partes.

Sé que tengo aspectos que me desconciertan y otros que desconozco, pero mientras yo me estimo y me quiera, puedo buscar con valor y optimismo soluciones para las incógnitas e ir descubriéndome cada vez más.

A la hora de un examen de conciencia, respeto de lo que he dicho y hecho, de lo que he pensado y sentido, algunas cosas resultan inadecuadas. Pero puedo descartar lo inapropiado, conservar lo bueno e inventar algo nuevo que supla lo descartado.

Puedo oír, ver, sentir, pensar, decir y hacer, tengo los medios para sobrevivir, para acercarme a los demás para ser productiva y para lograr dar sentido y orden al mundo de personas y cosas que me rodean, me pertenezco y así puedo estructurarme.

Desarrollo del taller

Sensibilización. Elaborando mi tarjeta de presentación

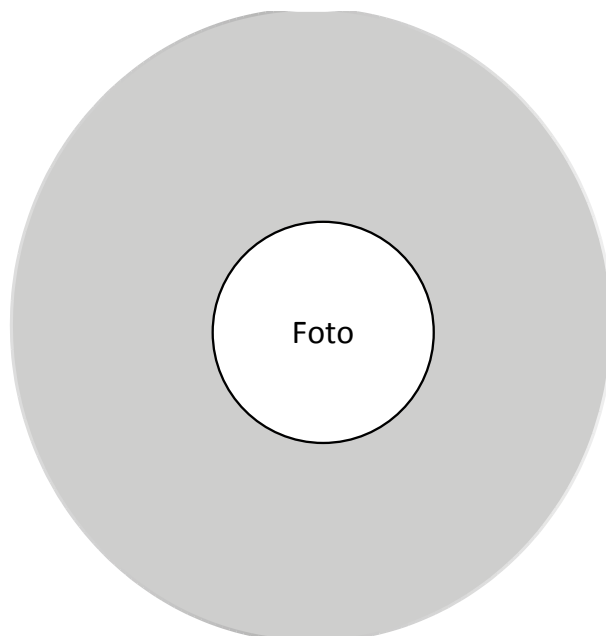
A cada adolescente se le entrega una ficha de cartulina de 8x15 cm y debe realizar una tarjeta de presentación donde dé a conocer su aspecto más valioso de sí. En esa descripción no debe olvidar aspectos físicos, intelectuales, emocionales sociales y éticos. Se invitará a que haga diseños artísticos que den cuenta de su identidad personal.

--	--	--

Profundización. La ruleta de mis cualidades

Cada adolescente hace una ruleta en cartón, en el centro pega una foto suya, y escribe su nombre. Todo el grupo se organiza en círculo; a una señal dada, la ruleta de cada cual debe girar un puesto a la derecha; allí la persona que recibe, ve la foto, lee el nombre de su compañero y escribe la cualidad física, aptitudes, destrezas, valores y comportamientos que considera valiosos de su compañero en uno de sus espacios de la ruleta; el ejercicio continúa hasta que la ruleta llegue a su respectivo dueño. Cuando la ruleta regresa a su dueño, éste subraya las cualidades que coinciden con su apreciación y también puede preguntar sobre alguna cualidad que lo sorprendió de la valoración que le dieron sus compañeros.

Es muy importante realizar el ejercicio de lectura en voz alta de las valoraciones que les hacen los compañeros y que dejaron registradas en la ruleta que giró por todo el grupo. Con estos insumos registrados en la ruleta cada adolescente complementa su tarjeta de presentación.



Construyendo una autoestima positiva

Se organizan pequeños grupos de trabajo y se les entrega a cada subgrupo uno de los siguientes párrafos para que analicen algunas características de una autoestima positiva y las materialicen en acciones cotidianas; para ello se entregará a cada adolescente una ficha de trabajo personal. Los párrafos pueden ser los siguientes:

Párrafo 1. Cree firmemente en ciertos valores y principios, está dispuesto a defenderlos aun cuando encuentre fuerte oposición colectiva, y se siente lo suficientemente seguro como para modificar esos valores y principios si nuevas experiencias indican que estaba equivocado.

Párrafo 2. Es capaz de obrar según crea más acertado, confiando en su propio juicio, y sin sentirse culpable cuando a otros les parezca mal lo que haya hecho.

Párrafo 3. No emplea demasiado tiempo preocupándose por lo que haya ocurrido en el pasado, ni por lo que pueda ocurrir en el futuro.

Párrafo 4. Tiene confianza en su capacidad para resolver sus propios problemas, sin dejarse acobardar por los fracasos y dificultades que experimente.

Párrafo 5. Se considera y realmente se siente igual, como persona, a cualquier otra persona, aunque reconoce diferencias en talentos específicos, prestigio profesional o posición económica.

Párrafo 6. Da por supuesto que es una persona interesante y valiosa para otros, por lo menos para aquellos con quienes se asocia.

Párrafo 7. No se deja manipular por los demás, aunque esté dispuesto a colaborar si le parece apropiado y conveniente.

Párrafo 8. Reconoce y acepta en sí mismo una variedad de sentimientos e inclinaciones tanto positivas como negativas y está dispuesto a revelarlas a otra persona si le parece que vale la pena.

Párrafo 9. Es capaz de disfrutar diversas actividades como trabajar, jugar, holgazanear, caminar, estar con amigos, entre otras.

Párrafo 10. Es sensible a las necesidades de los otros, respeta las normas de convivencia generalmente aceptadas.

Tabla 2.8 *Ficha de trabajo personal*

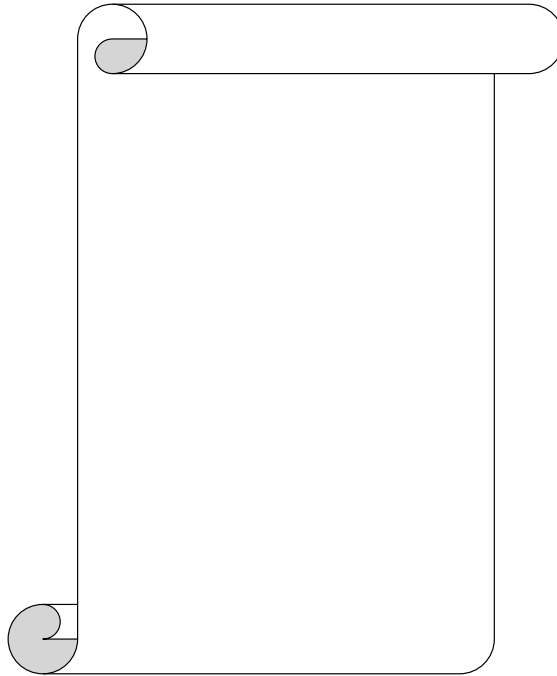
Acciones cotidianas que puedo implementar		
Acciones	¿Dónde?	¿Con quién?

Socialización

Compartiendo experiencias significativas. Habiendo realizado los ejercicios anteriores, se presentan las elaboraciones colectivas, el educador leerá el texto de Virginia Satir “Mi declaración de autoestima” (2011) y el grupo presenta los elementos básicos para reafirmar y hacer conciencia de la autoestima.

Propuesta de acción–compromiso

Elaborar una carta dirigida a la persona que en el momento sea más significativa, dando a conocer todos aquellos aspectos valiosos que tiene como persona, y reafirmar en este taller con la ayuda de compañeros, aspectos de los cuales no se había percatado y que ayudan a aumentar la autoestima.



Evaluación

Se termina con una plenaria donde cada cual exprese un color que dé cuenta de los sentimientos vividos durante el desarrollo del taller. Por ejemplo, me sentí de color verde, me sentí sereno, tranquilo, con esperanza, etc.

Taller 12: Valores humanos

Objetivo

Reafirmar valores humanos que cada adolescente ha logrado construir en su proceso de hacerse persona, que le permita proyectarlos en bien de sí mismo y de los demás, favoreciendo su proceso de humanización.

Referente conceptual

Pérez (1993) retoma al psicólogo Rokeach (1973), quien define

El valor como una creencia duradera de que un modo específico de conducta o estado final de existencia es personal o socialmente preferible a su opuesto o inverso. La organización e interconexión de valores darían lugar a lo que él ha llamado sistemas de valores, es decir, la estructura jerárquica del conjunto de valores que una persona posee. (p. 111)

Herrera (2007) retoma a Rokeach (1973) cuando afirma:

Los valores son guías y determinantes de actitudes sociales e ideologías, por una parte, y del comportamiento social, por otra. Los valores son los “faros, guía” del comportamiento humano, individual y social. (...) Los sistemas de valores cambian porque, efectivamente, cambian los problemas que interesan a los grupos, las personas, las instituciones. Estos cambios axiológicos se producen a través de mecanismos diversos. Por la educación, por transferencia de valores, todo ello, si bien sugiere una realidad dinámica y compleja (Rescher, 1999, p. 96).

En el texto “Ética y Valores” de Suárez, (1992, p. 2) él plantea unos pasos a seguir para la educación en valores y actitudes:

Primer Paso: Identificación, conocimiento y reconocimiento de valores. Es el paso de la toma de conciencia del mundo y de los valores en los cuales se vive; es el paso de la valoración y apreciación. Responde a la pregunta ¿Qué vale la pena ser, conocer, hacer o poseer? Para mí, ¿Qué vale la pena? ¿Qué es importante? ¿Qué no vale la pena? ¿En mi entorno a qué se da importancia? Tales valores se pueden expresar a nivel de actitudes, aspiraciones, propósitos, sentimientos, intereses y actividades.

Segundo Paso: clarificación de valores. Es un paso de reflexión y análisis sobre aquello que se cree valioso. Responde a preguntas como: ¿Qué es eso qué? ¿Qué quieres decir con?

¿Qué implica?

Tercer Paso: consolidación de valores. Se pasa de la afirmación, la opinión y la explicación a la argumentación y búsqueda de *sentido*: ¿Por qué? ¿En qué te basas para... aceptar o rechazar? ¿Tus razones son?

Cuarto Paso: Jerarquización de Valores. Tanto desde un punto de vista objetivo como subjetivo hay valores más importantes que otros. Responde a preguntas: ¿Qué es más importante para ti? ¿Qué estás dispuesto a sacrificar para...? Se trata de poner organización en nuestras vidas.

Quinto Paso: asimilación de valores. Consiste en determinar hasta qué punto los valores forman parte de nuestra vida personal. Se trata de vivenciar la coherencia de nuestras vidas con aquellos valores que creemos. “En mi vida...”, “Yo soy...”

Sexto Paso: confrontación de valores. Consiste en comparar nuestros valores con aquellos de los demás. De esa manera se consolidan algunos y se ponen en vilo otros; se abren nuevas perspectivas y se enriquecen las alternativas, ampliando el mundo ético del grupo.

Séptimo paso: compromiso con los valores. Se trata de estructurar comportamientos que lleven a cultivar en mi entorno aquello que considero importante o significativo.”Me propongo”, “Puedo hacer”, “En mi familia”, “De ahora en adelante”.

La valoración de sí mismo no se realiza en una relación directa con la representación del concepto de sí. Nos percibimos, comprendemos y evaluamos también a través de los esquemas cognitivos y los modelos dominantes de la familia y la sociedad en que crecemos y llegamos a ser adultos. Las creencias y los modelos de nuestra familia y la sociedad se cristalizan en lo que se denominan ideales sociales. Una vez constituidos, en cada época de la historia, estos ideales tienen una cierta persistencia y nos permiten realizar comparaciones. Las relaciones de distancia o cercanía con los ideales establecidos juegan un papel central en el estado de bienestar personal (Vander, 1991, p. 48).

Branden en de Mézerville (2004, p. 34) designa la autovaloración como el respeto a uno mismo o a una misma y la define como: La confianza en nuestro derecho a triunfar y a ser felices, el sentimiento de ser respetables, de ser dignos y de tener derecho a afirmar nuestras necesidades y carencias, a alcanzar nuestros principios morales y a gozar del fruto de nuestros esfuerzos. La meta en el aspecto de la autovaloración consiste entonces en identificar aquellos medios adecuados que satisfagan la necesidad que tiene la persona de verse a sí misma en forma positiva, de tal manera que le otorgue mayor valor y atención a las dimensiones realmente importantes de su personalidad (Mézerville y Gastón, 2004).

La autoafirmación, se define como la libertad de ser uno mismo o una misma y poder tomar decisiones para conducirse con autonomía y madurez. Se caracteriza por la capacidad que tiene la persona de manifestarse abiertamente cuando expresa sus pensamientos, deseos

o habilidades. Además, incluye otras capacidades tales como la autodirección y la asertividad personal (Naranjo, 2007, p. 12).

El proceso de consolidar los valores personales, se da durante todo el desarrollo de la socialización. Estos y muchos otros pensamientos empiezan a conformar el entorno donde la persona se desarrolla; tiene como finalidad una vida de bienestar personal, familiar, laboral y social, cuyo fin es lograr un camino de transformación y de excelencia personal.

Cuando hay una preocupación por consolidar y mantener una serie de valores personales se hace más fácil la construcción de tejido social donde los vínculos de confianza y comunicación ofrecen beneficios productivos y sanos en el diario vivir.

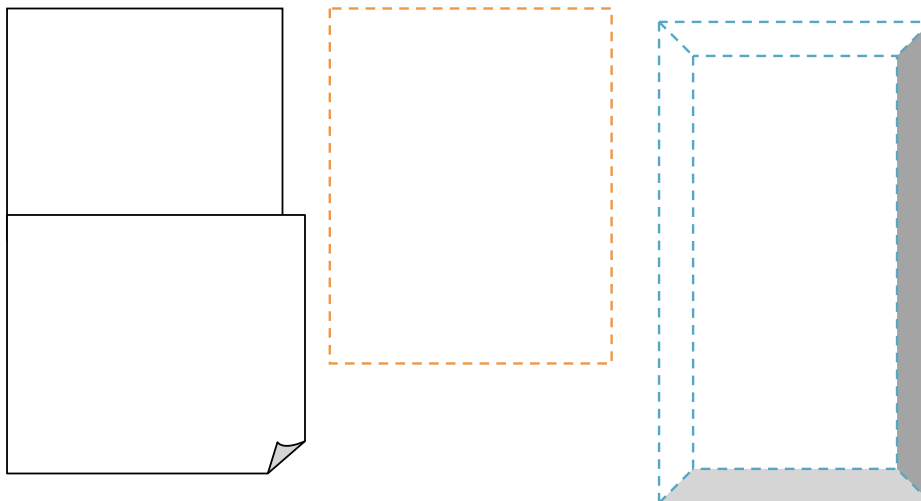
Todo adolescente debe vivir un proceso de humanización, que explore caminos para lograr la libertad, la autonomía, la madurez, la responsabilidad y la posibilidad de ser feliz en un mundo de alta complejidad.

Cuando un adolescente toma conciencia de lo que es, siente, piensa, hace y desea, y tiene una serie de valores que lo dignifican como persona, logra estructurar las metas y objetivos, resistiendo ante las dificultades, llegando al éxito en su desempeño.

Desarrollo del taller

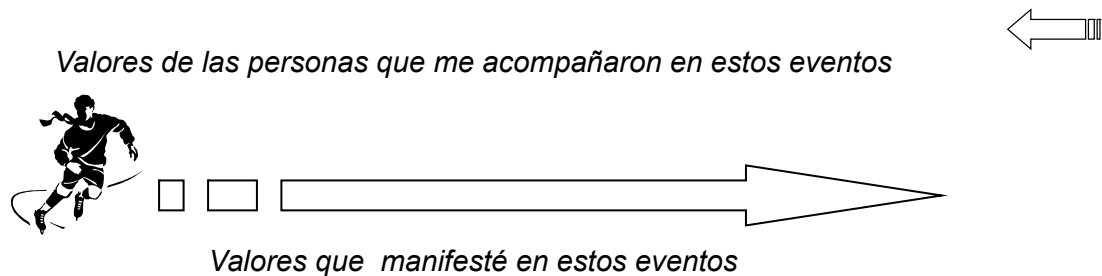
Sensibilización. El carnaval de imágenes son los valores de nuestra sociedad

Se dispone de una serie de láminas pegadas sobre cartulina grande, de tal manera que se tenga espacio por fuera de la imagen para escribir. En las imágenes seleccionadas se deben observar algunos de los valores que tiene nuestra sociedad, cada adolescente observa con detenimiento una a una todas las imágenes propuestas tratando de encontrar en ellas un valor humano. Una vez logrado dicho discernimiento, escribe el valor encontrado en la margen sobre la cartulina, cada adolescente puede repetir el valor o colocar otro según su percepción y experiencia. Este primer ejercicio pretende identificación, conocimiento y reconocimiento de valores por parte de los adolescentes.



Una vez recorridas todas las imágenes por parte de cada adolescente y colocado el nombre de algunos valores, se les invita a que seleccionen la imagen que crean que representa el valor más importante; luego de seleccionar la imagen, el adolescente no la debe coger del sitio donde está, pues puede haber varias personas que seleccionen la misma imagen. Cada adolescente debe responder ¿Por qué consideras que es el valor más importante? ¿Qué implica tener dicho valor?, logrando así la clarificación de valores. Después de que cada persona haya realizado la reflexión anterior, se socializa este primer trabajo en pequeños grupos.

Ruta valorativa de mi vida. Se pretende hacer un recorrido de los valores vividos por cada adolescente. Para ello, cada participante debe hacer una línea de su vida mostrando los momentos más significativos que ha vivido; en cada uno de esos eventos debe colocar un valor que hubiera sentido de alguna persona que estuvo en dicho evento y otro valor que él hubiera manifestado.



Con esta gráfica “Ruta valorativa de mi vida” debe organizarse una exposición en la que se resalten los valores y los beneficios que recibió de ellos. Todos los participantes pasarán por los diferentes lugares donde están las rutas expuestas y escucharán atentamente el trabajo realizado por sus compañeros. Una vez finalizado el paso por las diferentes rutas, se realiza una consolidación de valores, dando opiniones, argumentaciones y razones de sentido para comprender los beneficios que traen los valores al ser humano.

Profundización. Regalos afectivos, tus valores, mis valores

Se crea todo un ambiente sobre la visita a una joyería, en la cual cada persona podrá comprar cinco joyas acompañadas de valores humanos, para ser regaladas a los compañeros con los que más se identifican en el grupo, como por ejemplo: una pulsera de lealtad, una gargantilla de solidaridad, un anillo de responsabilidad, entre otras; cada regalo–valor se escribe en un papel diferente. Simulando tarjetas. Terminada la compra de regalos se organiza una fiesta simbólica; para ello se realiza el ritual de empacar, marcar (de: para:) para terminar con la entrega y recibimiento de tales obsequios.

De:
Para:

Cada persona busca a quien le asignó el regalo y hace la entrega acompañada de abrazos, besos, gestos o expresiones de reconocimiento que nazcan de su interior, siendo muy auténtico; la persona que recibe, abre el regalo, es decir, lee el valor que le reconoce su compañero y le da los agradecimientos siendo muy auténtico.

Nota: es importante aclarar que si alguien no recibe regalo no es por falta de valores, sino que hay limitantes internos o externos, que hacen que se dificulte que todos puedan conocer los valores de sus compañeros y disfrutar de estos detalles.

- Cuando cada persona recibe sus regalos se da un momento para reflexionar:
- ¿Cuáles son los valores más importantes que poseo?
- ¿Cuáles realmente tengo que trabajar para lograrlos con mayor intensidad?
- ¿Qué está dispuesto a sacrificar para reafirmar dichos valores?
- ¿Hasta qué punto estos valores forman parte de sus vidas?

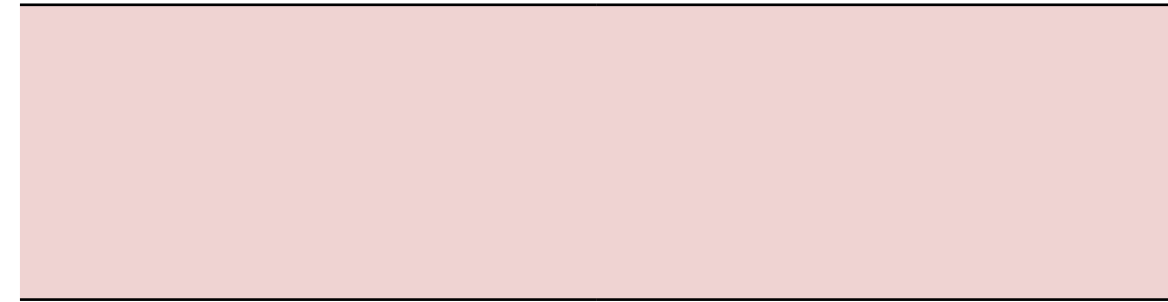
Estas preguntas permiten una “*Jerarquización y asimilación de Valores*”. Luego la persona que desee muestra sus regalos al grupo. Cada compañero da a conocer los regalos que le dieron y los valores que estos regalos significan en su vida. Una vez socializado por cada adolescente los valores recibidos, se invita a que compare sus valores con aquellos de los demás para poder ampliar su mundo valorativo.

Socialización. El rey y la reina se comprometen con sus valores

Se debe propiciar una reflexión sobre el reto que implica mantener o reafirmar nuestros valores personales, retomando aspectos del marco de referencia. Para lograr tal compromiso se propone el ejercicio “El Rey y la Reina se Comprometen con sus Valores”; se organiza el grupo en círculo y se llama voluntariamente a una persona (rey o reina) para que se coloque en el trono (lugar especial formando parte del círculo); una vez ubicado, los demás compañeros empezarán a decir valores que hayan percibido de la persona que está en el trono y esta persona debe decir cómo lleva ese valor a su cotidianidad; terminado el reconocimiento pasará otro y así sucesivamente hasta que todo el grupo haya pasado por el trono. Se trata de crear ambientes de compromisos frente a sus propios valores.

REY

REINA



Propuesta de acción-compromiso

Durante dos meses debe reafirmar los valores por medio de acciones cotidianas, y escribir dichas experiencias para compartir en grupo terminado el tiempo propuesto.

Evaluación

El educador coloca en el tablero el inicio de una frase: “Lo que aprendí...”. Cada participante en una tarjeta de cartulina complementará dicha frase de acuerdo a la experiencia vivida; luego son pegadas en el tablero y se socializan.

Taller 13: Afectividad

Objetivo

Reconocer y valorar los sentimientos que permitan consolidar vínculos afectivos y redes de apoyo, como aspectos fundamentales en el proceso de socialización.

Referente conceptual

La afectividad es el lugar donde habitan los sentimientos, emociones y pasiones. La afectividad es una zona intermedia donde se unen lo sensible y lo intelectual. Si esto es así, de algún modo cabe la posibilidad de hablar de una afectividad inteligente o de una inteligencia emocional. Una inteligencia afectada por nuestros sentimientos, por el corazón y a su vez, una afectividad teñida o tamizada por la racionalidad (Quintanilla, 2003, p. 260).

La afectividad es una zona intermedia, entre el sentimiento y la razón, entre las funciones propiamente sensitivas y las espirituales o racionales. Desde este punto de vista, los animales también poseen sentimientos, pero se diferencian de los humanos, en que la persona es capaz -o al menos debería serlo- de controlarlos y matizarlos (Yepes, 1996, p. 121).

El corazón es el *centro* del hombre. La afectividad se refiere, de modo inequívoco, a diferentes *aspectos* del estado de ánimo. Se considera que, formando parte del estado de ánimo vital, o de fondo, se encuentran las emociones, sentimientos, pasiones, impulsos y, en algunos casos también, los instintos (Von Hildebrand, 1996, p. 98).

Según la definición de la psicología médica en: Apuntes de Psicopatología, Departamento de Psiquiatría Médica y Psicología (UDEN), retomado por Quintanilla Beatriz, la afectividad

Es una cualidad del ser psíquico caracterizada por la capacidad del sujeto de experimentar íntimamente las realidades exteriores y de experimentarse a sí mismo. Es decir, de convertir en experiencia interna cualquier contenido de conciencia. La naturaleza de la afectividad consiste, pues, en convertir toda relación en experiencia interna (vivencia) y su finalidad, en dotar de significado personal los propios contenidos de la experiencia (2004, p. 262).

Esta misma autora argumenta que:

Nuestra afectividad está teñida o tamizada por la racionalidad: por la inteligencia -como conocimiento- y por la voluntad -como dominio- de nosotros mismos. La educación emocional se encamina a conseguir que la persona maneje sus emociones y se adapte al entorno y a sí mismo, de forma que viva de un modo integrado en su sociedad, siendo feliz consigo mismo y siendo capaz de establecer relaciones interpersonales adecuadas. Esto le permitirá reaccionar ante las distintas situaciones existenciales, aún las difíciles, de un modo positivo y eficaz (Quintanilla Beatriz, 2004, p. 263).

En el texto sobre la Promoción de Competencia Social se plantea que es necesario trabajar 3 tipos de habilidades:

Habilidades emocionales propiamente dichas, que se relacionan directamente con los sentimientos:

- Identificación y designación de sentimientos.
- Expresión de sentimientos.
- Evaluación de la intensidad de los sentimientos.
- Manejo de sentimientos.
- Postergación de la gratificación.
- Dominio de impulsos.
- Reducción del estrés.
- Conocimiento de la diferencia entre sentimientos y acciones.

Habilidades cognitivas, es decir, la intervención de un proceso cognitivo para reconocer los sentimientos:

- Conversación personal.
- Lectura e interpretación de señales sociales.
- Empleo de pasos para solución de problemas y toma de decisiones.
- Comprensión de la perspectiva de los demás.
- Comprensión de normas de actitud positiva hacia la vida.

- Conciencia de uno mismo (por ejemplo, desarrollar expectativas realistas con respecto a uno mismo).

Habilidades de conducta:

- No verbales: comunicarse a través del contacto visual, tono de voz, gestos, etcétera.
- Verbales: formular pedidos claros, responder eficazmente a la crítica, resistirse a las influencias negativas, escuchar a los demás, participar en grupos positivos de pares (esto en el entrenamiento concreto). (Consortio W.T. Grant, sobre la Promoción de Competencia Social, 1992).

El vínculo afectivo plantea la necesidad de proximidad y el contacto, mediatizado por una representación mental, un deseo y una conducta que se mantiene a lo largo del ciclo vital. Cuando este vínculo no se construye en la interacción con las demás personas puede tener graves consecuencias a nivel personal y social. El afecto es considerado como una necesidad universal que puede cambiar el satisfactor dependiendo de los contextos y circunstancias, pero su esencia es la de permitir tener unas bases para avanzar en el proyecto de hacerse persona.

Trabajar en el mundo afectivo del adolescente implica avanzar hacia el reconocimiento y de aceptación de sí mismo y de los demás logrando relaciones más conscientes, significativas, duraderas y trascendentes.

Para construir un “nosotros afectivo” es necesario la reciprocidad emocional y una comunicación oportuna y clara donde se dé la confirmación de sí mismo y del otro. Es importante en ese mundo afectivo la sintonía afectiva a partir de: la confianza, la seguridad, el apoyo y el respeto, como elementos básicos en las interacciones humanas.

En el texto “La dimensión afectiva como base del desarrollo humano, una reflexión teórica para la intervención en trabajo social”; las autoras retoman a Goleman cuando plantea tres aptitudes emocionales con el fin de tener un mejor desempeño en la cotidianidad socio-afectiva; tales aptitudes, son: autorreconocimiento o conocimiento de las propias emociones y los recursos para manejarlas; autoevaluación precisa o capacidad para reconocer los propios límites, debilidades y fortalezas; capacidad para aprender de la experiencia y confianza en uno mismo o capacidad para reconocer los propios valores y proyecto de vida. El desarrollo de estas aptitudes como punto fundamental para la articulación de los sentimientos y por ende para su expresión adecuada socialmente, requiere indispensablemente del despliegue positivo de estas a actitudes, regidas por una sana introspección ya que el conocimiento de uno mismo actúa como un instrumento interior, que valora constantemente las acciones hechas o por hacer (Hernández & Sánchez, 2008).

Para lograr avanzar en la comprensión de las interacciones humanas, Goleman plantea que

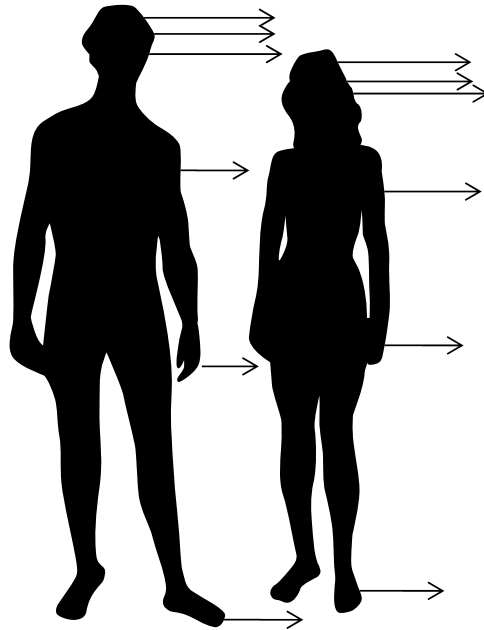
La inteligencia social es la habilidad para entender los sentimientos, pensamientos y comportamientos de las personas, incluido uno mismo, en situaciones interpersonales, y actuar apropiadamente de acuerdo a ese entendimiento. El concepto de “Inteligencia Social”, permite comprender lo que verdaderamente sucede cuando las personas interactúan y también permite mirar más allá del estrecho interés personal hacia el mejor interés por los demás, con esto se enriquecen las habilidades de empatía y preocupación por el otro. (Goleman, 2006, p. 223).

Desarrollo del taller

Sensibilización. El autorretrato afectivo

Mediante una relajación se llevará a que cada persona recuerde momentos significativos de su vida y visualice qué personas han estado en dichos eventos. En una hoja de papel cada adolescente dibujará una silueta y resaltará algunas partes importantes utilizando flechas, señalando las diferentes partes del cuerpo:

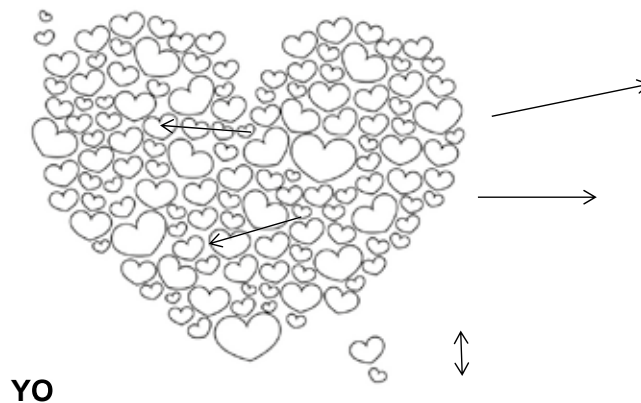
- En la flecha que sale de la frente, escribe el pensamiento más importante que hubiera tenido y quién es la persona que estaba allí.
- En la flecha que sale de los ojos, escribe lo más bonito que hubiera visto y qué persona estaba allí.
- En la flecha que sale de los oídos, escribe lo más bonito que hubiera oído y qué persona estaba allí.
- En la flecha que sale de la boca, escribe lo más bonito que hubiera dicho y qué persona estaba allí.
- En la flecha que sale de la nariz, escribe lo más agradable que hubiera olido y qué persona estaba allí.
- En la flecha que sale de las manos, escribe lo más bonito que hubiera hecho y qué persona estaba allí.
- En la flecha que sale del corazón, escribe lo más bonito que hubiera sentido y qué persona estaba allí.
- En la flecha que sale de los pies, escribe el lugar donde más bien se ha sentido y qué persona estaba allí.



Luego de llenar la silueta con estos eventos recordados trata de responder ¿qué sentimientos hay con las personas que hacían presencia en esos eventos? Voluntariamente la persona que desea hablar de su autorretrato, lo hace. Luego, se reflexiona sobre lo que significa evocar sensaciones positivas de su existencia y los vínculos que ello conlleva.

Profundización. El afectograma

Consiste en presentar de manera gráfica las relaciones afectivas que siente y tiene hacia cada persona. Para ello, se invita a cada participante a que escriba una lista de las personas que le son significativas en su vida y revisar cómo son sus relaciones. Luego debe ubicarlas de acuerdo con el grado de afecto que siente por cada persona, teniendo presente que las más significativas estarán más cerca del corazón “Yo”, las otras se irán alejando de acuerdo con el grado afectivo que sienta por ellos.



Ubicadas todas las personas, saque flechas de cada corazón nombrado y escriba cómo le expresa el afecto en lo cotidiano a cada una de estas personas.

De forma voluntaria las personas que deseen compartir su afectograma, lo hacen respetando la intimidad de cada persona.

Socialización. Compartiendo experiencias significativas

“El amor está en quiebra” (Anónimo). Para iniciar la sesión, se propone leer cada una de las siguientes frases de tal manera que genere una reflexión personal que será redefinida con una nueva frase desde lo propositivo y que dé cuenta que *el afecto se vive cuando...*

- Cuando se admite la incapacidad del cambio
Cuando...
- Cuando el egoísmo se convierte en norma
Cuando...
- Cuando el orgullo es el apoyo del yo
Cuando...
- Cuando la madurez se traduce en no me provoca
Cuando...
- Cuando el trabajo se vuelve agitación
Cuando...
- Cuando la comodidad impide el encuentro
Cuando...
- Cuando el interés no se centra en la persona sino en lo que tiene
Cuando...
- Cuando la incomprensión se hace rutina generando intransigencia
Cuando...
- Cuando el engaño sustituye la verdad
Cuando...
- Cuando el silencio y la indiferencia es una costumbre
Cuando...

- Cuando se vive sin esperanza ni pasión

Cuando...

- Cuando no se descubre algo nuevo cada día

Cuando...

- Cuando Dios está ausente y silenciado

Cuando...

Terminada la reflexión se presentan las nuevas frases, para complementar el fragmento y luego cada participante escogerá una de esas frases propositivas para enviarla a una de las personas con la que tiene un sólido vínculo afectivo.

Propuesta de acción compromiso

Realizar un decálogo (10 ideas) de cómo se puede expresar en lo cotidiano el afecto a los seres más significativos, y resaltar aquellos que se llevarán a la práctica en la próxima semana.

Evaluación

En una bolsa se colocan una serie de fichas con preguntas, el educador coloca una canción, cuando ésta se suspende, la persona que tiene dicha bolsa, saca una ficha, lee la pregunta y da la respuesta desde su sentir.

- ¿Cómo percibe el afecto en otros?
- ¿Cómo expresa los sentimientos de amor?
- ¿Qué significa tener una relación afectiva con otra persona?
- ¿Cómo expresa el afecto?
- ¿Cómo percibe los sentimientos de los otros hacia usted?
- ¿Cómo refuerza las expresiones de afecto?
- ¿Cómo asume la responsabilidad de sus propias acciones en el afecto?
- ¿Cuál es la forma en la que le gusta que le expresen el efecto?
- ¿Qué cosas hacen que el afecto se disminuya hacia las personas que ama?
- ¿Qué cosas hace que el afecto surja hacia las personas que lo rodean?

Taller 14: Toma de decisiones

Objetivo

Posibilitar espacios reflexivos, con el fin de que el adolescente aprenda a tomar decisiones que contribuyan positivamente a su proyecto de vida.

Referente conceptual

“La toma de decisiones es el proceso de identificación de un problema u oportunidad y la selección de una alternativa de acción entre varias existentes” (Díaz, 2005, párr. 15).

“Una decisión, para cumplir con la característica de ser efectiva, debe ser el resultado de un proceso sistemático, con elementos definidos que se manejan en una secuencia de pasos precisos” (Díaz, 2005, párr. 18).

Desarrollar habilidades para asumir responsablemente el proceso de toma de decisiones es transcendental en la vida de un adolescente ya que diariamente se ve abocado a tomar decisiones y si no lo hace acertadamente deberá asumir graves consecuencias. La toma de decisiones conlleva a temores e incertidumbres que afectan su proyecto de vida.

El proceso para aprender a tomar decisiones es complejo y debe ser desarrollado paulatina y permanentemente. Debe ser un proceso sistemático, activo, voluntario y consciente, fundamentado en criterios, opiniones y valores de cada cultura y exige tres aspectos básicos: capacidad de ver la realidad, capacidad creativa, y capacidad para anticipar consecuencias.

Según Pilar Martínez (2011, p. 235), la necesidad de tomar decisiones rápidamente en un mundo cada vez más complejo y en continua transformación, puede llegar a ser muy desconcertante, por la imposibilidad de asimilar toda la información necesaria para adoptar la decisión más adecuada. Todo ello nos conduce a pensar que el tomar decisiones supone un proceso mental, que lleva en sí mismo los siguientes pasos:

- *Identificación del problema:* tenemos que reconocer cuando estamos ante un problema para buscar alternativas al mismo. En este primer escalón tenemos que preguntarnos ¿Qué hay que decidir?

- *Análisis del problema:* en este paso habremos de determinar las causas del problema y sus consecuencias y recoger la máxima información posible sobre el mismo. En esta ocasión la cuestión a resolver es ¿Cuáles son las opciones posibles?
- *Evaluación o estudio de opciones o alternativas:* aquí nos tenemos que centrar en identificar las posibles soluciones al problema o tema, así como sus posibles consecuencias. Nos debemos preguntar ¿Cuáles son las ventajas e inconvenientes de cada alternativa?
- *Selección de la mejor opción:* una vez analizadas todas las opciones o alternativas posibles, debemos escoger la que nos parece más conveniente y adecuada. Observamos aquí cómo está implicada en sí misma una decisión, en esta ocasión nos preguntamos ¿Cuál es la mejor opción?
- *Poner en práctica las medidas tomadas:* una vez tomada la decisión debemos llevarla a la práctica y observar su evolución. Aquí reflexionamos sobre ¿Es correcta la decisión?
- *Finalmente evaluamos el resultado:* en esta última fase tenemos que considerar si el problema se ha resuelto conforme a lo previsto, analizando los resultados para modificar o replantear el proceso en los aspectos necesarios para conseguir el objetivo pretendido. En esta fase nos preguntamos ¿La decisión tomada produce los resultados deseados?

La autora antes mencionada, plantea que toda toma de decisiones lleva riesgos, renunciaciones y responsabilidad, ya que en el mismo momento que optamos por una alternativa (decisión) estamos renunciando a otras opciones. Quien toma una decisión debe aceptar la responsabilidad de sus consecuencias.

Desarrollo del taller

Sensibilización. El lazarillo. Tomar decisiones a ciegas

La mitad del grupo se venda los ojos y el resto hará las veces de lazarillo. Los lazarillos escogen a su pareja cuando ésta tiene los ojos vendados de forma que ella no sabe por quién es conducido. El lazarillo y el ciego caminarán prendidos de la mano, comienza la música y cada pareja se desplaza por el espacio de juego salvando obstáculos, identificando objetos; cuando la música se interrumpe cambian los papeles. Al finalizar, cada uno puede comentar lo que ha percibido. Y responder esta pregunta: ¿qué implica tomar decisiones a ciegas?

Fase de profundización. Fotos colectivas antes y después

Se organizan en grupos de cinco o seis personas. Cada grupo busca un tema donde consideren que los adolescentes deben tomar decisiones complejas. El tema seleccionado lo van a organizar en una escultura o foto colectiva donde se vea claramente el problema que requiere tomar decisión; tres personas conformarán la foto de antes; luego los otros tres adolescentes representarán

la foto después, donde se dejen ver las consecuencias de lo sucedido; entre las dos fotos escribirán la decisión tomada.

Ejemplo:

Momento 1: Foto Antes: Pareja asumiendo la noticia de que están en embarazo.

Momento 2: Decisión: Tener el bebe.

Momento 3: Foto después: Pareja de adolescentes cuidando un bebé.

Para lograr hacer esta representación corporal se debe realizar con detenimiento los siguientes pasos:

- *Identificación del problema:* ¿Qué hay que decidir?
- *Análisis del problema:* ¿Cuáles son las opciones posibles?
- *Evaluación o estudio de opciones o alternativas:* ¿Cuáles son las ventajas e inconvenientes de cada alternativa?
- *Selección de la mejor opción:* ¿Cuál es la mejor opción?
- *Poner en práctica las medidas tomadas:* ¿Es correcta la decisión?
- *Evaluación del resultado:* ¿La decisión tomada produce los resultados deseados?

Cada grupo dará a conocer su trabajo corporal: fotos antes y después, y sus respectivos análisis de cada uno de los pasos que siguió para realizar el ejercicio.

Socialización. Compartiendo experiencias significativas

Bolsa para la toma de decisiones:

En una bolsa de tela se depositan una serie de fichas con las preguntas que se presentan a continuación.

- ¿Cómo logro satisfacer mis necesidades?
- ¿Cómo saber que debo tomar una decisión?
- ¿Cuáles son las decisiones más complejas para un adolescente?
- ¿Cómo se identifica un problema?

- ¿Qué cosa hay que decidir?
- ¿Cómo se hace el análisis del problema?
- ¿Cómo se hace la evaluación o estudio de opciones o alternativas?
- ¿Cómo se sabe cuál es la mejor opción? ¿cuál es la mejor opción?
- ¿Qué implica decidir?
- ¿Cómo se evalúa una decisión?

El facilitador va llevando un ritmo; cuando éste se suspende, la persona que tiene dicha bolsa saca una ficha, lee la pregunta y da la respuesta desde su sentir. Cada vez que los participantes respondan cada pregunta, otros compañeros le pueden ampliar la respuesta, junto con los aportes del facilitador.

Socialización. Compartiendo experiencias significativas

Busca un ejercicio práctico de tu vida cotidiana y aplica el modelo de toma de decisiones (ver tabla 2.9).

Tabla 2.9 *Modelo de toma de decisiones*

Compartiendo Experiencias Significativas	
Identificación del problema: ¿Qué hay que decidir?	
Análisis del problema: ¿Cuáles son las opciones posibles?	
Enumera las alternativas posibles:	
Evaluación o estudio de opciones o alternativas: ¿Cuáles son las ventajas y/e inconvenientes de cada alternativa? Reúne la información posible de diferentes fuentes:	

Continúa en la página siguiente

Inicia en la página anterior

Analiza las ventajas y desventajas posibles:
Selección de la mejor opción: ¿Cuál es la mejor opción? Toma la decisión argumentando las razones para ello:
Poner en práctica las medidas tomadas: ¿Es correcta la decisión?
Evaluamos el resultado ¿La decisión tomada produce los resultados deseados?

Propuesta de acción compromiso

Aplicar el modelo de toma de decisiones en la vida cotidiana. Trabajar la plantilla anterior para garantizar que se aplica el modelo paso a paso.

Evaluación

Utilizando la técnica de lluvia de ideas encontrar libremente la importancia de tomar decisiones en forma reflexiva, escribir en un papelógrafo y dejarlo en un lugar visible del aula de clase.

Taller 15: Solución de conflictos

Objetivo

Lograr reflexionar sobre la importancia de buscar mecanismos adecuados para resolver los conflictos del diario acontecer que le permita tener referentes y hábitos para salir adelante en las diversas dificultades que se le presenta en la vida.

Referente conceptual

“Nadie llega a convertirse en humano si está solo; nos hacemos humanos los unos a los otros”.
Fernando Savater

El conflicto es la situación problemática que se origina por las diferentes percepciones que determina la forma de ver y comprender el mundo. Estas distintas formas de ver conllevan pugnas, antagonismos, choques, luchas, oposición de intereses entre las personas y contradicción en los sistemas de valores.

Descubrir que los conflictos son una oportunidad educativa, una oportunidad para aprender a construir otro tipo de relaciones, así como para prepararnos para la vida, aprendiendo a hacer valer y respetar nuestros derechos de una manera no violenta y con la fuerza necesaria para llegar a soluciones en las que todos y todas ganemos, y podamos satisfacer nuestras necesidades.

Educar para el conflicto supone aprender a analizarlo y resolverlo, tanto a nivel micro (los conflictos interpersonales en nuestros ámbitos más cercanos: clase, casa, barrio, etc.), como a nivel macro (conflictos sociales, internacionales, etc.).

El conflicto es consustancial a las relaciones humanas. Interaccionamos con otras personas con las que vamos a discrepar y con las que vamos a tener intereses y necesidades contrapuestas. El conflicto además es ineludible, y por mucho que cerremos los ojos o lo evitemos, este continúa su dinámica. Es algo vivo que sigue su curso a pesar de nuestra huida, haciéndose cada vez más grande e inmanejable. Consideramos el conflicto como una oportunidad para aprender (Cascón, 2011).

La solución a estos conflictos es un esfuerzo de las personas por tratar de encontrar caminos y respuestas adecuadas, desde perspectivas distintas. Es la situación esperada después de dialogar conscientemente en busca de alternativas que satisfaga a los involucrados.

El diálogo es una manera racional de resolver los conflictos. Es un proceso complejo, en el cual dos o más partes que tienen desacuerdos intercambian información, confrontan sus ideas y tratan de llegar a acuerdos que permitan solventar sus diferencias de manera equitativa. Además, es un proceso transformador: las partes tratan de lograr sus objetivos por medio de la comunicación efectiva y la persuasión.

La interacción puede ser deficiente, bien porque hay obstáculos en la comunicación o porque el manejo inadecuado de las emociones distorsiona el clima necesario para negociar. También puede ocurrir que la complejidad de los temas que se negocian impida a las partes comprender todas sus implicaciones. Sea cual fuere la razón por la cual fracase una solución, existen mecanismos de asistencia en la búsqueda de la solución a sus conflictos. El principal de estos mecanismos es la conciliación o mediación, que permite la participación de un tercero, ajeno al conflicto e imparcial, que intente aproximar las posiciones de los negociadores, los ayude a identificar intereses comunes que deberían preservar, trabaje para crear un ambiente propicio para la buena comunicación y, de ser necesario, sugiera opciones que permitan resolver la controversia (Berríos y Martínez, 2011, p. 134).

Son muchas las causas del conflicto, entre ellas tenemos: premura de tiempo expectativas no satisfechas, frustración, las resistencias al cambio, la competencia o rivalidad, malas relaciones.

Los conflictos, si no se atienden oportunamente, hay desgaste de energía sin ningún logro, se da una excesiva pérdida de tiempo; por ello hay que buscar los beneficios en la solución, lo cual implica obtener un ambiente cordial para aclarar posiciones, puntos de vista, disminuir las tensiones, formar acuerdos, mejorar las capacidades de las personas y elevar la confianza y comunicación.

Son diversos los caminos para resolver los conflictos, pero siempre hay que escoger el lugar y el momento apropiado para hablar sobre asuntos delicados. Todos los involucrados deben tener la palabra en forma organizada para identificar la situación conflictiva y formular alternativas de solución.

Es de vital importancia ser asertivo, concreto, conciso y colocarse en el lugar del otro, y mantener una fluidez de la comunicación, para llegar a acuerdos y a cambios fundamentales.

Entre las diferentes reglas esenciales para la solución de conflictos tenemos: identificar el problema, sin ofender o irrespetar a la persona; escuchar atentamente sin interrumpir; estar atento a los sentimientos de la otra persona y poner cuidado de todo lo que se dice, sobre todo, no eludir la situación problemática y no crear odios o resentimientos en la otra persona. Esto implica tener cuidado de no hacer o decir las siguientes expresiones: injuriar, vociferar, incriminar, pegar, amenazar, fantasear, ridiculizar, descalificar, insultar.

Desarrollo del taller

Sensibilización. Observación de láminas

Se hará un recorrido guiado, motivando a los participantes a que observen con detenimiento algunas láminas (previamente conseguidas por el dinamizador). Cada persona comparte con el grupo lo visto en cada una de ellas. Luego deben ponerse de acuerdo sobre la observación de dichas láminas.

Lámina 1. ¿Qué está sucediendo allí?



Nota: Lámina extraída de algún periódico, revista o material escrito.

Lámina 2. Tratar de colocarse de acuerdo sobre la pregunta: ¿Qué se observa allí?



Nota: Lámina extraída de algún periódico, revista o material escrito.

Lámina 3. Tratar de colocarse de acuerdo con la similitud o diferencia en el tamaño de estas dos líneas rectas



Lámina 4. Tratar de colocarse de acuerdo sobre las características de la persona o personas que se observa en la lámina.



Nota: Lámina extraída de algún periódico, revista o material escrito.

Una vez trabajados los ejercicios anteriores, tratar de discutir ¿Qué paso en el ejercicio y cómo llegaron a colocarse de acuerdo?

Profundización. El nudo

Se divide el grupo en subgrupos de 10 a 12 personas (siempre números pares). Cada subgrupo forma un círculo pequeño; cada persona extiende su mano derecha y coge la mano derecha del compañero; como requisito indispensable no puede coger la mano de sus compañeros laterales; luego se hace lo mismo con la mano izquierda, con la condición de que tampoco puede ser la de sus vecinos próximos ni de la misma persona que tiene la otra mano; se forma así un gran nudo que deben disolver sin soltarse las manos; cada grupo debe llegar a formar una ronda o círculo con las manos bien unidas.

Se determina otro grupo de participantes para que observe la situación en relación con: comunicación, cumplimiento de reglas, control emocional, liderazgo, solución de conflictos, valores etc.

Luego de esta experiencia se analizan los diferentes conflictos que se presentaron y los mecanismos que utilizaron para resolverlos; esto es posible con la participación de los observadores y de las mismas personas que vivieron la situación problemática.

Es importante ir dejando anotado en un tablero las ideas más importantes planteadas por el grupo sobre los conflictos y cómo solucionarlos. Estas ideas se convierten en aprendizajes importantes para el futuro de cada adolescente.

Socialización. Compartiendo experiencias significativas. Se va a trabajar en pequeños grupos la imagen que aparece a continuación desarrollando las siguientes acciones:



El facilitador, propone que se fije una historieta tipo *tira cómica* en este lugar.

- Describir primero a nivel individual y luego en tríos o cuartetos lo que sucede en cada una de las etapas de la historieta.
- Determinar los pasos del conflicto.
- Sacar las ideas más importantes para resolver un conflicto.
- Determinar varios finales según el posible comportamiento de los dos burritos.
- Hacer una representación dramatizada con una historieta similar de la vida cotidiana en que viven los adolescentes.

Una vez compartido en plenaria, se sacan conclusiones sobre qué valores, formas de comportarse, ha permitido superar estos conflictos (Regulación del conflicto Interpersonal: www.educarueca.org). El educador enriquecerá la reflexión desde los referentes teóricos y desde su experiencia personal y docente.

Propuesta de acción compromiso

Resolver una vez por semana, durante tres meses, uno de los conflictos que tiene mayor frecuencia, siguiendo paso a paso cada una de estas ideas (escribir cómo se cumplieron los pasos).

- Apertura y motivación para resolver el conflicto.
- Reconocer y colocarse en disposición desde la perspectiva de cada persona involucrada en la situación conflictiva.
- Reformulación o replanteo de la situación dando múltiples alternativas de solución.
- Evaluación y selección de opciones sin atropellar los interés de los demás.
- Elaboración de una propuesta de acuerdo con el consenso de todos donde todos ganen.
- Estar pendiente para darle seguimiento del cumplimiento del acuerdo.

Evaluación

Expresar las diferentes percepciones que se vivieron durante la realización de la sesión de trabajo. Analizar las ventajas que implica asumir positivamente la solución de conflictos.

Taller 16: Autocontrol emocional

Objetivo

Lograr autocontrol emocional como una forma necesaria de asumir el libre y sano desarrollo personal y social, fomentando así confianza y seguridad en las posibilidades del adolescente.

Referente conceptual

Para comprender el control de las emociones es necesario reconocer que las emociones son impulsos para actuar, planes instantáneos para enfrentarnos a situaciones inesperadas, la raíz de la palabra emoción es *motore*; proviene del verbo latino “mover” sumado al prefijo “e” que significa alejarse. Lo cual sugiere que toda emoción lleva una tendencia a actuar (LeDoux, 1993, p. 210).

“La teoría de control de las emociones o Inteligencia emocional se basa en el uso inteligente de las emociones, pretende educar a las personas para que sean más conscientes de sus sentimientos y acciones”. (Extremera, et al. 2004, p. 223)

Soto (2005, p. 8) plantea que “el ser humano al experimentar una emoción, generalmente involucra un grupo de cogniciones, actitudes y creencias, para valorar una situación específica, y por ende influyen en la forma en que actuamos. Las emociones juegan un papel contundente en la forma racional de pensar de los individuos”.

Diversas dificultades que vive la sociedad actual, tienen que ver con el mundo emocional; por ello se requiere educación emocional que actúe como reguladora de los descontroles personales y sociales.

La formación emocional es el desarrollo de conocimientos, capacidades, habilidades y actitudes necesarias para percibir, expresar y controlar las diferentes emociones en forma positiva. Estas disposiciones comportamentales se dan en dos grandes categorías: la inteligencia intrapersonal que conlleva capacidad de autorreflexión, identificación, control y regulación de las propias emociones, y la inteligencia interpersonal que va en relación con la capacidad de darse cuenta de lo que las otras personas sienten o piensan y tiene que ver con la sintonía afectiva, asertividad y empatía.

La educación emocional considera a las competencias como herramientas de superación individual y grupal, que permiten el desarrollo del ser humano. Entre estas competencias la de mayor importancia es el autocontrol.

“El autocontrol es destreza para controlar las emociones e impulsos para actuar responsablemente ante ellos. Significa pensar antes de actuar. Las personas que poseen esta habilidad, pueden serenarse y liberarse de la irritabilidad que producen las provocaciones” (Goleman, 1995, p. 116).



Es importante conocer y manejar sus emociones, controlarse a sí mismo y saber cómo responder ante las provocaciones; de esta manera se pueden evitar grandes conflictos relacionales y personales.

Desarrollo del taller

Sensibilización. Evocando y reconociendo mis emociones

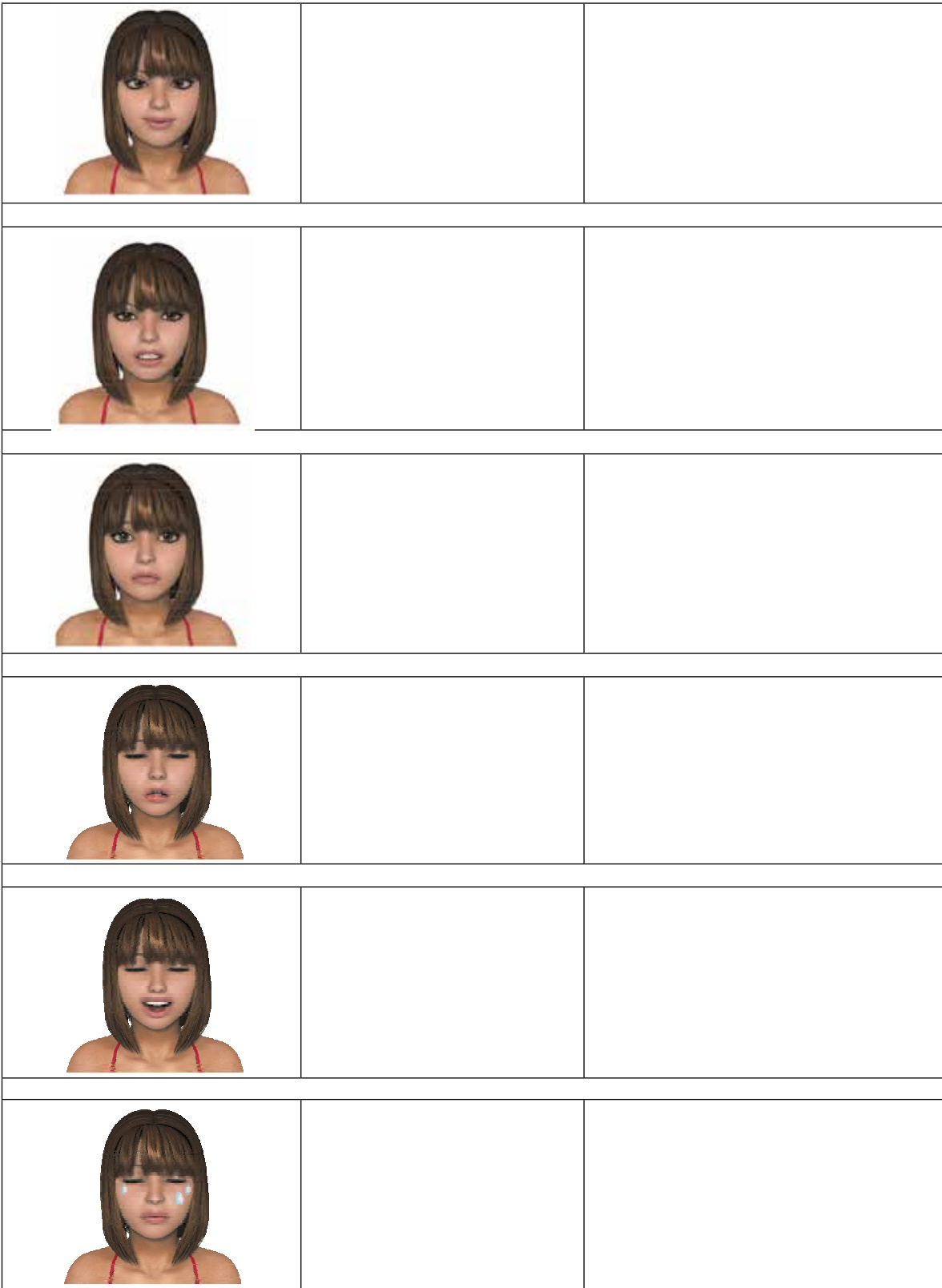
En la tabla 2.10 hay una serie de emociones que todos hemos experimentado en muchos momentos de nuestra vida. Trate de recordar y nombrar una situación que le haya generado dicha emoción y en la casilla siguiente, consigne el nombre de personas que estén vinculadas con esa emoción; determine cómo fue su control.

Tabla 2.10 *Evocando y reconociendo mis emociones*

Emociones	Situación que te haya provocado la siguiente emoción	Personas vinculadas con la emoción y cómo fue su control
		
		
		

Continúa en la página siguiente

Inicia en la página anterior



Ilustradores: Kelly Yuranni Valencia Marín y David Alejandro Mejía Buitrago-
Fundación Universitaria Luis Amigó (Colombia)

Una vez terminada la tarea socializa las emociones que más te impactaron con esta evocación y resaltando como lograste superar dicho estado emocional.

Fase de profundización. Yo en pedazos

Cada persona escribe en una hoja la palabra Yo. Esto quiere decir que toda la hoja representa su persona. Se lleva al grupo a que ubique todas las emociones vividas en la última semana. Se realiza una serie de preguntas con relación a este período de tiempo. Si la respuesta es positiva, se rasga un pedazo de papel (el tamaño de éste va en relación directa con la intensidad de la emoción). Durante esta semana me he sentido: cansado, rechazado, inseguro, vacilante, culpable, triste, sólo, inútil, dependiente, no querido, pesimista, etc. La próxima serie de preguntas tiene una acción contraria: cada respuesta positiva permite retomar uno de los pedazos desprendidos y volverlo a colocar en la hoja (formar el rompecabezas). El tamaño del pedazo también va en relación con la intensidad de la emoción. Durante esta semana me he sentido: reconocido, querido, útil, optimista, satisfecho, seguro, confiado, alegre, acompañado, independiente, autónomo y servicial, etc. Expresé lo que significó esta vivencia.

Mirando por el microscopio emocional. Después de vivir una relajación con la ayuda de una música propia para ello, el participante busca en su interior la emoción que más le impactó del ejercicio anterior y con qué frecuencia le afecta su condición de persona.

- Escribe la emoción _____
- Responde los siguientes interrogantes:

¿Qué aspectos del ambiente me generan dicha emoción?

¿Qué personas incidieron en mi vida para generar dicha emoción?

¿Qué actitudes, normas, acciones, valores o mensajes significativos genera esta emoción? _____

¿Qué juicios o comentarios hacen los demás de mí, cuando vivo esta emoción?

¿Cómo he logrado autocontrol de esta emoción?

Una vez socializadas las experiencias de los distintos participantes el facilitador ampliará la temática desde sus referentes conceptuales y dará a conocer algunas técnicas para lograr el autocontrol emocional.

Técnica Respiración Profunda. Esta técnica es muy fácil de aplicar y es útil para controlar las reacciones fisiológicas antes, durante y después de enfrentarse a las situaciones emocionalmente intensas.

- Inspire profundamente mientras cuenta mentalmente hasta 4.
- Mantenga la respiración mientras cuenta mentalmente hasta 4.
- Suelte el aire mientras cuenta mentalmente hasta 8.
- Repita el proceso anterior.

De lo que se trata, es de hacer las distintas fases de la respiración de forma lenta y un poco más intensa de lo normal, pero sin llegar a tener que forzarla en ningún momento. Para comprobar que se hace la respiración correctamente se pone una mano en el pecho y otra en el abdomen. Se está haciendo correctamente cuando sólo se te mueva la mano del abdomen al respirar (algunos le llaman también respiración abdominal).

Técnica Detención del Pensamiento. Esta técnica puede utilizarse también antes, durante o después de la situación que nos causa problemas. Esta estrategia se centra en el control del pensamiento. Para ponerla en práctica debe seguir las siguientes recomendaciones: cuando se encuentre incómodo, nervioso o alterado, hay que préstale atención al tipo de pensamientos que está teniendo, e identificar todos aquellos con connotaciones negativas (centrados en el fracaso, el odio hacia otras personas, la culpabilización, etc.). Diga para sí mismo ¡Basta! Sustituya esos pensamientos por otros más positivos.

El problema de esta técnica es que se necesita cierta práctica para identificar los pensamientos negativos, así como para darles la vuelta y convertirlos en positivos. En la tabla 2.11 le presentamos algunos ejemplos:

Tabla 2.11 *Técnica Detención del Pensamiento*

Pensamientos negativos	Pensamientos positivos
<p>Soy un desastre” “No puedo soportarlo” “Me siento desbordado” “Todo va a salir mal” “No puedo controlar esta situación”</p>	<p>“Soy capaz de superar esta situación” “Si me esfuerzo tendré éxito” “Preocuparse no facilita las cosas” “Esto no va a ser tan terrible” “Seguro que lo lograré” “Posiblemente no se haya dado cuenta”</p>

Técnica Relajación Muscular. Esta técnica también sirve para aplicar antes, durante y después de la situación, pero para su empleo eficaz requiere entrenamiento previo. Para su práctica sigue los siguientes pasos:

- Siéntese tranquilamente en una posición cómoda. Cierre los ojos.
- Relaje lentamente todos los músculos de su cuerpo, empezando con los dedos de los pies y relajando luego el resto del cuerpo hasta llegar a los músculos del cuello y la cabeza.
- Una vez haya relajado todos los músculos de su cuerpo, imagínesse en un lugar pacífico y relajante (por ejemplo, una playa). Cualquiera que sea el lugar que elija, imagínesse totalmente relajado y despreocupado.
- Imagínesse en ese lugar lo más claramente posible. Practique este ejercicio tan a menudo como sea posible, al menos una vez al día durante unos 10 minutos en cada ocasión.

Si le ha convencido la utilidad del ejercicio, recuerde que debe practicarlo para llegar a automatizar el proceso y conseguir relajarse en unos pocos segundos.

Técnica Ensayo Mental. Esta técnica está pensada para ser empleada antes de afrontar situaciones en las que no nos sentimos seguros. Consiste simplemente en imaginarse que está en esa situación (por ejemplo, pidiéndole a alguien que salga con usted) y que lo está haciendo bien, a la vez que se siente totalmente relajado y seguro. Debe practicar mentalmente lo que va a decir y hacer. Repita esto varias veces, hasta que empiece a sentirse más relajado y seguro de sí mismo.

Propuesta de acción-compromiso. Registrando el autocontrol emocional

Cada participante selecciona un cordón propio para hacer nudos. En dicho cordón va haciendo nudos cada vez que logra tener autocontrol emocional, y cada vez que encuentre una respuesta no controlada quita un nudo del cordón. Es importante llevar un registro diario, durante uno o dos meses, de todas aquellas manifestaciones que develan autocontrol emocional y no autocontrol. Cada semana evalúa el estado de dicho material. Si logra aumentar el número de nudos en el cordón se está demostrando que está aumentando su control emocional.



Ilustradores: Kelly Yuranni Valencia Marín y David Alejandro Mejía Buitrago-
Fundación Universitaria Luis Amigó (Colombia)

Este ejercicio de hacer nudo(s) puede ser acompañado por el siguiente texto:

Dueño de mis Emociones.

Hoy seré dueño de mis emociones. Si me siento deprimido, cantaré. Si me siento triste, reiré. Si me siento enfermo, redoblaré mi trabajo. Si siento miedo, me lanzaré adelante. Si me siento inferior, vestiré ropas nuevas. Si me siento inseguro, levantaré la voz. Si siento pobreza, pensaré en la riqueza futura. Si me siento incompetente, recordaré éxitos del pasado. Si me siento insignificante, recordaré mis metas. Hoy seré dueño de mis emociones. Si se apodera de mí la confianza excesiva, recordaré mis fracasos. Si me siento inclinado a entregarme con exceso a la buena vida, recordaré hambres pasadas. Si siento complacencia, recordaré a mis competidores. Si disfruto de momentos de grandeza, recordaré momentos de vergüenza. Si me siento todopoderoso, procuraré detener el viento. Si alcanzo grandes riquezas, recordaré una boca hambrienta. Si me siento orgulloso en exceso, recordaré un momento de debilidad. Si pienso que mi habilidad no tiene igual, contemplaré las estrellas. En definitiva, hoy seré dueño de mis emociones. (Og Mandino)

Evaluación. Logrando control emocional. Cada participante realizará un listado de situaciones que le producen descontrol emocional y al frente de ellas colocará las formas cómo superarlos; esto permitirá hacer conciencia del control emocional. Quien desee socializarlo puede hacerlo y el grupo le ofrecerá ayudas de cómo combatir dichas sensaciones.

2.4.3 Fortaleciendo la sexualidad

Taller 17: Salud sexual y reproductiva

Objetivo

Comprender la salud sexual y reproductiva como un componente del desarrollo personal y social, que aporta al manejo de una sexualidad responsable.

Referente conceptual

En el texto Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, República de Colombia (2003, p. 9) se plantea que:

La sexualidad y la reproducción están íntimamente ligadas a la calidad de vida, tanto en el ámbito de lo individual como de lo social. La salud sexual y reproductiva (SSR) se refiere a un estado general de bienestar físico, mental y social, y no a la mera ausencia de enfermedades o dolencias en todos los aspectos relacionados con la sexualidad y la reproducción, y entraña la posibilidad de ejercer los derechos sexuales y reproductivos (DSR).

Un buen estado de salud sexual y reproductiva implica la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos, la posibilidad de ejercer el derecho a procrear o no; la libertad para decidir el número y espaciamiento de los hijos; el derecho a obtener información que posibilite la toma de decisiones libres e informadas y sin sufrir discriminación, coerción ni violencia; el acceso y la posibilidad de elección de métodos de regulación de la fecundidad seguros, eficaces, aceptables y asequibles; la eliminación de la violencia doméstica y sexual que afecta la integridad y la salud; así como el derecho a recibir servicios adecuados de atención a la salud que permitan embarazos y partos sin riesgos, y el acceso a servicios y programas de calidad para la promoción, detección, prevención y atención de todos los eventos relacionados con la sexualidad y la reproducción, independientemente del sexo, edad, etnia, clase, orientación sexual o estado civil de la persona, y teniendo en cuenta sus necesidades específicas de acuerdo con su ciclo vital.

Estos aspectos fueron argumentados en la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (CCMM), Plataforma 94, 95, 96; Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD) 7.2; documentos que a su vez incorporan la definición de salud de la Organización Mundial de la Salud, OMS.

El concepto de Salud Sexual y Reproductiva es definido por el Fondo de Población de Naciones Unidas como un “enfoque integral para analizar y responder a las necesidades de hombres y mujeres respecto a la sexualidad y la reproducción”.

Desglosando sus dos componentes se puede definir la salud reproductiva como un

Estado general de bienestar físico, mental y social y no de mera ausencia de enfermedad o dolencia, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. Entraña además la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos, y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia. (Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, CIPD).

Además establece como objetivo de la salud sexual “el desarrollo de la vida y de las relaciones personales y no meramente el asesoramiento en materia de reproducción y enfermedades de transmisión” (Mazarrasa Lucía y Gil Sara, 2011, p. 4).

En el texto *La salud sexual y reproductiva en la adolescencia, un derecho a conquistar* (2002, p. 16) se plantea que:

La sexualidad, al ser parte de la vida individual de las personas, es un producto de la cultura y está inmersa en diferentes ámbitos. La salud sexual busca llegar a un estado de bienestar. Los problemas que afecten la sexualidad como: riesgos de embarazos no planeados, maternidad y paternidad tempranas, matrimonios forzados, abortos, infecciones de transmisión sexual, VIH/SIDA y abuso sexual entre otros, son motivo de estudio y atención por los especialistas y las instituciones que trabajan en el diseño y prevención de programas y servicios en salud sexual. El hombre y la mujer tienen el derecho a obtener información y acceso a métodos seguros, eficaces, asequibles, y aceptables para la regulación de la fecundidad, así como el derecho a recibir servicios adecuados de atención a la salud que permitan el embarazo y el parto sin riesgo y con las mayores posibilidades de tener un hijo saludable.

Hablar de salud sexual es importante ya que este tema, al mismo tiempo que aborda los aspectos relacionados con la sexualidad, tiene una orientación básicamente preventiva, de fomento a la salud y de evitar riesgos que favorezcan los embarazos no planeados, las infecciones de transmisión sexual (ITS), VIH-SIDA, y aborto. En el caso de los adolescentes, los expertos opinan que es mejor utilizar el concepto de salud sexual en lugar de salud reproductiva ya que no es adecuado favorecer el vínculo sexualidad reproducción y se sabe que las relaciones sexuales, en la mayoría de los casos, no tienen como objetivo central la reproducción.


Los componentes de la salud sexual y reproductiva son los siguientes (Mazarrasa Lucía y Gil Sara, 2011, p. 8):

- Servicios de información, asesoramiento, educación y comunicación en materia de anticoncepción y salud reproductiva.
- Educación y servicios de atención prenatal, partos sin riesgo y posparto.
- Cuidados de salud para las y los recién nacidos.
- Acceso a métodos anticonceptivos seguros y modernos.
- Información y tratamiento para las infecciones de transmisión sexual.
- Servicios de aborto seguro según lo estipulado por la ley colombiana, y tratamiento de sus posibles complicaciones.
- Prevención y tratamiento apropiado de la infertilidad.
- Información, educación y asesoramiento sobre sexualidad, salud reproductiva, maternidad y paternidad responsable. Su ámbito de actuación tiene que hacer especial énfasis en la población juvenil.
- Así como garantizar la participación de las mujeres en la toma de decisiones en los servicios de salud sexual y reproductiva.
- Procurar servicios de prevención y atención en materia de violencia de género.

Desarrollo del taller

Momento de sensibilización. Ejercicio individual: el semáforo de mi salud sexual

Responde en forma individual de acuerdo con las instrucciones que aparecen en el recuadro:



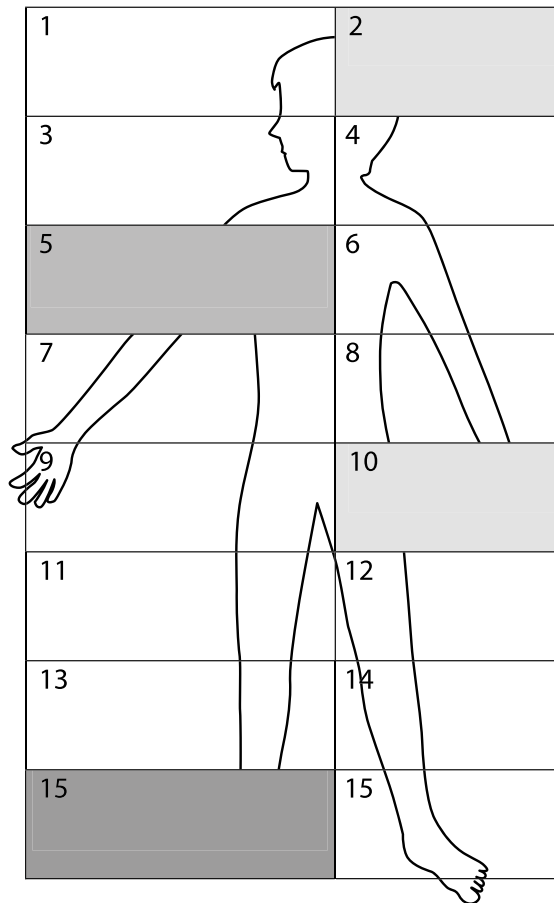
Rojo - ¡Alto! Escribe todas aquellas cosas que te desagradan, irritan, cosifican y te afectan como persona desde tu salud sexual y reproductiva

Amarillo - ¡Alerta! Escribe todos aquellos hechos o inquietudes que te generan tensión y que puedes revisar y reforzar para mejorar tu bienestar desde tu salud




Nota: Imagen tomada de: <http://www.cuentocuentos.net/images/colorear/dibujos/Semaforo-01.jpg>
Recuperada en noviembre 14 de 2011

Terminado el ejercicio socializa dichas respuestas con el grupo de compañeros; paralelamente el facilitador va dejando registro en el papeógrafo de dichas respuestas, para que desde allí se haga una reflexión frente a la salud sexual y reproductiva.

Momento de profundización Yo frente a mi salud sexual



Utilizando la gráfica de la silueta humana en cuadrícula, se enumera del 1 al 16 en cada uno de los espacios de dicha cuadrícula; posteriormente se leen una a una las siguientes preguntas y se colorea de la siguiente forma:

- Si la respuesta es satisfactoria, sombree completamente el espacio 
- Si es leve, sombree de una forma clara 
- Si es nulo, deje el espacio en blanco 
- Durante últimos seis meses me he sentido satisfecho con mi sexualidad en general.
- Durante los últimos seis meses he sentido bienestar físico, mental y social con relación a mi salud sexual y reproductiva.

- Durante los últimos seis meses he sentido que he podido ejercer mis derechos sexuales y reproductivos.
- Durante los últimos seis meses he sentido que he podido disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos.
- Durante los últimos seis meses he tenido la posibilidad de ejercer el derecho a procrear o no.
- Durante los últimos seis meses he podido obtener información que posibilite la toma de decisiones libres e informadas y sin sufrir discriminación, coerción ni violencia frente a mi sexualidad.
- Durante los últimos seis meses he tenido la posibilidad de recibir servicios adecuados de atención a mi salud sexual y reproductiva.
- Durante los últimos seis meses he tenido la libertad para decidir sobre mi sexualidad. “hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia”.
- Durante los últimos seis meses he tenido asesorías en materia de reproducción y enfermedades de transmisión sexual.
- Durante los últimos seis meses he tenido la oportunidad de hablar con personas responsables sobre los problemas que afecten la sexualidad tales como: riesgos de embarazos no planeados, maternidad y paternidad tempranas.
- Durante los últimos seis meses he tenido la oportunidad de hablar con personas responsables sobre abortos, infecciones de transmisión sexual, VIH-SIDA y abuso sexual, entre otros.
- Durante los últimos seis meses he podido obtener información y acceso a métodos seguros, eficaces, asequibles, y aceptables para la regulación de la fecundidad.
- Durante los últimos seis meses he tenido la oportunidad de abordar los aspectos relacionados con la sexualidad desde una orientación básicamente preventiva.
- Durante los últimos seis meses he tenido información o atención en materia de violencia de género.
- Durante los últimos seis meses he conocido servicios de aborto seguro según lo estipulado por la ley colombiana, y tratamiento de sus posibles complicaciones disfrutado de cosas simples
- Durante últimos seis meses he conocido servicios de atención prenatal, partos sin riesgo y posparto.

Una vez se haya terminado de responder las anteriores preguntas y de colorear la cuadrícula correspondiente, debe fijar la atención en aquellas preguntas que fueron menos coloreadas y escribir:

¿Cuáles son las preguntas que merecen mayor atención?

¿Qué debo hacer para solucionar dichas situaciones?

Momento de socialización. Compartiendo experiencias significativas

Se pegan todas las fichas en un lugar visible y se realiza una socialización voluntaria, tratando de evidenciar las preguntas que más dificultades generan en los participantes.

Terminada la socialización, el facilitador realizará un trabajo de profundización frente a las temáticas de mayor controversia, a través de una exposición apoyada en ayudas visuales, para ello se pueden preparar algunas temáticas previas como son:

- Sexualidad en general
- Los derechos sexuales y reproductivos
- Los servicios de atención a la salud sexual y reproductiva en la ciudad
- Libertad para decidir sobre la propia sexualidad.
- Prácticas sexuales riesgos de adquirir una infección de transmisión sexual.
- Riesgos de embarazos no planeados, maternidad y paternidad tempranas.

Propuesta de acción-compromiso. Prepáranos para luchar por nuestros derechos

Cada estudiante realizará una búsqueda de información en bibliotecas o en la red sobre la temática que más le llama la atención y con ella elaborará un separador de libros en el cual escribirá frases sobre cómo vivir una sexualidad sin riesgos y el siguiente encuentro lo regalará a uno de sus compañeros.

Evaluación. Medicamentos para la sexualidad sana

Se invita a cada adolescente a que escriba una sugerencia para disfrutar de una sexualidad sana, dicho texto es doblado y se introduce en un buzón o frasco que tenga un rotulo con el siguiente texto “Medicamentos para la sexualidad sana” se invita a ubicar este material en el aula de clase y cuando el adolescente desee puede llegar allí para sacar un medicamento, es decir, un reflexión que escribió otro compañero y que puede poner en practica para su salud sexual.

Taller 18: El sistema reproductivo masculino y femenino

Objetivo

Comprender la anatomía del sistema reproductivo masculino y femenino desde su funcionamiento para lograr prácticas de autocuidado

Referente conceptual

Para abordar la temática del sistema reproductivo masculino y femenino y su funcionamiento para la reproducción humana, se retoma parte de los gráficos relacionados con esta temática del Modulo III, La reproducción: sexualidad humana. Área de Ciencias de la Naturaleza (2011), con fines pedagógicos, dado su comprensión y validez didáctica para el trabajo con adolescentes.

El aparato reproductor masculino

Su función principal es la producción de gametos masculinos llamados espermatozoides que son los que permiten la fecundación de un óvulo femenino de donde surge un nuevo ser; está formado por los siguientes elementos:

Testículos: son reconocidos además como glándulas o gónadas sexuales masculinas, su función es la producción del semen o esperma, secreción corporal que puede ser eyaculada por el sistema de ductos genitales y producir las hormonas que son secretadas directamente en la corriente sanguínea; en su interior se ubican los tubos seminíferos que son los que producen los espermatozoides. Están alojados en unas bolsas de piel llamadas escroto fuera del interior del cuerpo; en el proceso de gestación se forman dentro del abdomen pero antes del nacimiento descienden. En los hombres adultos tienen una forma ovalada con un tamaño de 4 centímetros aproximadamente de longitud.

Conducto deferente: llamado también vaso deferente es el lugar de almacenamiento de los espermatozoides; es un tubo que transporta los espermatozoides sacándolos al exterior; conecta los testículos con el conducto eyaculador; se encuentra entre el epidídimo y la uretra, y los conecta entre sí.

Vesículas seminales: son unos saquitos situados debajo de la vejiga urinaria. Su función consiste en acoger a los espermatozoides maduros. Las vesículas seminales se encargan de fabricar un líquido viscoso, llamado porción seminal, para que los espermatozoides puedan nutrirse, protegerse y desplazarse con facilidad

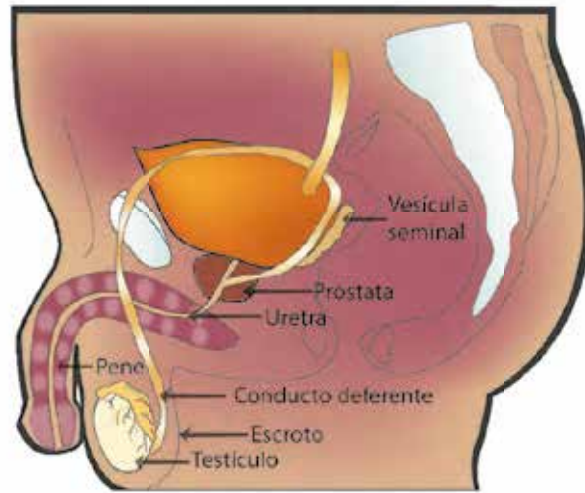
Próstata: es una glándula masculina que se encuentra situada entre la vejiga de la orina, la uretra y el recto. En la próstata confluyen la vía seminal y la urinaria. A partir del punto de confluencia, la trayectoria del semen y la de la orina por la uretra hacia el exterior, es la misma. Segrega un fluido viscoso y blanquecino muy parecido al líquido seminal. Ambos líquidos, junto con los espermatozoides forman el semen, el cual es un líquido blanco y denso que se expulsa a través de la uretra cuando se produce la eyaculación.

Las glándulas de Cowper: son dos pequeños órganos que se ubican debajo de la próstata, su función es la de segregar un líquido que se vierte en la uretra cuando se produce la excitación sexual. Esta secreción limpia la uretra y la lubrica, dejándola preparada para la eyaculación. Hay que tener en cuenta que esta secreción puede contener espermatozoides, por tanto, si hay penetración, puede haber embarazo aunque la eyaculación se produzca fuera de la vagina.

Uretra: es un conducto que atraviesa la próstata hasta llegar al final del glande, donde se ensancha, formando el meato urinario, que es por donde sale la orina o el semen; conduce el semen o la orina hacia el meato urinario para expulsarlos hacia el exterior.

Pene: es el órgano copulador necesario para asegurar la introducción del semen en el interior del aparato sexual femenino. Está situado en la pared anterior de la pelvis y en estado de reposo es blando y móvil, se compone de tres cuerpos cilíndricos: dos cavernosos, unidos lateralmente y que se comunican entre sí; y uno esponjoso, esencialmente muscular, situado por debajo. Este cuerpo esponjoso termina en la punta del pene y tiene forma piramidal o de bellota y por este último motivo recibe el nombre de glande, en el cual se abre un orificio denominado el meato uretral, que es donde desemboca el conducto de la uretra y por donde sale la orina y el semen.

La piel que recubre el pene es muy elástica y tiene una zona móvil llamada prepucio, que es la que recubre el glande. El prepucio tiene la capacidad de replegarse totalmente para dejar al descubierto el glande cuando se produce la erección.



Ilustradores: Kelly Yuranni Valencia Marín y David Alejandro Mejía Buitrago-
Fundación Universitaria Luis Amigó (Colombia)

El aparato reproductor femenino. Está compuesto por los órganos reproductores externos femeninos (genitales) que tienen dos funciones: permitir la entrada del espermatozoides en el cuerpo y proteger los órganos genitales internos de los agentes infecciosos. Debido a que el aparato genital femenino tiene un orificio que lo comunica con el exterior, los microorganismos que provocan enfermedades (patógenos) pueden entrar y causar infecciones ginecológicas. Estos patógenos se transmiten, en general, durante las relaciones sexuales. Y los órganos genitales internos que forman un aparato que se inicia en los ovarios, encargados de la liberación de los óvulos, y se sigue por las trompas de Falopio (oviductos), donde tiene lugar la fertilización de un óvulo; a continuación sigue el útero, donde el embrión se convierte en feto, y acaba en el canal cervical (vagina), que permite el alumbramiento de un bebé completamente desarrollado. El espermatozoides puede recorrer todo el aparato en dirección ascendente hacia los ovarios y los óvulos en sentido contrario.



Ilustradores: Kelly Yuranni Valencia Marín y David Alejandro Mejía Buitrago-
Fundación Universitaria Luis Amigó (Colombia)

Los órganos *Internos* que se encargan de realizar las funciones son:

Los ovarios o gónadas femeninas: se encuentran en la parte inferior del abdomen; son una pareja de glándulas del tamaño de una almendra. Son los homólogos femeninos de los testículos, su función es producir un óvulo maduro cada 28 días aproximadamente, además de producir las hormonas femeninas (estrógenos y progesterona), responsables de los caracteres sexuales secundarios y de la regulación del ciclo menstrual.

Las trompas de Falopio: también llamadas oviductos, comunican la cavidad uterina con la cavidad peritoneal, donde se encuentran los ovarios. En el interior de las trompas ocurre la fertilización del óvulo por los espermatozoides y la nutrición del embrión durante la primera semana de embarazo.

El útero o matriz: el útero es un órgano con forma de pera situado en la parte superior de la vagina, entre la vejiga urinaria por delante y el recto por detrás; es un órgano hueco de aproximadamente 8 centímetros de largo, es en el que se aloja el óvulo tras su fecundación y el lugar donde se desarrollará el nuevo ser, estando revestido su interior por el endometrio. Su parte inferior más estrecha se conoce como cuello del útero y comunica con la vagina.

Vagina: órgano tubular cubierto por una mucosa rosada que comunica el exterior con el cuello uterino, que se encuentra en su fondo, tiene como funciones la copulación y es donde se produce la eyaculación. Las paredes anterior y posterior de la vagina normalmente se tocan entre sí, para que no quede espacio en la vagina excepto cuando se dilata, por ejemplo, durante un examen ginecológico o una relación sexual. En la mujer adulta, la cavidad vaginal tiene una longitud de 9 a 12 centímetros.

Los órganos *Externos* son:

Vulva: conjunto de órganos genitales externos de la mujer; se caracteriza por estar húmeda permanentemente, debido a la acción de las secreciones vaginales y a las excreciones de las glándulas cutáneas. Está formada por los orificios de la uretra y la vagina, el clítoris, los labios mayores y los labios menores.

Monte de Venus: prominencia que se localiza delante de la sínfisis púbica, constituido por tejido adiposo, cubierto por piel y vellos, distribuido en forma de triángulo invertido. El tejido graso que se encuentra encima del hueso pubis se desarrolla porque, con la llegada de la pubertad, aumentan los niveles de estrógenos en la sangre, dando forma a una protuberancia triangular, fácilmente distinguible del resto de la zona que lo rodea.

Labios Mayores: los labios mayores son dos dobleces gruesos de tejido graso que, partiendo del monte de Venus hacia abajo, forman el límite exterior de la vulva; constituidos por tejido celular y conectivo, recubiertos por piel pigmentada, con glándulas sebáceas y vello.

Labios Menores: son dos repliegues de piel, pequeños y delgados, sin vello, localizados entre los labios mayores y el Introito, se unen en su parte anterior y posterior; la unión anterior origina el frenillo del clítoris. Formados por dos dobleces cutáneos más finos, poseen una malla compacta de vasos sanguíneos y terminaciones nerviosas lo que los hace muy sensibles al tacto, los labios menores se unen en la parte superior formando un pliegue simple de piel cubriendo el clítoris. Este pliegue es también llamado el prepucio del clítoris.

Clítoris: es un órgano cilíndrico corto compuesto principalmente de tejido eréctil, es decir, de dos cuerpos esponjosos que se pueden llenar rápidamente de sangre, lo cual lo hace crecer y aumentar su consistencia internamente; es homólogo al pene, de uno a dos centímetros de longitud, situado en la parte superior del introito, por encima del meato urinario; el cuerpo del clítoris se divide en dos bulbos que pasan a los lados de la vagina. En estado de excitación sexual se produce la inflamación de toda esta estructura al igual que el tejido esponjoso que encierra la uretra.

Desarrollo del taller

Fase de sensibilización

Lenguaje sexual

Alrededor de los órganos sexuales tanto masculino como femenino se han creado una serie de mitos e imaginarios como consecuencia de la falta de educación sexual; de allí que se les distinga con múltiples nombres.

Para sensibilizar a las personas se les plantea que se realizará un juego de sinónimos (explicando que es un sinónimo para mayor comprensión) a partir de algunas palabras dadas por el facilitador. La idea es que escriban el mayor número de en un minuto; es permitido escribir todas las palabras soeces o no que se consideran como sinónimo.

Se organiza el grupo en pequeños subgrupos y en el momento que se dé la palabra alguien la debe de consignar; transcurrido el tiempo, se pregunta a cada equipo cuántos sinónimos tiene y el que tenga el número mayor los leerá, mientras que el facilitador los contará; seguidamente los otros equipos leerán los diferentes conceptos para saber cuántos sinónimos hay en total.

Las palabras son: pene, vagina, pestaña, senos, masturbación, entre otras. Se presentan una a una y se da el tiempo estimado para que el grupo elabore el trabajo.

Terminado el ejercicio se hace un cierre acerca de cómo para los los órganos sexuales se han creado muchos sinónimos por vergüenza, miedo o por ser un tema tabú y para otras partes del cuerpo que tienen igual importancia sólo las reconocemos con una o dos palabras.

Fase de profundización

Observación y reproducción de imágenes

Se invita a los adolescentes a observar y a analizar imágenes sobre los aparatos reproductivos masculino y femenino dispuestas como en una galería de arte en el aula de trabajo; los participantes identifican los detalles de las imágenes y expresan sus propias opiniones, actitudes y pensamientos provocados por estos estímulos visuales.

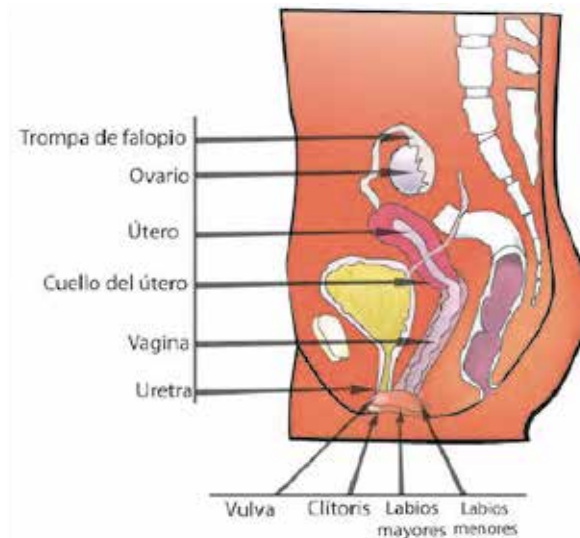
Entre las imágenes a observar se pueden presentar:

- El aparato reproductor masculino completo
- El aparato reproductor femenino completo
- Los ovarios
- Las trompas de falopio y la vagina:
- El útero o matriz
- La vulva
- La reproducción humana
- El útero o matriz
- Ciclo del óvulo
- La fase folicular:
- La fase de ovulación:
- Fase del cuerpo amarillo:
- Ciclo del útero
- Fase de menstruación
- Fase de regeneración
- Fase de secreción

Una vez observadas y socializadas las impresiones sobre las distintas imágenes se invita a que cada participante busque aquella que le generó mayor interés, y utilizando la técnica de modelamiento en plastilina, barro o arcilla elabora una réplica de la imagen seleccionada. Los nombres de cada uno de las figuras realizadas serán puestos con letreros pequeños con la ayuda de alfileres.

Socialización

Compartiendo experiencias significativas. Para construir colectivamente conocimiento a partir de cada una de las figuras moldeadas por los participantes, se invita a que coloque su creación cerca de donde está la ilustración propuesta inicialmente. Cada creador explica su obra detallando sus partes; puede apoyarse en la imagen original. Este trabajo pretende llegar a conclusiones y acuerdos sobre los sistemas de reproducción masculino y femenino y su autocuidado, para lo cual se invita a crear estrategias para su prevención.



Ilustradores: Kelly Yuranni Valencia Marín y David Alejandro Mejía Buitrago-
Fundación Universitaria Luis Amigó (Colombia)

Propuesta de acción-compromiso

La temática de los sistemas de reproducción humana se debe plantearse utilizando los términos apropiados evitando vulgarismos.

Evaluación

Cada persona expresa la importancia de reconocer las condiciones orgánicas de su sistema de reproducción para iniciar un proceso de autocuidado.

Taller 19: Los mitos y las prácticas sexuales

Objetivo

Identificar algunos mitos que existen en torno a la sexualidad para ser transformados en información clara que ayude al cambio de actitudes frente a las prácticas sexuales.

Referente teórico

De acuerdo con algunas concepciones, los mitos se pueden definir como una opinión infundada sobre algo, expresada con la convicción que tienen sentido o, simplemente, porque se desea que sea verdad; se convierten con facilidad en una creencia de toda una comunidad o una generación, mostrando la escasa, y muchas veces falsa información frente a una temática en especial; de igual forma, se pueden asumir como una idea que no corresponde a la realidad, por eso son falsos y rebatibles con aportes serios desde la ciencia.

El origen de muchos mitos procede de la historia de la humanidad o de las organizaciones sociales y que perduran porque se transmiten de generación a generación marcando en cierta medida concepciones desde lo mágico religioso.

En torno a las prácticas sexuales se han creado muchos mitos todos ellos evidenciando la falta de información y de responsabilidad frente a quién o quiénes deben ser los que educan frente a ésta temática, lo que ha generado en muchas culturas miedos, vergüenzas por haber sido tratadas siempre como un tema tabú.

Según Juana Cordón-Colchón, promover una sexualidad sana y responsable en los adolescentes demanda en primer lugar, identificar los mitos que se han creado en torno a las prácticas sexuales para evitar que influyan negativamente en su desarrollo personal y en su función sexual; conocer estas creencias puede servir para saber dónde situarnos, para afianzar los conceptos correctos y corregir la errónea (2008).

La sexualidad, por su alto grado de estigmatización social, sigue siendo aún objeto de demasiados mitos que han perdurado en el tiempo, debido, entre otros motivos de peso, al escaso interés que ha suscitado este tema entre las ramas de la ciencia implicadas; pero gracias al avance cientí-

fico, el error se ha puesto en evidencia. La libre información sobre la realidad y los cambios socio-culturales hacen que los mitos sexuales dejen de serlo (Hofstadt, Ruiz, Baena y Sánchez, 1995).

Mitos y realidades sobre la sexualidad. A continuación se presentan algunos de los mitos y realidades que las personas tienen frente a las prácticas sexuales y una pequeña argumentación que aporta a la clarificación y su validez o no.

- Mito: Las mujeres nunca quedan embarazadas en la primera relación sexual. Este es uno de los mitos más comunes que lleva a los adolescentes a iniciarse en las prácticas sexuales sin las debidas protecciones y cuidados para no quedar o dejar a alguien en embarazo o adquirir una infección de transmisión sexual; es de aclarar que durante la relación sexual si la mujer está en el período fértil, puede producirse el embarazo sin importar que sea la primera, la segunda o la última relación sexual.
- Mito: El tener relaciones sexuales de pie impide el embarazo. La posición en que se tenga la práctica sexual no afecta las posibilidades de no embarazarse. Basta que la mujer esté en su período fértil para que la probabilidad esté presente, de allí que la postura es más una forma que ayuda a las personas a un mayor disfrute sexual y un acomodamiento de las personas.
- Mito: Se es más hombre al tener muchas relaciones sexuales. La hombría no está dada por la cantidad de veces que se tienen prácticas sexuales con una mujer, ni por la cantidad de mujeres con las cuales se llevan a cabo. El ser hombre está dado en primer lugar por lo biológico, y en segundo lugar por lo cultural en lo cual se asume como características de la hombría la responsabilidad y respeto frente al manejo de la sexualidad, reconociendo en ella un valor y logrando una actitud de autocuidado y valoración de ella.
- Mito: A las mujeres u hombres que han tenido relaciones sexuales se les arquean las piernas. El haber tenido relaciones sexuales no provoca ningún cambio físico en la mujer o en el hombre. Por tanto, no es posible identificar si se ha tenido o no relaciones sexuales a través de la estructura física.
- Mito: Los hombres no pueden expresar sus emociones y afectos frente a los demás porque pierden su hombría. Como se planteó anteriormente la hombría depende de lo biológico; el expresar las emociones y afectos hacen parte de la condición humana, por tanto, no implica que sea una condición para ser más o menos hombre. Si se mira desde lo cultural, los hombres no sólo tienen el derecho, sino que son capaces de expresar y manifestar sus emociones y afectos con naturalidad. Ellos, al igual que las mujeres, tienen la capacidad de ser sensibles y afectuosos. Muchas veces ellos reciben mensajes de la familia, la escuela, los medios de comunicación, que les impiden desarrollar esta capacidad. Es necesario superar estos mensajes para poder desarrollar todas las capacidades que tienen como seres humanos.

- Mito: El lavado vaginal después de la relación sexual es un método eficaz para evitar el embarazo. El lavarse después de haber tenido relaciones sexuales no evita la posibilidad de que ocurra un embarazo, sólo es una situación de higiene sexual. Los métodos efectivos para evitar el embarazo se basan en técnicas científicamente probadas y que la pareja debe conocer antes de tener la relación sexual.
- Realidad: Las eyaculaciones o emisiones nocturnas son absolutamente normales en los varones. A partir del fin de la pubertad (13 a 14 años aproximadamente) es natural que los hombres tengan eyaculaciones espontáneas durante los sueños. Esto es un signo que habla de la maduración sexual-biológica que están experimentando. Y que se ha logrado un desarrollo biológico que brinda la capacidad de reproducirse. Sin embargo, cabe aclarar que la capacidad para hacerse responsables de poder procrear no se limita sólo a lo biológico, sino que requiere de una maduración psicológica, social y en valores, que permita asumir la responsabilidad que implica la maternidad y paternidad.
- Mito: La falta de himen en la mujer es la prueba de que ella ya no es virgen. El himen es una membrana muy delgada y frágil que se encuentra a la entrada de la vagina de la mujer. El que una mujer no lo tenga o se le haya perforado no es un signo de que ella ya haya tenido relaciones sexuales. Un ejercicio físico, una maniobra brusca o un accidente pueden hacer que se rompa; también hay mujeres que tienen el himen perforado desde su nacimiento y nunca han tenido relaciones sexuales. La mujer debe valorar y cuidar su sexualidad más allá de los mitos que existan en torno a ella.
- Mito: Si la mujer no sangra en su primera relación sexual, quiere decir que no es virgen. El sangrado durante la primera relación sexual no es un signo de virginidad. Si ha habido una buena estimulación y lubricación vaginal en los momentos previos a la penetración, no tendría por qué haber sangrado ni dolor de ningún tipo. Esto podría llegar a ocurrir cuando no ha habido una buena preparación y estimulación, produciéndose algún tipo de sangrado o dolor producto del roce o de la tensión con que se esté viviendo la relación sexual.
- Realidad: El embarazo precoz afecta la posibilidad de los adolescentes de mejorar sus condiciones educativa, económica y social. Un embarazo durante la adolescencia afecta las posibilidades de que la mujer, madre y el hombre, padre continúen con su proceso de crecimiento y desarrollo acorde con la edad, cambiando en cierta medida la proyección en la vida. Está claro que, desde todo punto de vista, no es recomendable la experiencia de un embarazo durante la adolescencia; sin embargo, si ello ocurre se deberá velar por acoger la vida del niño o niña que está por nacer y procurar que los padres adolescentes cuenten con el apoyo económico y afectivo para poder asumir con responsabilidad su maternidad y paternidad.
- Realidad: Es común que durante la adolescencia se acceda a “dar la prueba de amor”, por miedo a ser abandonados por la pareja. Con frecuencia los adolescentes declaran haber tenido relaciones sexuales porque “si no lo hacía mi pareja me dejaría”, o bien porque los demás iban a pensar de que no era suficientemente hombre o mujer, o porque todos en el grupo lo han hecho “y no podía quedarme atrás”.

Todas estas son ideas que lejos de permitir que los adolescentes puedan valorar y vivir su sexualidad de forma integral, los empujan a responder a los miedos y las presiones de otros.

Lo recomendable es que ellos puedan vivir la sexualidad en la pareja dentro de un proceso de conocimiento y comunicación mutua sobre las inquietudes, las sensaciones y expresiones del cariño y amor que se tienen, junto con sus valores y decisiones sobre cómo enfrentar el tema de las relaciones sexuales.

- Mito: Todo contacto físico con la pareja lleva necesariamente a la relación sexual penetrativa. El contacto físico es algo esencial entre los seres humanos y ayuda al desarrollo de una sexualidad responsable. Besarse, abrazarse, entre otras, forman parte de la relación de pareja y no necesariamente es provocador de una relación sexual penetrativa. La posibilidad de tener una relación sexual está dada por la intención o deseo de uno o ambos miembros de la pareja, cuando se da un ambiente más íntimo que propicia el deseo sexual. Si la pareja es consciente de ello, podrá darse cuenta de cuáles son los momentos, lugares o situaciones en que ellos están más proclives a que se dé la relación sexual, y cuáles no. De esta manera podrán manejar la situación.
- Mito: Embarazarse no sirve para mejorar la relación de pareja. Muchas veces las adolescentes creen que si se embarazan su compañero afectivo no las va a dejar, o va a ser más cariñoso y atento con ellas, la verdad es que no es a través de un embarazo que la relación vaya a mejorar o se puedan conseguir los cambios que se desean en el otro. Para ello se necesita que la pareja converse acerca de sus necesidades de afecto, de las formas de demostrarse el cariño y enfrente las dificultades que pueda estar viviendo, aún si esto lleve a terminar el pololeo. En este caso, el embarazo, lejos de unir a la pareja, puede transformarse en una situación de angustia y dolor que provoque el efecto que se desea evitar, e involucre injustamente a un tercero -el hijo o hija que estaría por venir- en un ambiente de sufrimiento y tensión.
- Mito: El VIH-SIDA se contagia sólo si se tienen relaciones sexuales con homosexuales o prostitutas. Cualquier persona que sea portadora del VIH (virus de inmunodeficiencia humana) lo puede transmitir a otra a través de las relaciones sexuales sin las debidas protecciones, a través del intercambio de sangre, semen o secreción vaginal. La posibilidad de transmitir el virus no tiene que ver ni con la condición social, la situación económica, la orientación sexual u otro; basta con que la persona tenga alguna práctica de riesgo para que ello pueda ocurrir. (Julia Marfán, 2000). Mito: Las relaciones sexuales bajo el efecto del alcohol o la droga son más placenteras. El placer no se debe al uso de alcohol o droga, esto es una idea que se ha generalizado en especial en la población adolescente; el placer está relacionado más con los afectos con quien se comparte y los vínculos que se tienen, por tanto no se depende de un químico para el disfrute en las prácticas sexuales.

- Mito: Las relaciones sexuales bajo el efecto del alcohol o la droga ayudan a un mejor rendimiento. El rendimiento sexual no depende de los químicos, es todo lo contrario, algunos ayudan a que no exista una respuesta adecuada de los órganos sexuales, en especial en los hombres, que conllevan a la dificultad en la erección y en algunas ocasiones a la eyaculación; el rendimiento sexual está en relación con las características biológicas y psicológicas de las personas, el tipo de vínculo afectivo que se tiene y las condiciones espaciales y el tiempo en las cuales se llevan a cabo las prácticas sexuales.

Desarrollo del taller

Momento de sensibilización. Realidades o mitos en las prácticas sexuales

Se coloca una serie de fichas en el aula de trabajo en las cuales se consignan frases que invocan mitos o realidades que se pueden dar frente a las prácticas sexuales de los adolescentes, con la intención que ellos marquen una R de realidad o una M de mito en cada una de ellas. Se incluyen a continuación los mitos más frecuentes referidos en la literatura (López Piedad, 2004, p. 88,90).

- Con la penetración, si se eyacula fuera de la vagina, es imposible quedar en embarazo.
- El pene más largo y grueso proporciona mayor placer a la pareja.
- El *coito interrumpido* o “marcha atrás” ha provocado muchos embarazos inesperados.
- El tamaño de los senos hace más placentera las prácticas sexuales.
- Existe la *media naranja* y será aquella persona que piense y sienta como yo, y le gusten las mismas cosas que a mí.
- Existen circunstancias en las que ni la pareja más excitante consigue nuestro orgasmo.
- Ponerse en pie o realizarse un lavado vaginal después de la eyaculación evita el ascenso de los espermatozoides hacia el óvulo y por ende un embarazo.
- La masturbación, aunque se tenga pareja, puede ser muy gratificante.
- Hay dos momentos en la vida de la mujer en los que no se puede quedar embarazada: la menstruación y la lactancia.
- La menstruación es un momento como otro cualquiera para gozar de la sexualidad.
- La penetración no es necesaria para tener una relación sexual plena.
- La relación sexual perfecta es en la que ambos consiguen el orgasmo simultáneamente.

- La vagina se acomoda al tamaño en longitud o grosor del pene, obteniendo igual placer.
- Las fantasías sexuales enriquecen las relaciones sexuales.
- No se puede considerar una relación sexual completa si no existe penetración.
- Si una persona se masturba, teniendo pareja, es que la relación no funciona.
- Las prácticas sexuales con el uso de alcohol o droga son más gratificantes.
- Las drogas y el alcohol retardan la eyaculación en los hombres.
- Sólo los homosexuales tienen prácticas sexuales anales.
- Se disfruta más de las prácticas sexuales cuando se tienen varias parejas.

Se pueden diseñar otro tipo de fichas teniendo en cuenta las características del grupo con el cual se trabaja.

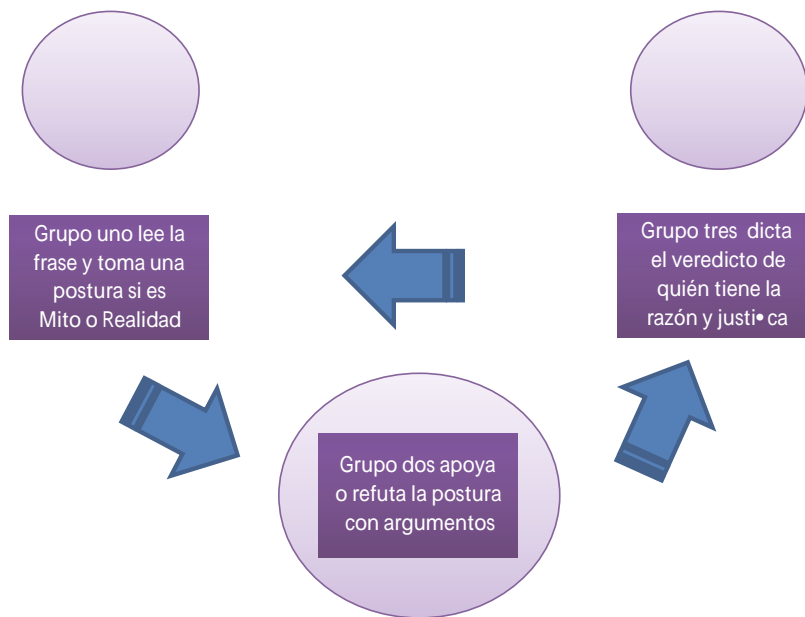
Las prácticas sexuales son necesarias en las personas...

Ponerse en pie o realizarse un lavado vaginal después de la eyaculación evita el ascenso de los espermatozoides hacia el óvulo y por ende un embarazo.

Terminado el ejercicio se les pregunta a los participantes que es lo que más llama la atención de las respuestas en las fichas.

Momento de profundización

Para este momento se realiza la técnica El Juicio; para ello se organiza el grupo en tres sub-grupos y se reparten las fichas elaboradas en el ejercicio de sensibilización, de tal manera que el primer grupo plantee si la frase es un mito o una realidad independientemente de las respuestas que tenga; el segundo grupo refutará o aprobará con argumentos lo planteado por el grupo uno y el tercer grupo hará el rol de juez y evaluará cuál grupo tiene la razón. El proceso se hará para cada ficha pero se rotarán las funciones.



Momento de socialización

Se clasifican todas las expresiones trabajadas como mito o realidad y el facilitador complementa la información con la intención de desmitificar o clarificar aquellas posturas erróneas que tiene el grupo.

Propuesta de acción–compromiso

Cada Participante escribirá cinco expresiones que consideraba mitos pero aprendió que son realidad, y se las envía a cinco amigos que no hubiera estado en este ejercicio grupal.

Evaluación

Discutir sobre los aprendizajes del ejercicio: ¿qué asuntos influyen para cambiar de posición?
¿Qué implica tener mitos frente a la sexualidad?

Taller 20: Diversidad sexual

Objetivo

Identificar las características de la opción u orientación sexual en torno a la diversidad sexual, como un eje fundamental en la comprensión de los derechos humanos, sexuales y reproductivos.

Referente conceptual

Desde la biología los seres humanos nacen macho-hembra, hombre-mujer y desde allí se comienza a trabajar desde lo social-cultural algunas características psicosociales que coadyuvan a su identificación sexual acorde con los lineamientos establecidos, en la cual la heterosexualidad es el patrón establecido; sin embargo, muchas veces lo biológico no coincide con la identificación sexual que es la que posibilita la elección de la opción u orientación sexual; por ello es importante aclarar algunos conceptos que son básicos para comprender la diversidad sexual.

Sexo: hace referencia a las diferencias biológicas entre hombres y mujeres, macho y hembra; se determina desde el momento del nacimiento a partir de la presencia de la vagina o del pene; cuando se presentan ambos se denomina que hay un caso de hermafroditismo o intersexual.

Género: según la Organización Panamericana de la salud, [el género] identifica las características socialmente construidas que definen y relacionan los ámbitos del ser y del quehacer femeninos y masculinos; se refiere a la red de símbolos culturales, conceptos normativos, patrones institucionales y elementos de identidad subjetivos que a través de un proceso de construcción social diferencia los sexos (OPS, 1997).

Asignación de género: se da desde el momento del nacimiento por los órganos genitales; está relacionado con la presencia de vagina-mujer, pene-hombre.

Identidad de género: son los aspectos biológicos y psicológicos que se establecen desde los primeros años de vida, que permiten el reconocimiento de ser hombre o mujer y que se establecen a partir de los procesos de socialización primaria en la familia y se refuerzan con la socialización secundaria con los grupos sociales; el establecimiento de la identidad es un proceso más social y muchas veces no corresponde con las características biológicas; aquí se ubican las personas trans-

género las cuales se pueden identificar como:

Transexual: personas que aspiran o se han sometido a operaciones de reasignación de sexo por la inconformidad del propio, cambiando no sólo su apariencia física sino su modo de asumir los roles del sexo que han adquirido voluntariamente.

Transformista: personas que realizan espectáculos en los que se viste con las ropas del género contrario.

Travesti: persona que disfruta vistiéndose con ropas del sexo opuesto, puede ser por factores lúdicos como las Drag-Queens, (representación exagerada de las mujeres de forma provocativa y para dar más efecto cómico, dramático o satírico); fetichistas, porque produce excitación; o exploración como una forma de explorar el lado femenino.

Intersexual: Cualquier individuo que presenta características anatómicas de ambos sexos, o que posee unos genitales ambiguos o impropios del hombre o la mujer normales.

Cabe aclarar que los transexuales, transformistas o travestis pueden ser hombres o mujeres, heterosexuales, homosexuales o bisexuales.

Rol de género: es un conjunto de normas establecidas socialmente para cada sexo que determinan las pautas de actuar frente a su condición desde lo biológico.

Orientación sexual: Según la APA (Asociación Americana de Psicología), la orientación sexual es la atracción emocional, romántica, sexual o afectiva hacia otra persona. Es fácil distinguir de los otros componentes de la sexualidad, que incluyen el sexo biológico (presencia de órganos sexuales masculinos o femeninos), identidad de género (el sentido psicológico, social y cultural de ser hombre o mujer) y el rol social de género (conformidad respecto a las normas culturales sobre la conducta masculina o femenina).

Es la elección libre y voluntaria de establecer una relación con las personas con las cuales se siente atracción erótico-afectiva y que da la posibilidad de elegir entre ser heterosexual, homosexual o bisexual.

- *Heterosexual:* son las personas que sienten atracción sexual, emocional y afectiva hacia personas de distinto sexo.
- *Bisexual:* las personas que sienten atracción sexual, emocional y afectiva tanto hacia su propio sexo como hacia el sexo opuesto.
- *Homosexual:* las personas que se sienten atraídas afectiva, emocional y sexualmente hacia las personas de su mismo sexo; se les ha denominado personas homosexuales tanto para

referirse a hombres como a mujeres; sin embargo, para las mujeres es muy común que se les denomine lesbianas.

Existen diferentes teorías sobre la orientación sexual de orden muy diverso: psicológicas, endocrinológicas, neuroanatómicas y genéticas, pero ninguna ha sido científicamente demostrada de forma concluyente para ofrecer una explicación acerca de la opción sexual homosexual, lo que sí es cierto es que no se considera una enfermedad, ni un trastorno mental.

Desarrollo del taller

Fase de sensibilización

De acuerdo con lo que conoces de los siguientes personajes completar el siguiente cuadro (ver tabla 2.12)

Tabla 2.12 *Personajes con los que me identifico*

Personajes	Reconocimiento Social o profesión	Que idea tiene de ellos	Frase que pudiera tener en su tumba
Madona			
Ricky Martí			
Boy George			
Leonardo da Vinci			
Jaime Bayly			
Lady Gaga			

Posteriormente escribir ¿a cuál de ellos le gustaría parecerse? y ¿por qué?

Fase de profundización

Dramatizaciones. Esta técnica da al participante la oportunidad de asumir el papel o el lugar de otra persona. Es importante porque puede llevar a alguien a sentir una situación particular y así tener una mejor percepción de dicha vivencia. Es una actuación en la que se utiliza el gesto, las acciones y las palabras. Esta técnica permite visualizar elementos coyunturales para luego ser discutidos en grupo.

Entre los distintos juegos de roles o dramatización posible para trabajar se encuentran:

- Un adolescente confiesa a sus padres que es homosexual.

- Una joven termina con su novio porque se da cuenta que le gustan las chicas.
- una pareja de chicas camina de la mano, haciéndose caricias por el parque, algunos de sus compañeros son ciudadanos que las recriminan, otros son el público que apoya o no a la pareja.
- Otros roles...

Momento de socialización

Posterior a las representaciones se hacen algunas preguntas al grupo:

¿Se identifican con las personas de cada caso? ¿Por qué?

¿Qué piensan si uno de sus amigos les dice que es homosexual? ¿Cómo reaccionaría?

¿Conoces alguna persona homosexual? ¿Qué piensas de él o de ella?

¿Dejarías la amistad si supieras que alguien cercano a ti es homosexual?

A medida que las personas participan, se van escribiendo los temas que emergen en un papelógrafo para que el facilitador al final pueda hacer una retroalimentación, clarificando dudas e inquietudes; para comenzar la socialización presenta en una diapositiva o en una imagen algunos datos de artistas que se trabajaron en la fase de sensibilización.

Propuesta de acción–compromiso:

Consultar sobre los movimientos sociales que han revolucionado el siglo XX-XXI en términos de la lucha por los derechos de las personas que asumen la diversidad sexual como una opción.

Evaluación

Responder las siguientes preguntas:

¿Qué aprendí para mi vida?

¿Qué sentí?

¿Qué puedo aplicar en mi vida?

Taller 21: Fecundación y gestación

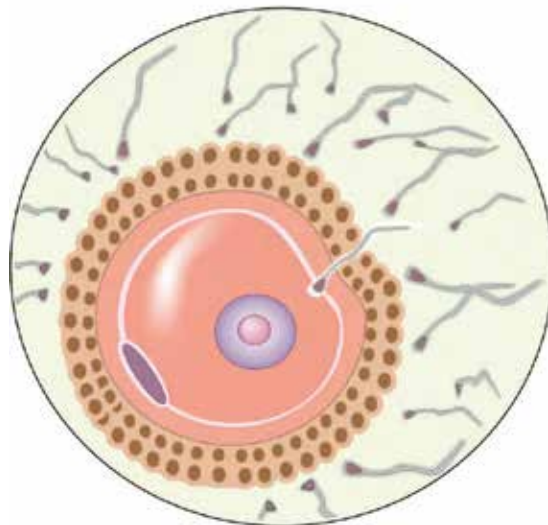
Objetivo

Lograr una comprensión del proceso de fecundación y gestación de la vida humana que permita analizarlo con responsabilidad y cuidado.

Referente conceptual

Para abordar la temática fecundación y gestación de la vida humana se retoman textualmente los conceptos y gráficos -relacionados con esta temática- del Modulo III; La reproducción: sexualidad humana: Área de Ciencias de la Naturaleza:

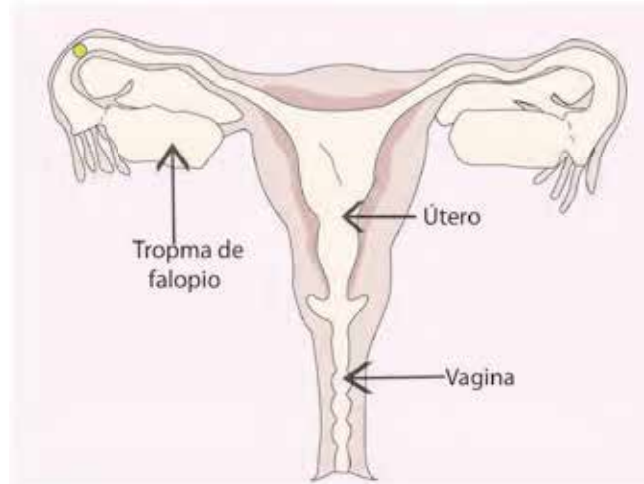
En el ser humano la fecundación es interna, es decir, se produce en el interior del aparato reproductor femenino una vez que el hombre deposita los espermatozoides en su interior.



Ilustradores: Kelly Yuranni Valencia Marín y David Alejandro Mejía Buitrago-
Fundación Universitaria Luis Amigó (Colombia)

La fecundación consiste en la unión de un óvulo y un espermatozoide fusionándose ambos núcleos poseedores del material hereditario. Esto da origen al cigoto, primera célula del nuevo ser.

El óvulo es inmóvil, por tanto, una vez que sale del ovario viaja a través de la trompa de Falopio, gracias a los movimientos de ésta y tarda alrededor de una semana en llegar al útero. Su vida es de aproximadamente 48 horas desde que sale del ovario, por lo cual debe ser alcanzado por un espermatozoide durante este periodo en la trompa de Falopio.



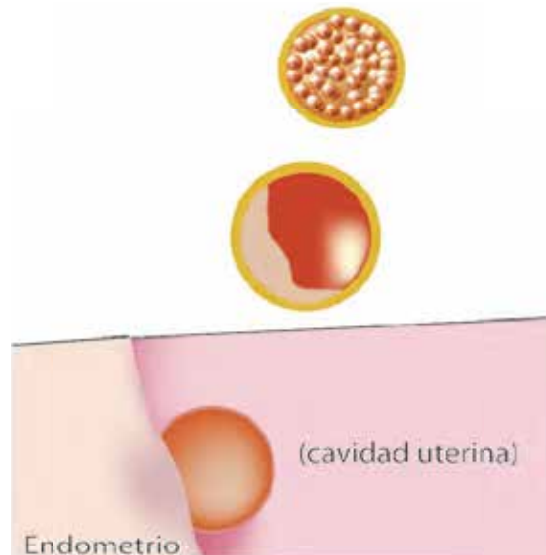
Ilustradores: Kelly Yuranni Valencia Marín y David Alejandro Mejía Buitrago - Fundación Universitaria Luis Amigó (Colombia)

El hombre libera entre 150 y 300 millones de espermatozoides por eyaculación, con una vida de 48 a 72 horas, los cuales deben recorrer el interior de la vagina y el útero hasta llegar a las trompas, consiguiéndolo sólo unos cien.

Para que tenga lugar la fecundación un espermatozoide debe alcanzar al óvulo maduro en la trompa de Falopio, siendo tanto mayor la probabilidad de fecundación cuanto más próximo se esté a los días de la ovulación.

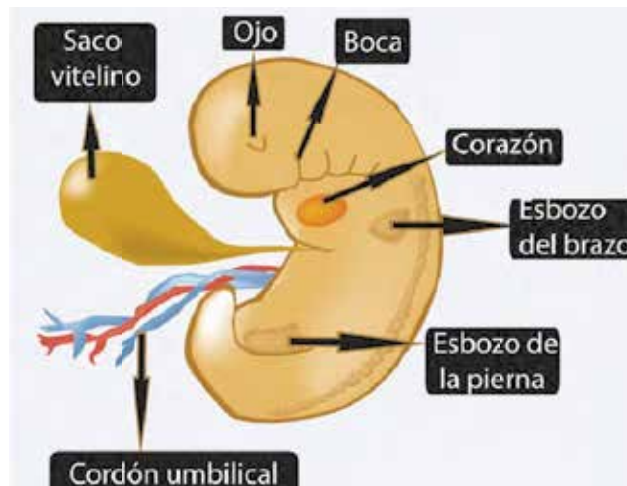
Implantación: Una vez que se ha producido la fecundación el nuevo ser se desarrollará durante nueve meses en el útero de la madre. La especie humana es vivípara, por tanto, el cigoto inicial pasa por varias fases hasta convertirse en un nuevo ser.

Implantación o nidación: el óvulo fecundado sigue su camino hasta el útero a la vez que comienza a dividirse internamente, de manera que cuando llega a él ya posee más de 100 células. Una vez en el útero se fija a la pared del endometrio preparada para recibirlo.



Ilustradores: Kelly Yuranni Valencia Marín y David Alejandro Mejía Buitrago-Fundación Universitaria Luis Amigó (Colombia)

Periodo embrionario: dura aproximadamente los dos primeros meses de gestación en los cuales el embrión adquiere aspecto humano. Desde la implantación este ser es alimentado y recibe oxígeno de la placenta a través del cordón umbilical, por donde también elimina los desechos. El nuevo ser está rodeado por la *bolsa amniótica* y flotando en su *líquido amniótico*.



Ilustradores: Kelly Yuranni Valencia Marín y David Alejandro Mejía Buitrago-Fundación Universitaria Luis Amigó (Colombia)

Periodo fetal: se extiende desde el momento en que el ser posee los caracteres humanos hasta el nacimiento. Es decir, desde el comienzo del tercer mes hasta el noveno. A lo largo de este periodo el feto gana en peso y estatura hasta aproximadamente los tres kilos y los 50 centímetros en el momento del nacimiento.

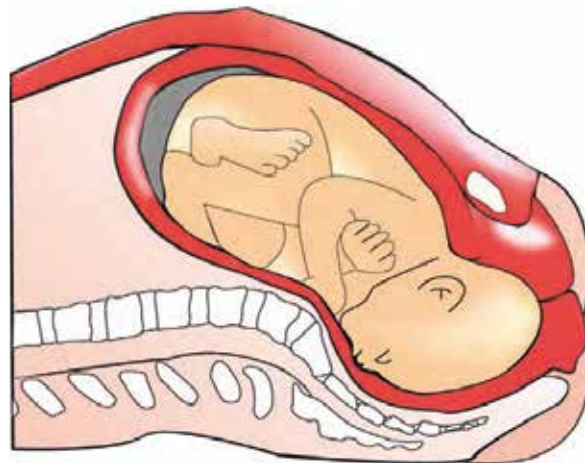


Ilustradores: Kelly Yuranni Valencia Marín y David Alejandro Mejía Buitrago-
Fundación Universitaria Luis Amigó (Colombia)

Nota: Para complementar: "Desarrollo embrionario y fetal", véase: www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/002398.htm

El parto: durante el último mes de gestación el feto se prepara para el nacimiento encajando su cabeza en la zona baja del útero, descendiendo el vientre materno. El parto está próximo y en él tienen lugar tres fases:

- *Fase de dilatación:* los órganos reproductores femeninos se preparan para expulsar al feto. Las paredes del útero se contraen a intervalos cada vez más cortos. A la vez, la vagina y el cuello del útero van dilatando para permitirle el paso hacia el exterior.



Ilustradores: Kelly Yuranni Valencia Marín y David Alejandro Mejía Buitrago-
Fundación Universitaria Luis Amigó (Colombia)

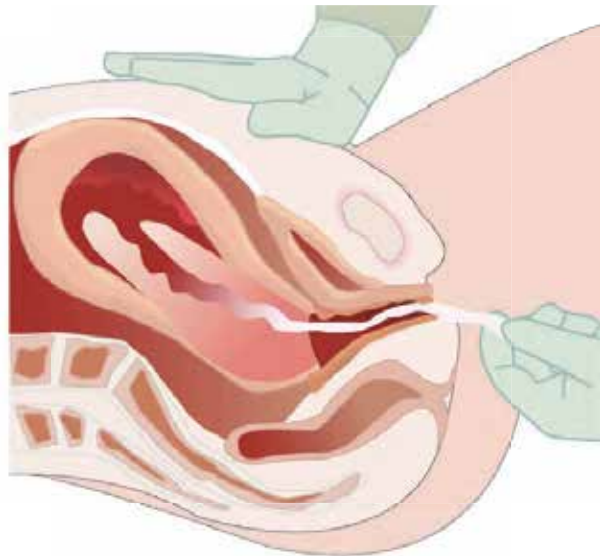
- *Fase de expulsión:* es el momento culminante, cuando el bebé sale al exterior gracias a las contracciones del útero y a los músculos abdominales que lo empujan hacia la vagina y de ahí al exterior. La cabeza sale en primer lugar y, a continuación, el resto del cuerpo. Una vez en el exterior, el cordón umbilical es cortado y ligado.



Ilustradores: Kelly Yuranni Valencia Marín y David Alejandro Mejía Buitrago-
Fundación Universitaria Luis Amigó (Colombia)

En pocos días se desprenderá del bebé formándose el ombligo. El nuevo ser ya es independiente de la madre, por lo que tiene que comenzar a respirar y a realizar las demás funciones por sí solo.

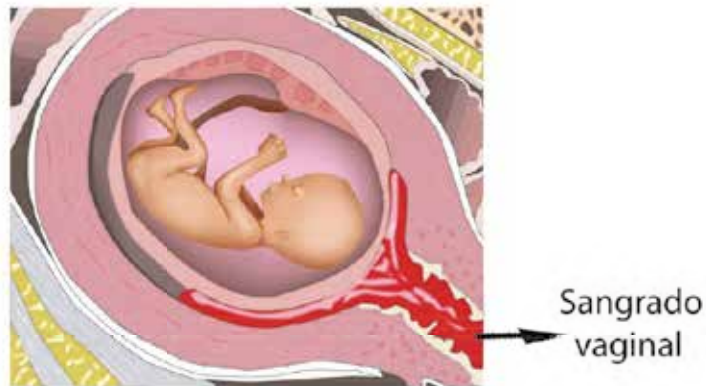
- *Fase de alumbramiento:* la madre aún debe expulsar la placenta que se desprende de las paredes del útero y el resto del cordón umbilical, así como las otras membranas que envolvían al feto.



Ilustradores: Kelly Yuranni Valencia Marín y David Alejandro Mejía Buitrago-
Fundación Universitaria Luis Amigó (Colombia)

Nota: Para mayor información sobre "Fecundación, embarazo y parto", véase: <http://recursos.cnice.mec.es/biosfera/alumno/3ESO/apararep/parto.htm>

Casos especiales en el desarrollo de un nuevo ser. Existen una serie de circunstancias que producen casos especiales en el desarrollo y nacimiento de un nuevo ser: en algunos casos, cuando el feto no se encuentra bien desarrollado o las condiciones de alojamiento en el útero no son adecuadas, se produce un aborto espontáneo que impide que el nuevo ser continúe desarrollándose.



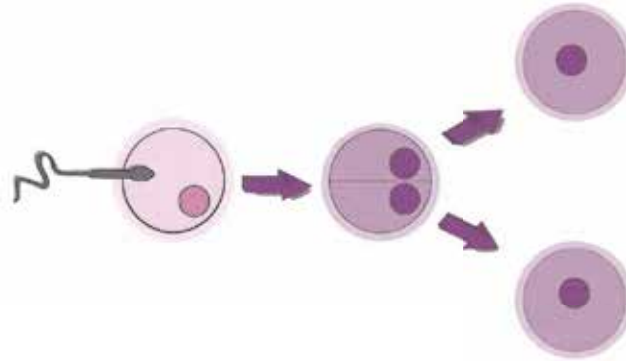
Ilustradores: Kelly Yuranni Valencia Marín y David Alejandro Mejía Buitrago-Fundación Universitaria Luis Amigó (Colombia)

Uno de los casos especiales más frecuentes es el nacimiento prematuro debido a cualquier circunstancia. A partir del séptimo mes, es viable la continuidad de vida del feto gracias a las incubadoras.



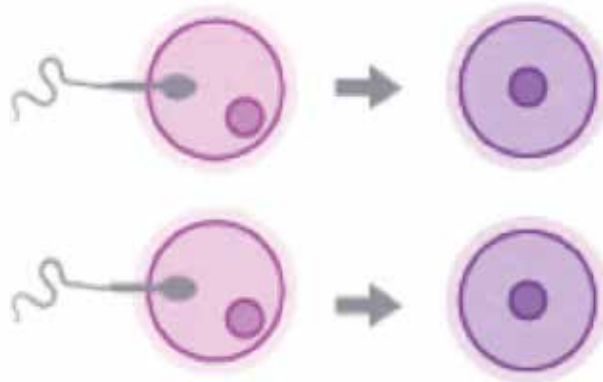
Ilustradores: Kelly Yuranni Valencia Marín y David Alejandro Mejía Buitrago-Fundación Universitaria Luis Amigó (Colombia)

En otros casos, los descendientes son más de uno. Estamos ante un embarazo y parto múltiple. Se pueden dar dos posibilidades: que el cigoto fecundado se divida en dos y ambos se desarrollen paralelamente; son los llamados gemelos; sus características serán idénticas y su sexo el mismo, ya que ambos proceden del mismo óvulo y el mismo espermatozoide.



Ilustradores: Kelly Yuranni Valencia Marín y David Alejandro Mejía Buitrago-Fundación Universitaria Luis Amigó (Colombia)

Que la mujer haya madurado más de un óvulo siendo fecundados por distintos espermatozoides. En este caso nacerán mellizos, trillizos o incluso más, en casos muy específicos. Pueden ser del mismo sexo o no y su parecido será el mismo que otros hermanos. La única diferencia es que se desarrollan en el útero paralelamente.



Desarrollo del taller

Momento de sensibilización. En un ejercicio de relajación se lleva al grupo a que piense y sienta lo que implica la noticia de que va tener un hijo; luego se orienta para que vivencie los procesos de gestación hasta que llegue al parto; en ese momento se le entrega un huevo como símbolo del bebé que acaba de nacer y por espacio determinado cada adolescente debe andar con dicho huevo.

Al cabo de este tiempo se analiza dicha experiencia en grupo desde las siguientes preguntas:

¿Qué significa tener un hijo hoy?

¿Cuáles son los cuidados que esto implica?

¿Cuáles son las etapas que tiene que pasar el nuevo ser para lograr crecer y nacer?

¿Está preparado para asumir una responsabilidad de esta magnitud?

Fase de profundización. Construcción de película para televisión de cartón.



Ilustradores: Kelly Yuranni Valencia Marín y David Alejandro Mejía Buitrago-
Fundación Universitaria Luis Amigó (Colombia)

El facilitador ofrecerá el documento de marco de referencia sobre la fecundación y gestación humana; además los adolescentes pueden conseguir otros textos donde se presente dicha temática. En pequeños subgrupos de trabajo describir en una secuencia de dibujos cada uno de los pasos que se requieren para formar la vida humana; secuencia que debe estar explicada con pequeños textos como si fueran subtítulos de una película. Cada uno de las ilustraciones son unidas en secuencia lógica para formar una gran cinta cinematográfica. Este material es pegado en sus extremos a dos bastones, de madera que se colocaran en los extremos de una caja de cartón simulando un televisor.

El dispositivo entre los dos bastones de madera garantiza movilidad para permitir que la cinta cinematográfica pueda pasar por el frente de la pantalla (hueco de la caja de cartón) sin ningún obstáculo.

Socialización. Compartiendo experiencias significativas

Cada subgrupo presentará su película invitando a que sus compañeros hagan preguntas o aportes desde las diferentes escenas (dibujos) que van observando. Es la oportunidad para que el facilitador haga énfasis en los aspectos más importantes del proceso de fecundación y gestación.

Propuesta de acción–compromiso. Entrevista para ser padres o madres

El facilitador propone el siguiente ejercicio:

Supongan que ustedes son unos patrones y quieren contratar a alguien para el trabajo de ser padre o madre. Tienen que escribir un anuncio con los requisitos que el candidato debe llenar para

el puesto. Se hará una lluvia de ideas sobre los verdaderos requisitos para ser padre o madre en la actualidad. En este anuncio deberá incluir las horas de dedicación al día, habilidades, cualidades, experiencia y beneficios que trae este trabajo. Durante 10 minutos diversos subgrupos construirán sus propios anuncios. Se revisan los diversos anuncios y con ellos se construye un anuncio final que incorpore todas las cualidades necesarias.

Luego se solicita a cuatros voluntarios que dramaticen una entrevista para conseguir este tipo de empleo. El subgrupo se divide en dos: uno que preparara la entrevista y otro que prepara las respuestas con los entrevistados. Las preguntas rectoras pueden ser:

¿Cuáles son sus verdaderas capacidades?

¿Cuáles el nivel de experiencia?

¿Cuáles son los niveles de motivación?

¿Cuáles son los beneficios reales?

¿Cuáles son las razones para querer el trabajo en esta época de su vida?

¿Cuáles son las debilidades y limitaciones para asumir las responsabilidades de padres o Madres?

Al final de la representación se deja el espacio abierto para que el grupo haga los comentarios que considere convenientes.

Evaluación. Completando expresiones incompletas

Se les entrega a los participantes una lista de expresiones incompletas para que ellos los completen. Existen varias formas de llevar a cabo esta técnica: puede ser que se lea en voz alta la frase incompleta y se le pide a los participantes que la completen en un papelógrafo en hojas de papel. Después se leen una por una discutiéndose con todo el grupo los aciertos y dificultades presentadas. Todo este trabajo debe ser objeto de reflexión grupal. Al final se trata de construir una expresión colectiva que dé cuenta de los aspectos fundamentales sobre fecundación y gestación.

La fecundación consiste en la unión de_____

La célula que da origen al nuevo ser se llama_____

El óvulo viaja a través de la trompa _____

El hombre libera entre 150 y 300 millones_____

El óvulo fecundado sigue su camino hasta el_____

El periodo embrionario dura aproximadamente_____

El ser en el vientre es alimentado y recibe oxígeno de_____

El nuevo ser está rodeado por la *bolsa*_____

Durante el último mes de gestación el feto se prepara para_____

El parto tiene lugar en tres fases que son_____

Si los descendientes son más de uno el embarazo es_____

En los gemelos sus características_____ ya que ambos proceden del mismo óvulo y el mismo espermatozoide.

Elaborar unas balanzas con las ventajas y las desventajas de ser padres en la actualidad. Escribir en pequeños grupos un acróstico sobre lo que implica la responsabilidad de crear una nueva vida.

Ventajas y desventajas de ser padres en la actualidad



Una vez se socialice dicha reflexión el facilitador invita a realizar el siguiente acróstico:

C	
R	
E	
A	
R	
N	
U	
E	
V	
A	
V	
I	
D	
A	

Taller 22: Sexo, drogas e imaginarios

Objetivo

Identificar los imaginarios frente a las prácticas sexuales y el consumo de drogas y alcohol.

Referente conceptual

A continuación se plantean algunos imaginarios que tienen los adolescentes e inciden en sus comportamientos:

Debo consumir drogas para tener relaciones sexuales mejores. Si creemos que el alcohol es un elemento que le pondrá mayor emoción y sensación a las relaciones sexuales, pues consumiremos alcohol para tener relaciones sexuales.

Según Pons y Berjano (1999), algunas personas toman drogas como el éxtasis, cocaína y anfetaminas con el fin de incrementar la excitación sexual, para prolongar o hacer durar más su desempeño sexual o porque creen que con estas drogas van a tener experiencias sexuales más intensas e interesantes. Sin embargo, estas drogas pueden causar problemas en la erección, la excitación y el orgasmo. Algunas veces escuchamos historias sobre personas que han tenido el “mejor” sexo cuando han estado bajo los efectos de las drogas, pero la realidad y los datos médicos nos muestran un panorama que desmiente radicalmente estas ideas.

De acuerdo con Alonso y Del Barrio (1996), el LSD (ácido) es un fármaco del tipo alucinógeno, que cambia la percepción de la realidad, y puede hacer ver, escuchar o sentir cosas que no son reales. Estas alucinaciones pueden ser divertidas o agradables, pero también pueden ser muy aterradoras y desconcertantes. Se oye todo tipo de historias sobre personas que tienen “malos viajes”, donde se han asustado después de tomar alucinógenos, y en algunos casos, estos malos viajes pueden tener efectos a largo plazo. La heroína es una de las drogas más fuertes y más peligrosas. Es altamente adictiva y fácilmente puedes sufrir una sobredosis, que a menudo conduce a la muerte. Dado que la heroína se inyecta en el cuerpo, los usuarios corren el riesgo de infectarse con enfermedades de transmisión sanguínea como el VIH (SIDA) si comparten agujas con otras personas.

La droga me permite vencer la timidez. Alonso y Del Barrio (1996) plantean que muchas personas parecen pensar así, pero la realidad puede ser otra. Las drogas y el alcohol pueden hacer que las personas se sientan menos nerviosas, más desinhibidas, más seguras y atrevidas en cuanto a sus relaciones con otras personas; de hecho, culturalmente en algunas ocasiones se usa el alcohol para “dar fuerza” cuando alguien va a realizar una conducta que socialmente se considere atrevida, por ejemplo, acercarse por primera vez a una chica o un chico que nos gusta demasiado en una fiesta y establecer una relación. Sin embargo, si necesitamos alcohol o drogas para sentirnos cómodos en estas situaciones, quizás no estemos con la persona adecuada o puede que no estemos listos todavía para realizar este tipo de conductas, que si bien son normales, en algunas ocasiones es necesario tener un nivel de madurez y confianza para realizarlas.

La droga me permite disfrutar las relaciones sexuales. El alcohol es un depresor; significa que temporalmente se lentifica el sistema nervioso central (el cerebro y la médula espinal), que controla las funciones corporales, lo hace ser racional, así pues, si el cerebro se pone lento y no trabaja de la mejor manera, no controlará las acciones, emociones y toma de decisiones. Si se mantiene el uso del alcohol, éste comenzará a afectar las percepciones, sensaciones y conductas; ya no se es tan rápido para moverse, los movimientos se vuelven torpes, los actos son irrazonables y hasta agresivos. A veces las personas bajo el efecto de las drogas o el alcohol pueden ser amigables, felices y despreocupadas; otras veces pueden llegar a ser agresivas y enfadadas; esto dependerá en gran medida de la cantidad de droga o alcohol que hayan ingerido, de su personalidad y de la situación en la que estén (Alonso y Del Barrio, 1996).

Las drogas varían en gran medida en su fuerza y sus efectos. El alcohol como ya se ha mencionado es un depresor del sistema nervioso. La marihuana (cannabis) puede llevar a estados más relajados. Este tipo de droga, es una de las más utilizadas por los jóvenes hoy día. Cuando fuman marihuana, se pueden sentir más relajados, pero también pueden experimentar sentimientos de ansiedad y paranoia, o simplemente sentirte mal y enfermos.

Espada (2002) indica que también hay evidencia creciente de que el uso regular de marihuana a largo plazo puede generar problemas de salud mental tales como la pérdida de la memoria y la depresión en algunas personas. Otras drogas son estimulantes; hacen sentir a quienes las consumen más despiertos y alerta, y les darán un montón de energía. El éxtasis, el Speed y la cocaína son ejemplos de estimulantes. Estas drogas aumentan la frecuencia cardíaca, temperatura corporal y presión arterial. Ellos pueden hacer que se sientan seguros y eufóricos. En dosis altas, sin embargo, pueden hacer que se sientan confundidos o aturdidos, sobrecalentados, producir un ataque al corazón o incluso hacer que sufran un daño cerebral.

La unión de droga y relaciones sexuales no conlleva y riesgos. Dado que el alcohol relaja tanto nuestro cuerpo, desinhibe nuestras conductas y nos hace menos razonables, no es raro que las personas que consumen alcohol y drogas se metan en problemas. Muchas personas, que tal vez por vergüenza no lo manifiesten, han estado en situaciones peligrosas, conducir

ebrios, tener relaciones sexuales sin protección, irse a la cama con desconocidos, estar envueltos en riñas callejeras, etc.

Debo consumir drogas para sentirme aceptada en el grupo. Muchos adolescentes se sienten presionados a usar alcohol, drogas y a tener sexo por sus amigos, compañeros u otras personas de su mismo grupo de edad. A esto se le conoce como presión de grupo. La presión de grupo es la influencia que tienen los demás sobre la escogencia de los gustos, creencias, forma de vestir y en general, de la conducta al interior de un colectivo, e implica la necesidad de ser como los demás; se utilizan para poder encajar y sentirse miembros de un grupo determinado.

La presión de grupo no es siempre una mala cosa, de hecho, juega un papel fundamental en la construcción de nuestra propia identidad, como hablar, actuar, vestirse. Sin embargo, la presión de grupo también puede llevar a que la gente haga cosas que no están de acuerdo con sus creencias, valores y conductas; y con el alcohol, las drogas y el sexo esto puede pasar.

El punto es que si no quiere tomar alcohol o consumir drogas, o no quiere tener o no se sienta preparado o preparada para tener relaciones sexuales ¡no lo haga!; de hecho estará pensando y actuando razonablemente como lo hace la mayoría de las personas.

Si pensamos que todo el mundo tiene relaciones sexuales bajo el efecto de sustancias psicoactivas, pues también lo haremos, ya que para nosotros es más cómodo y económico actuar en sintonía con nuestras creencias que en contra de ellas, así éstas sean erróneas. Una estrategia que utiliza nuestro sistema de creencias para perpetuarse, es filtrar la información que confirma sus contenidos y no se fija en la información contrastante, es decir, si un joven cree que es un individuo solitario, rechazado y poco querido, pues tratará inconscientemente de verse expuesto a situaciones donde lo rechacen o magnificará los rechazos para confirmar sus creencias. Como ya se dijo, la información que no es coherente con mi creencia es desechada por mi procesamiento de información. Lo ideal es pensar de forma alternativa, de una manera que le demos cabida a múltiples interpretaciones y que nos permita enriquecer nuestras creencias, en otras palabras, que permita que nuestras creencias sean menos rígidas y más flexibles para que podamos tomar las mejores decisiones en nuestras vidas y tener una salud mental más equilibrada.

Desarrollo del taller

Fase de sensibilización

La técnica de estudio de casos, consiste en proporcionar una serie de situaciones que representen problemáticas en relación con los imaginarios que tienen los adolescentes frente a los temas sexualidad y drogas. Son casos de la vida real para que se estudien y analicen por parte del grupo de adolescentes.

Después de leer uno a uno cada uno de los siguientes casos planteados, se debe invitar a la reflexión, a un análisis desde la discusión en grupo. Este trabajo pedagógico debe ir orientado a la búsqueda de las posibles salidas que se pueden encontrar para dichos problemas.

Estudio de Caso 1: Debo consumir drogas para tener relaciones sexuales mejores.

“Mi novio quiere que yo haga cosas sexuales con él, pero la única manera en la que puedo manejar esta situación, es emborrachándome, porque de lo contrario, me siento asustada o avergonzada”. Juanita, 16 años de edad.

Estudio de Caso 2: La droga me permite disfrutar las relaciones sexuales.

“Yo pensaba que no había nada mejor que tener sexo con mi novia después de unos pases de perico, pero después de inhalar varias veces sentía todo mi cuerpo entumecido y por más que quisiera estar con mi novia, no conseguía tener una erección”. Camilo, 19 años de edad.

Estudio de Caso 3: Debo consumir drogas para sentirme aceptada en el grupo.

“Era mi primera fiesta, yo nunca había asistido a una reunión tan prendida y alegre, todo el mundo estaba bebiendo y algunas personas usaban los baños para drogarse, empecé a sentirme muy incómodo con todo esto. Uno de mis amigos comenzó a ofrecerme alcohol y pensé que si no tomaba, pues no iba a estar en sintonía con todo lo que pasaba a mí alrededor. Comencé bebiendo y recuerdo que muy entrada la noche, estaba en los baños buscando un poco de cocaína para sentirme aceptado y tan alegre como todos estaban”. Andrés, 20 años de edad.

Estudio de Caso 4: La droga me permite vencer la timidez

“Recuerdo que en esa fiesta, estaba un chico que me encantaba, yo no era capaz de hablarle, pero mis amigas insistían y me presionaban para que lo sacara a bailar. Después de tomarme varios rones, logré acercarme a él y casi obligarlo a bailar conmigo. Seguí tomando y en algún momento de la fiesta todo se salió de control; yo estaba envuelta en una pelea con otra chica que alegaba ser la novia del chico con el que bailaba”. María, 14 años de edad.

Estudio de Caso 5: La unión de droga y relaciones sexuales no conllevan riesgos

“Aunque yo sabía cómo debía cuidarme para tener relaciones sexuales y protegerse de enfermedades de transmisión sexual, usar el condón y saber con quién va a estar uno, hace tres años llegué a una rumba por azar y resulté involucrada sexualmente con un

extraño que hoy no tengo claridades quién era. Pero sí tengo que enfrentar una realidad: tengo SIDA”. Pedro, 19 años de edad.

Cada vez que se da la discusión con el grupo sobre cada caso, el facilitador debe compartir el referente conceptual para dicho imaginario con el fin de dar claridad sobre las ideas erróneas.

Fase de profundización. Creencias–realidad

En pequeños grupos se hará una lluvia de ideas sobre la relación sexo-droga. Una vez se presente la lista se debe buscar un argumento bien sustentado para definir si son *creencias* o *realidad* (ver tabla 2.13)

Tabla 2.13 *Creencias o realidad*

Ideas Sexo/droga	Argumento	Creencia	Realidad
Con la droga tenemos mejores orgasmos	Las prácticas no dependen del uso de drogas, sino de la relación y afecto que se tenga con la persona que se comparta.	La droga produce mayor excitación	La droga no incide en tener mejores órganos.

Para cada creencia debe existir al menos un argumento bien sustentado. Cada grupo elegirá un representante. El subgrupo comenzará leyendo y sustentando las creencias y las realidades con sus respectivos argumentos. Terminadas las intervenciones, el facilitador hará claridad sobre los aspectos confusos por el grupo y cerrará la actividad señalando las ideas más apropiadas y las menos apropiadas.

Socialización. Compartiendo experiencias significativas

Como hemos visto a lo largo de este taller, por lo general lo que creemos cierto lo aceptamos sin ninguna dificultad, pero ¿cómo sabemos que lo que creemos o pensamos es realmente cierto? Para responder a esta pregunta detengámonos primero a establecer el proceso mediante el cual las personas vamos desarrollando nuestro sistema de creencias y cómo éste tiene un importante efecto sobre nuestras conductas, decisiones, emociones y actitudes.

Profundicemos en aquellas creencias que son centrales en la vida de los adolescentes y cómo han afectado su proyecto de vida desde el consumo de drogas y prácticas sexuales.

Propuesta de acción–compromiso. Pacto Investigar para creer

Se invita a firmar un pacto entre todo el grupo de adolescentes que consiste en que cuando llegue alguna información sobre la dupla sexo-drogas antes de darla como *verdad* hay que “Investigar para crear” Esta nueva información podrá ir anotada en un espacio del salón de clase y renovarse periódicamente.

Evaluación

Se invita a hacer una evaluación simulando un termómetro. Si la persona siente que logró una buena información y logró aprendizaje se coloca una temperatura entre 36- 37 grados; pero si siente que todavía le falta aprender sobre el tema, puede jugar con la imagen que tiene 40 grados de temperatura; y si el taller no logró impactarla puede ponerse pocos grados de temperatura.



Ilustradores: Kelly Yuranni Valencia Marín y David Alejandro Mejía Buitrago-Fundación Universitaria Luis Amigó (Colombia)

2.4.4 Los riesgos de sexo y droga

Taller 23: Infecciones de transmisión sexual (ITS)

Objetivo

Identificar algunas de las infecciones de transmisión sexual a partir de los riesgos que se tienen en las prácticas sexuales que se pueden llevar a cabo y las formas de prevención.

Referente conceptual

Las infecciones de transmisión sexual ITS son causadas por pequeños organismos vivos llamados bacterias o virus, aquellas cuyo origen es una bacteria se tratan con antibióticos, las infecciones causadas por un virus con frecuencia no tienen cura, pero los síntomas pueden ser tratados.

Como su nombre lo indica llegan al organismo a través de las prácticas sexuales penetrativas (anales o vaginales) u orogenitales (sexo oral) sin la debida protección, no obstante el VIH y la Hepatitis B, se pueden transmitir por medio de la sangre; todas requieren cuidado y tratamiento, algunas son dolorosas y se perciben rápidamente, otras son silenciosas y son difíciles de detectar a la vista en sus inicios, y sólo se logra saber si hace presencia en el organismo es a través de una prueba de laboratorio.

La mayoría de las ITS se pueden curar a través de tratamientos, por ello es importante diagnosticarlas a tiempo ya que algunas de ellas pueden hacer presencia en el organismo sin que se presente algún síntoma o en ocasiones aparecen síntomas que aparentemente desaparecen por sí solos, pero la ITS siguen en el cuerpo; es importante saber que algunas como el Herpes y el VIH no tienen cura.

Los síntomas de una ITS pueden variar desde irritaciones leves hasta un dolor fuerte. Otros síntomas ocurren solamente cuando la enfermedad avanza. En la mayoría de los casos, los problemas de salud a largo plazo se pueden evitar con un tratamiento a tiempo.

Sin embargo, existen algunos síntomas que se han logrado identificar tanto en los hombres como en las mujeres, los cuales pueden ser un indicio de la existencia de una ITS en el organismo como se puede observar en el cuadro siguiente (ver tabla 2.14)

Tabla 2.14 Síntomas de las Infecciones de Transmisión Sexual

Síntomas por género de la presencia de una ITS	
Mujeres	Hombres
<ul style="list-style-type: none"> • Presencia de secreciones en la vagina con olor anormal. • Dolor en el área de la pelvis, es decir, entre el ombligo y los genitales. • Ardor o comezón alrededor de la vagina. • Pérdida de sangre por la vagina diferente al período menstrual. • Dolor interno en la vagina durante las prácticas sexuales penetrativas. • Llagas, ronchas o ampollas en los órganos sexuales, ano o boca. • Garganta roja o inflamada. • Síntomas de gripa, con fiebre, escalofrío, malestar y dolores. 	<ul style="list-style-type: none"> • Llagas, ronchas o ampollas en los órganos sexuales, ano o boca. • Ardor y dolor al orinar. • Necesidad de orinar constantemente. • Ardor o comezón alrededor del pene o ano. • Garganta roja o inflamada. • Síntomas de gripa, con fiebre, escalofrío, malestar y dolores. • Inflamación alrededor de los órganos genitales.

Las ITS pueden afectar distintas zonas del cuerpo de acuerdo con el tipo de práctica sexual que se realice, o sea no sólo la zona de los genitales, ya que muchas personas practican además sexo anal u oral siendo en primera instancia el lugar del contagio y de allí pasan a la sangre pudiendo infectar todos los órganos del cuerpo. Las ITS más conocidas son las que se describen a continuación (ver tabla 2.15)

Tabla 2.15 Infecciones de Transmisión Sexual

ITS	Quién la produce	Síntomas	Cómo se transmite	Qué ocurre si no hay tratamiento
Sífilis	El germen que la produce se llama tripanosoma pálido o espiroqueta, su diagnóstico se realiza mediante un análisis de sangre llamado vdr1	<p>En la primera etapa, los síntomas aparecen entre 3 y 12 semanas después de tener las relaciones sexuales, los cuales se manifiestan en llagas de color rojizo-café, en la boca, órganos genitales, senos o dedos, que no causan dolor; éstas pueden durar entre una (1) y cinco (5) semanas, pueden desaparecer pero aún se tiene la sífilis.</p> <p>En la segunda etapa, los síntomas aparecen entre una (1) y seis (6) semanas después que las llagas desaparecen, se manifiesta con un brote o salpullido en cualquier lugar del cuerpo, acompañado de una sensación de gripa, ambas pueden desaparecer pero la enfermedad sigue en el organismo.</p> <p>En los recién nacidos cuyas mamás están infectadas y no fueron tratadas, produce serios problemas en los huesos y el sistema nervioso central.</p>	Se trasmite a través de las relaciones sexuales sin protección, ya sea por la vagina, el ano o la boca con alguien que tenga sífilis, además por la placenta (es decir de la madre al hijo) y también por vía sanguínea.	<p>En fases tempranas, su tratamiento es muy simple, ya que se cura administrando penicilina inyectable en una o dos dosis.</p> <p>Si no existe tratamiento:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se puede transmitir la enfermedad a sus compañeros sexuales. - La madre le transmite al bebé la enfermedad en el embarazo o en el momento del parto. - Puede causar daños al corazón, cerebro, lo ojos y causar la muerte.

Continúa en la página siguiente

Inicia en la página anterior

ITS	Quién la produce	Síntomas	Cómo se transmite	Qué ocurre si no hay tratamiento
Gonorrea o Blenorragia	El germen que la produce se denomina gonococo. El diagnóstico se realiza mediante un cultivo de las secreciones que se regeneran, ya sean del pene o de la vaginal.	Los síntomas aparecen entre los dos (2) y veintiún (21) días de estar expuestos; es de aclarar que la mayoría de las mujeres y algunos hombres no presentan síntomas; no obstante los síntomas pueden ser: secreciones amarillas o blancas pocos usuales en la vagina y en el pene, ardor al orinar y aumento en las veces; en las mujeres se puede presentar además anomalía en el período menstrual y calambres en la parte baja del abdomen.	Se transmite a través de las relaciones sexuales sin protección, ya sea por la vagina, el ano o la boca con alguien que tenga gonorrea.	Su tratamiento es simple ya que responde a varios antibióticos entre ellos la penicilina para el gonococo - Se puede transmitir la ITS a las personas con quienes se tienen prácticas sexuales sin la debida protección o la madre al bebé en el momento del parto. - Puede generar infecciones más agudas y dañar los órganos reproductores - Se puede presentar la esterilidad - Puede presentar daños en el corazón, enfermedades en la piel, artritis o ceguera
Infección Clamidia o Uretritis no específica	Es producida por el Germen Clamidia Trachomatis. El diagnóstico se realiza mediante un cultivo de las secreciones que se generan, ya sean del pene o de la vagina.	Los síntomas aparecen entre los siete (7) y los veintiún (21) días de tener las prácticas sexuales sin la debida protección, aunque muchos hombres y mujeres no presentan síntomas, los más característicos son: - Secreciones en la vagina o el pene de color blanco o amarillento. - Ardor al orinar. - Pérdida de sangre en las mujeres, diferentes al período menstrual. - Dolor en el abdomen acompañado de fiebre y náuseas.	Se transmite a través de las relaciones sexuales sin protección ya sea por la vagina, el ano o la boca con alguien que tenga gonorrea.	El tratamiento se realiza con Azitromicina o Doxiciclina - Se puede transmitir la ITS a las personas con quienes se tienen prácticas sexuales sin la debida protección o la madre al Bebé en el momento del parto. - Puede causar infecciones más serias que afectan los órganos sexuales y reproductivos - Se puede presentar la esterilidad.

Continúa en la página siguiente

Inicia en la página anterior

ITS	Quién la produce	Síntomas	Cómo se transmite	Qué ocurre si no hay tratamiento
Herpes	Es una ITS producida por el virus del herpes que se localiza en los genitales.	<p>Aparecen entre el primer día y los 30 siguientes a la práctica sexual sin la debida protección; algunos de ellos son:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sensación de gripa. - Pequeñas y dolorosas ampollas en los órganos sexuales o en la boca. - Comezón o ardor antes de que aparezcan las ampollas en las partes del cuerpo implicadas. - Las ampollas duran entre una (1) y tres (3) semanas; desaparecen pero no se cura el herpes, las cual es siguen apareciendo. 	Se transmite por vía sexual, la madre lo transmite por contagio directo a través del canal de parto.	<p>El tratamiento de esta enfermedad se realiza con distintos antivirales, el más usado es el aciclovir y con cremas locales para tratar los síntomas, pero el virus queda alojado en el organismo ya que no tiene cura.</p> <p>Se puede transmitir la ITS a las personas con quienes se tienen prácticas sexuales sin la debida protección o la madre al bebé en el momento del parto.</p>
Hepatitis B	Es producida por un virus que afecta el hígado denominado VHB.	<ul style="list-style-type: none"> - Cansancio, falta de energía. - Pérdida del apetito y de peso. - Fiebre. - Tono amarillento de la piel o los ojos (ictericia). - Dolor muscular o de articulaciones. <ul style="list-style-type: none"> - Dolor de estómago. - Náusea, vómitos. - Diarrea. - Orina de color oscuro. - Evacuaciones (movimientos intestinales) de color claro. - Hígado hinchado y sensible al tacto (el proveedor de cuidados de salud lo detecta durante el examen médico). 	<ul style="list-style-type: none"> - Teniendo Relaciones Sexuales (por vía vaginal, anal u oral) con una persona infectada - Perinatal (de la madre al recién nacido durante el parto). - Infecciones de la primera infancia (infección asintomática por contacto directo con convivientes infectados) - Por prácticas de inyección no seguras. - Por transfusiones de sangre. 	<p>Es una ITS que se puede prevenir con una vacuna.</p> <p>Se puede transmitir la ITS a las personas con quienes se tienen prácticas sexuales sin la debida protección o la madre al bebé en el momento del parto.</p> <p>Algunas personas no se curan completamente.</p> <p>Puede causar daños permanentes en el hígado.</p> <p>Puede causar la muerte.</p>

Continúa en la página siguiente

Inicia en la página anterior

ITS	Quién la produce	Síntomas	Cómo se transmite	Qué ocurre si no hay tratamiento
Papilomas, Condilomas Acuminados (Hpv) O Verrugas Genitales	<p>El virus del papiloma humano, papiloma virus o VPH la infección puede ser causada por una de las más de cien cepas (tipos) diferentes de VPH que existen.</p> <p>El diagnóstico se establece con estudios de laboratorio y gabinete, y entre otros estudios se solicita papanicolaou con colposcopia, citología exfoliativa del pene, biopsia de ser necesario.</p>	<p>Los síntomas aparecen entre uno (1) y ocho (8) meses después de tener las relaciones sexuales sin protección, aunque hay hombres y mujeres que no presentan síntomas.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se observan pequeñas verrugas en los órganos sexuales y el ano. - Las verrugas no desaparecen. - Se siente ardor y comezón alrededor de los órganos genitales - Las verrugas pueden desaparecer pero el virus sigue en el organismo y pueden volver a aparecer. 	Perinatal (de la madre al recién nacido durante el parto).	<p>Se puede transmitir la ITS a las personas con quienes se tienen prácticas sexuales sin la debida protección o la madre al bebé en el momento del parto.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Las verrugas no se pueden curar. - Aparecen más verrugas y es más difícil hacer que se pierdan. - Pueden convertirse en un cáncer a mediano largo plazo.
VIH/Sida	<p>Es originada por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), se detecta por medio de una prueba de sangre llamada Eliza y reconfirmada por el Western Blot.</p>	<p>Los síntomas meses después de la infección, se puede estar muchos años con el virus pero no presentar ningún síntoma, cuando se comienza a manifestar pueden ser:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pérdida de peso sin razón aparente. - Cansancio. - Sensación de gripa que perdura. - Fiebres muy altas y prolongadas. - Sudoraciones nocturnas permanentes - Manchas en la boca de color blanco. - Diarreas. - En las mujeres hongos vaginales que no desaparecen. 	<p>Se transmite a través de las relaciones sexuales sin protección ya sea por la vagina, el ano o la boca con alguien que tenga VIH por compartir agujas que tiene sangre infectada perinatal (de la madre al recién nacido durante el embarazo, el parto o la lactancia).</p>	<p>Se puede transmitir la ITS a las personas con quienes se tienen prácticas sexuales sin la debida protección o la madre al bebé en el momento del embarazo, parto o la lactancia.</p> <p>El sida no tiene cura, sólo tratamiento.</p>

Para evitar las ITS se recomienda:

- Tener relaciones sexuales monogámicas (con una sola pareja).
- Hablar con los compañeros sexuales sobre su pasado y el uso de drogas.
- Observar cuidadosamente el cuerpo de la otra persona de forma tal que no se observe llagas, secreciones, irritaciones, entre otras que pueden ser indicio de una ITS.

- Usar siempre preservativo de látex (goma).
- No compartir agujas cuando se inyectan drogas.
- Retrasar el inicio de la vida sexual.
- Hacerse la prueba periódicamente cuando se han tenido prácticas sexuales inseguras.
- Conocer los síntomas de las ITS y buscar atención médica.
- Tener relaciones sexuales vaginales, orales o anales con protección.

Cuando se tiene una ITS se recomienda:

- Iniciar el tratamiento médico-farmacológico inmediatamente.
- No dar el pecho al bebé.
- Avisar a todas las parejas sexuales recientes y pedirles que tengan un chequeo médico.
- Evitar la actividad sexual mientras cuando se está bajo el tratamiento.
- Hacer un examen de seguimiento para asegurarse que la ETS ha sido tratada con éxito.

Desarrollo del taller

Fase de sensibilización. Circulo de dato real o conjetura. Se invita a los participantes que escriba en tiras de cartulina lo que sabe o ha oído de las enfermedades de transmisión sexual; dichos textos se introducirán en una bolsa y cuando todos los adolescentes hubieran escrito su saber sobre esta temática. El facilitador divide el tablero en dos columna así:

Dato real	Conjetura

Para iniciar el proceso se va sacando cada uno de los textos escritos por los adolescentes; se lee en voz alta y se invita al grupo a que analice si es un dato real o es una conjetura. La clasificación de dichos textos debe estar acompañada de las explicaciones pertinentes del facilitador.

Momento de profundización. Juego Alcance la estrella

Se organiza el grupo de adolescentes en pequeños equipos de trabajo (tres o cuatro personas) y cada subgrupo nombra a un representante para que alcance una estrella que tendrá un número y cada número corresponde a una pregunta, la cual debe ser resuelta en diálogo de todos los

miembros de cada equipo. Las estrellas deben tener un puntaje relacionado con la complejidad de la pregunta.



Algunas de las preguntas pueden ser:

- ¿Qué son las infecciones de transmisión sexual?
- ¿Cómo se transmiten las ITS?
- ¿Qué hacer en el caso de tener una ITS?
- ¿Cómo se previene la transmisión de las ITS?
- ¿Cuáles son las ITS más frecuentes?
- ¿Por qué informarse sobre ITS y VIH/SIDA?
- ¿Las ITS son enfermedades hereditarias?
- ¿Son las ITS más frecuentes en el hombre o en la mujer?
- ¿Existen vacunas contra las ITS?
- ¿Son fértiles las personas que han contraído ITS?
- ¿Cuáles son las pruebas para determinar si se tiene SIDA?

Momento de socialización

Se realiza una exposición magistral en la cual se explique las diversas ITS, los riesgos que se corren y las formas de prevenirlas, para ello se pueden apoyar en videos de la Internet.

Propuesta de acción-compromiso Casería de contactos

Se le entrega a cada participante una ficha que fue preparada con anticipación con las siguientes señales:

- Cuadro ficha tendrán la letra MP
- Dos fichas tendrán la letra X
- Las demás no tendrán nada

Todas las personas que su ficha tenga la letra I o X debe buscar cuatro personas para solicitarle un autógrafo, el cual debe escribir en las fichas. Cuando ya el grupo completo tenga los autógrafos, se les pide al grupo que se coloque de pie quien tenga la letra X; cuando estas cuatro personas se pongan de pie, se solicita que hagan lo mismo las personas que escribieron sus autógrafos en las fichas de ellos.

Se explica que la persona con la ficha marcada con X se supone en el juego que tiene una enfermedad de transmisión sexual o VIH-SIDA y que por ello debe revisar quienes tuvieron contactos con ellos, y de estos que tuvieron contacto con ellos con quien más se contactaron. Los que tenían la letra MP en el juego, quiere decir que no se vieron expuestos a la infección porque utilizaron medidas preventivas.

Una vez descubiertas las reglas del juego se invita a que se expresen.

- ¿Cómo se siente la persona que era X, es decir, se supone que tiene una enfermedad de transmisión sexual?
- ¿Cómo se sienten los que fueron contagiados?
- ¿Cómo se sienten los que no fueron infectados porque utilizaron medidas de protección?
- ¿Hubieran buscado autógrafos de personas sabiendo que estaban infectadas?

Desde esta experiencia cada adolescente escribe un compromiso para guardarlo en su porta documentos personales. Si es posible plastificarlo para dure durante su vida de adolescencia.

Evaluación

Cada estudiante diseñará y enviará cinco correos electrónicos a amigos o compañeros sobre los cuidados para prevenir enfermedades de transmisión sexual, textos que se leerán en la próxima sesión de trabajo. Si no es viable el correo electrónico, se propone la elaboración de grafitis con motivaciones para que cada persona reflexione como cuidarse de una enfermedad de transmisión sexual. Se dispone papel en los diferentes muros del recinto, para que cada persona escriba frases o protestas en forma de grafiti. Se crea un debate sobre los diversos grafitis allí escritos, cada persona tendrá la oportunidad de sustentar o cuestionar estas expresiones.

Taller 24: Sexo sin drogas vs sexo con drogas

Objetivo

Buscar crear conciencia sobre los riesgos, desventajas y consecuencias de tener prácticas sexuales bajo el efecto de alcohol o drogas.

Referente conceptual

La historia ha mostrado que el ser humano ha rebuscado sustancias que le permitan aumentar su placer sexual, ha usado sustancias naturales o sintéticas; pero los estudios realizados han mostrado que las drogas tienen efectos negativos, no sólo durante las relaciones sexuales, sino en la manifestación de la sexualidad en general.

Aunque al consumirlas en dosis bajas, aparentemente aumenten el deseo sexual, los daños que producen de forma irreversible no hacen a las drogas muy recomendables, ya que desde el inicio del consumo y en pocas horas, provocan fatiga, dificultad para concentrarse, anorexia, apatía, insomnio, pérdida de memoria, depresión, irritabilidad, dolores musculares, disminución de las defensas inmunológicas y falta de deseo sexual. ¿Por qué entonces muchos recurren a las drogas para manifestar su sexualidad y durante una relación sexual? La respuesta es sencilla, lo hacen porque se sienten inadaptados, inseguros y desean experimentar sensaciones y emociones diferentes, que si bien las consiguen al principio, todo termina en impotencia de ambos sexos (González Teresa, 2011).

La cruda realidad es que las drogas estimulan el sistema nervioso central y producen muchos efectos estimulantes o depresivos, y además de todos los problemas físicos, mentales, familiares, sociales y económicos que acarrearán, también en el terreno de la sexualidad ocasionan grandes daños (LatinSalud.com, 2011).

Lo cierto es que si bien sus efectos inmediatos pueden reflejar mayor desinhibición, aumento de sensaciones y otras cosas, ninguna de ellas incrementa el deseo sexual, ya que esto depende de la concentración de hormonas en el organismo, como la progesterona, la testosterona y la feromona, y con su uso continuo los efectos son muy negativos, pues producen disfunciones sexuales tanto en el hombre como en la mujer.

Las drogas pueden influir de tres maneras sobre la actividad sexual: pueden afectar el deseo, la excitación y el orgasmo. Algunas de ellas tienen un efecto claro sobre la mente de las personas que las toman, de modo que el deseo sexual se ve modificado. Muchas drogas reducen el deseo sexual, pero algunas de ellas parecen incrementarlo, en otras palabras, actúan como afrodisíacos; sin embargo, el hecho de que una droga aumente el deseo sexual de una persona no significa necesariamente que mejore su actuación sexual o su placer.

La excitación sexual es observable porque provoca la erección del pene en el hombre, la falta de excitación produce impotencia, y puesto que esta condición puede ser medida con relativa facilidad, existe una profusa información acerca de las drogas que provocan o no impotencia (González Teresa, Gálvez Elisa, Álvarez Neiza, et al., 2011).

Una de las relaciones entre la Droga y la Sexualidad, tiene que ver con las conductas de riesgo, que asume mayormente la población adolescente a la hora de practicar su sexualidad bajo los efectos de éstas.

Una sexualidad segura no plantea problemas y la decisión de practicarla sin riesgos, implica tener la suficiente información, el criterio y la adecuada toma de decisiones para hacerlo; ello implica estar con los cinco sentidos para percibir los riesgos y las posibles consecuencias de una práctica insegura, que puede llevar a un embarazo no deseado, padecer de infecciones de transmisión sexual y VIH-SIDA.

Entre muchos otros efectos adyacentes al consumo de drogas en el momento de tener relaciones sexuales, se encuentran por ejemplo; la pérdida de control y el deterioro del juicio y la capacidad de tomar decisiones acertadas, dado el efecto inicial desinhibidor que el alcohol y algunas otras drogas producen y que en ocasiones es una de las principales motivaciones para su consumo, lo cual, facilita encuentros sexuales que parten más de una iniciativa guiada por el deseo de obtener más placer que por la plena conciencia de lo que se termina haciendo, cayendo en ocasiones en conductas de riesgo, como lo son, el contraer enfermedades de transmisión sexual, VIH-SIDA, embarazos indeseados, abusos sexuales, violaciones, etc.

También se ha encontrado que los adolescentes, que han consumido alcohol y drogas muestran mayor frecuencia de relaciones sexuales, usan menos el condón y tienen más parejas sexuales, presentando también las mayores prevalencias de Infecciones de Transmisión Sexual, VIH-SIDA y embarazos no deseados (Palacios, Bravo y Andrade, 2007).

El inicio temprano en las relaciones sexuales también se ha relacionado con el consumo de alcohol y drogas. Bellis (2008), corroboró en su estudio lo que otros ya habían encontrado, una relación muy estrecha entre un inicio precoz de las relaciones sexuales y el consumo de sustancias psicoactivas. En su investigación halló que los jóvenes que habían consumido alcohol o cannabis y, sobre todo, aquellos que habían probado cocaína o éxtasis presentaron una

probabilidad significativamente mayor que el resto, de haber tenido relaciones sexuales antes de cumplir los 16 años.

Finalmente, es necesario anotar que consumir drogas y alcohol, además de hacer que se rebaje el nivel de precaución, disminuye la sensación de dolor, lo cual facilita que en la penetración se hagan más heridas y por tanto aumente la probabilidad de contagio de alguna infección. Por otro lado, debe tenerse cuidado con las mezclas de drogas. El viagra con el Popper producen una baja de presión arterial que puede llegar a ser mortal. Mezclar la primera sustancia con el éxtasis puede producir una dolorosa erección que puede durar horas, e incluso días (priapismo).

Desarrollo del taller

Sensibilización. P.N.I (positivo, negativo e interesante): Técnica Inventada por Edward De Bono. Se pretende con este ejercicio, antes de juzgar una idea o propuesta, considerar por separado sus aspectos positivos y negativos, así como otros aspectos atractivos o riesgosos que no se ubican en ninguna de las dos casillas iniciales. Muchas veces se tiende a juzgar una idea o tomar una decisión sin explorar a fondo sus implicaciones

Se invita a los participantes a realizar en forma individual un P.N.I (positivas, negativas e interesantes: riesgoso), a partir de los siguientes interrogantes (ver tabla 2.16):

Tabla 2.16 Aplicación de la Técnica PNI en forma individual

¿Qué pasaría si tuviera relaciones sexuales bajo el efecto de la droga o alcohol?		
Positivo	Negativo	Interesante o riesgoso

Para responder cada una de las tres categorías se debe tardar unos cinco minutos. Cuando cada participante tiene sus tres columnas trabajadas, el facilitador dispone el mismo cuadro para ser llenado a nivel general, de tal manera que cada persona aporta su información. El registro de información pasa primero por la discusión y argumentación del grupo antes de ser plasmada en el siguiente cuadro (ver tabla 2.17).

Tabla 2.17 Aplicación de la Técnica PNI en forma grupal

Generalidad de todo el grupo		
¿Qué pasaría si tuviera relaciones sexuales bajo el efecto de la droga o alcohol?		
Positivo	Negativo	Interesante o riesgoso

Cuando se tiene el cuadro general trabajado se introduce el tema del sexo seguro y VIH-SIDA a las y los jóvenes. Se busca dar información objetiva sobre los riesgos y consecuencias de prácticas sexuales inseguras, las cuales son más frecuentes cuando se está bajo el efecto de alcohol o las drogas y que sean las propias personas participantes las que planteen la importancia de utilizar métodos preventivos en las relaciones sexuales.

Partimos de la base de que, generalizando, en la población joven se da una serie de particularidades: sensación de invulnerabilidad; información inadecuada; consumo de alcohol y otras drogas, que favorecen la inhibición del desarrollo de conductas preventivas.

Profundización. Yo decido: “Quiero–No quiero”

Esta es una técnica que permite actualizar de forma participativa los argumentos que dan los hombres y las mujeres a favor y en contra de tener sexo bajo efectos de alcohol o drogas.

Divide al grupo en cuatro equipos al azar, enumerándolos por medio de colores (ver recuadro más adelante: azul, verde, rosado, blanco). A cada grupo se le encomienda una tarea distinta con un tiempo de 15 minutos: cada grupo anota las razones en una cartulina. La negociación o acuerdo: sin saber de antemano con quién van a tratar, se indica a cada grupo que deben utilizar los argumentos que fueran recordando. Los grupos que queden con las razones de las mujeres, tienen que personificarlas.

Así se da la primera negociación: H1 (hombres que quieren tener prácticas sexuales bajo el efecto de alcohol o de las drogas) negocian con M2 (mujeres que no quieren tener relaciones, con su pareja bajo el efecto de alcohol o drogas).

Se colocan dos subgrupos para negociar, suponiendo que ambos quieren tener relaciones sexuales.

Después de la negociación se les pregunta cómo se sintieron y de qué se dieron cuenta. Luego se piden comentarios de los otros equipos que estuvieran observando.

Es presentada la segunda negociación: H2 (hombres que no quieren tener prácticas sexuales bajo efecto de alcohol o drogas) negocian con M1 (mujeres que quieren tener prácticas bajo efecto de alcohol o drogas).

Se discute de la misma forma: en ambos casos los facilitadores escriben en pedazos de papel los argumentos más importantes tanto para tener prácticas sexuales bajo el efecto de alcohol o drogas, como para no tenerlas. Los grupos y temas a discutir son:

H1 Las razones del porqué los hombres quieren tener prácticas sexuales bajo el efecto de alcohol o drogas. Cartulinas color azul.

H2 Las razones del porqué los hombres no quieren tener prácticas sexuales bajo el efecto de alcohol o drogas. Cartulinas color verde.

M1 Las razones por las cuales las mujeres quieren tener prácticas sexuales bajo el efecto de alcohol o drogas. Cartulina color rosado.

M2 Las razones por las cuales las mujeres no quieren tener prácticas sexuales bajo el efecto de alcohol o drogas. Cartulina color blanco.

Socialización. Compartiendo experiencias significativas. Puntos para el debate

Una vez logrado los análisis anteriores se invita a dar respuesta colectiva a las siguientes preguntas

- ¿De qué manera esta forma de negociación se da en la vida real?
- ¿Cuáles son las consecuencias de una negociación que no sale bien?
- ¿Qué otros aspectos de las personas están presentes en una negociación como ésta?
- ¿Cuál es el mejor momento para negociar?

Notas para el debate: durante el ejercicio de negociación es bueno prestar atención a los argumentos para tener prácticas sexuales bajo el efecto del alcohol o las drogas y pensar cómo podría ser transformada por un NO.

También es necesario pensar sobre los diferentes niveles en que se da una negociación. Es bueno que el grupo no piense sólo en argumentos racionales, puesto que aparecen cuestiones de género (relación de poder), formas de comunicación, las emociones, la atracción sexual, la autoestima, y las experiencias pasadas de cada persona. Para las mujeres el temor de perder la pareja y/o una baja autoestima puede llevarla a acceder a una relación bajo el efecto de alcohol o drogas por parte de su pareja.

Negociar no quiere decir ganar a toda costa sin buscar la mejor opción para ambas partes, es decir donde ambas partes ganen. En el terreno de la sexualidad las cosas pueden ser muy complejas por todos los aspectos humanos que aparecen. Entre una persona que no está segura de desear sexo seguro y otra que no acepta, puede llegar el momento en que una de las partes (o las dos) decidan no tener relaciones sexuales, o tenerlas sin penetración. Es importante analizar la situación en la cual ambas parejas están bajo efectos de alcohol o drogas y desean tener prácticas sexuales: qué hacer.

Propuesta de acción–compromiso

Cada uno de los participantes, manifiesta el compromiso adquirido a partir de esta actividad. Lo manifiesta verbalmente y además hace una nota en su cuaderno

Evaluación

En la tabla 2.18 marca con una X la casilla que refleje mejor tu opinión teniendo en cuenta los siguientes criterios:

1. Totalmente en desacuerdo.
2. En desacuerdo.
3. Ni de acuerdo, ni en desacuerdo.
4. De acuerdo.
5. Totalmente de acuerdo.

Tabla 2.18 *Evaluación taller Sexo sin drogas vs sexo con drogas*

Pregunta	1	2	3	4	5
Participar en este taller me ha parecido una experiencia interesante.					
Los temas que hemos tratado me han parecido muy interesantes					
Me ha resultado fácil comprender lo que se ha tratado en el taller					
He aprendido cosas que no conocía					
Creo que lo que he aprendido me va a resultar muy útil					
Creo que participar en este taller me ha hecho reflexionar acerca de los riesgos de tener prácticas sexuales bajo efectos de alcohol o drogas					
En general, estoy satisfecho/a con haber participado en este taller					

Si tienes algún comentario, observación o sugerencia, puedes anotarla aquí:

Taller 25: Sexo sin riesgos

Objetivo

Orientar a los adolescentes sobre las conductas de riesgo en las prácticas sexuales bajo los efectos de las drogas y el alcohol.

Referente conceptual.

La reducción de riesgo se refiere a la aplicación de técnicas apropiadas y principios de manejo para reducir la exposición a una situación de riesgo y/o sus consecuencias negativas. La meta de los siguientes pasos es disminuir el número de casos nuevos de enfermedades de transmisión sexual al reducir los riesgos de infección relacionados con el uso de drogas (incluyendo el alcohol) y el comportamiento sexual.

Según María Corwin, Risa Friedman y Lucy Bradley (2008), para muchas personas, el sexo y las drogas están asociados de una manera muy estrecha. Tener prácticas sexuales bajo el efecto de alcohol y otras sustancias psicoactivas, es particularmente riesgoso para contraer una Infección de Transmisión Sexual (ITS), o un embarazo no deseado.

Los riesgos asociados con el consumo de drogas-alcohol pueden ser disminuidos de la siguiente manera:

- Disminuir el consumo de drogas-alcohol.
- Cambiar la forma de consumir la droga (por ejemplo: fumarla en vez de inyectarla).
- Evitar inyectarse alguna droga; la inyección es el método de más alto riesgo al consumir drogas.
- Desinfectar y limpiar adecuadamente todo el equipo para consumir las drogas.
- No compartir jeringas ni agujas ni ningún otro instrumento para la inyección o el consumo de drogas.

- Ingresar a algún centro de tratamiento para dejar el uso de drogas. Esta es la forma más efectiva para la reducción del riesgo en consumidores de drogas.
- No hacer mezclas de drogas.
- No consumir drogas ni alcohol.

Los riesgos sexuales pueden ser disminuidos de la siguiente manera:

- No tener relaciones sexuales mientras uno esté borracho, drogado o fuera de sus facultades mentales.
- No tener relaciones sexuales con personas desconocidas-anónimas.
- Limitar el número de parejas sexuales.
- Usar condones en cada encuentro sexual.
- Evitar comportamientos sexuales de alto riesgo (penetración anal o vaginal sin protección).
- Participar solamente en actividades sexuales en las cuales no hay contacto entre el pene, la vagina, o el recto de una pareja.
- Tener relaciones sexuales solamente en una relación mutuamente monógama.

La reducción de daño y de riesgo es una filosofía de Salud Pública que intenta ser una alternativa a la prohibición total a ciertas elecciones de estilos de vida con potencial peligroso. La idea es que algunas personas siempre tendrán comportamientos riesgosos como el sexo casual sin protección y el uso de drogas; entonces el objetivo es el de minimizar el daño potencial y el riesgo a la salud.

El enfoque de reducción de daño incluye la educación sexual que resalta el uso de herramientas, como por ejemplo el uso de condones y prácticas adecuadas de consumo de drogas, para proteger en contra de la transmisión de enfermedades y el embarazo. (Madrid, 2007)

La reducción de daños en relación con el consumo de drogas significa reducir las consecuencias perjudiciales del uso de drogas sin necesariamente reducir el consumo de éstas. Entre las principales consecuencias perjudiciales del consumo de drogas se encuentran los virus transmitidos por la sangre tales como el VIH, las hepatitis B y C, las sobredosis, diversas condiciones médicas y psicológicas, y el involucramiento en actividades ilegales, violentas o perjudiciales.

Cuando hablamos de servicios o programas para la reducción de daños, nos referimos a aquellos programas que buscan la participación del individuo en el lugar en que se encuentra y van más allá de sugerir la abstinencia como la única forma de tratamiento. El modelo de reducción de daños desafía al modelo tradicional de tratamiento contra las drogas, cuyo principal objetivo es la abstinencia. El modelo tradicional le exige a la persona interrumpir el consumo de drogas, incluso si ésta no está dispuesta a hacerlo o no puede hacerlo. El modelo de reducción de daños tiene como su principal preocupación la salud y el bienestar de las personas que consumen drogas, independientemente de que éstas puedan abstenerse de consumirlas o estén dispuestas a ello. (Youth Rise, Guía para los capacitadores juveniles, 2010, p. 35)

Entre los objetivos que tiene la estrategia de reducción de daño y minimización de riesgo tenemos (Insúa 1999, p. 34):

- Aumentar la calidad de vida de los consumidores de drogas, es decir, mejorar el estado de salud y la situación social de este colectivo.
- Disminuir la transmisión de la infección por VIH, Virus de la Hepatitis B (VHB) y C (VHC) desde, entre y hacia los usuarios de drogas.
- Incrementar la toma de conciencia de los usuarios de drogas sobre los riesgos y daños asociados a su consumo.
- Disminuir o eliminar los riesgos y daños asociados al uso de drogas, así como las conductas sexuales de riesgo entre los consumidores de drogas.
- Fomentar y favorecer la aparición de conductas exentas de riesgo frente a la infección por VIH, VHB y VHC.

Desarrollo del taller

Fase de sensibilización. Hacer y armar rompecabezas con señal de peligro. Se busca algún dibujo o lámina con una señal de peligro; se dispone de tijeras, cartulina o cartón y pegante. Se corta la cartulina del tamaño del dibujo o la lámina con una señal de peligro (fijar bien la lámina al cartón o la cartulina disponible); de acuerdo con el tamaño de la lámina se divide en 10 fracciones, cada una de las fracciones logradas puedes partirlas haciendo diferentes curvas para dificultar su armado.

Es importante que cada adolescente realice su propio rompecabezas, a partir de una serie de reflexiones que surgen de las siguientes preguntas:

¿Consume drogas?

¿Tiene sexo bajo el efecto de las drogas?

¿No usa protección para tener sexo?

¿Practica sexo con personas extrañas?

¿Usa drogas inyectadas?

¿No usa equipo nuevo cada vez que se inyecta?

¿Comparte los suministros para inyectarte?

¿No desinfecta los equipos que comparte antes de usarlo (no limpia la jeringa)?

¿No le interesa el estado de salud de las personas con quien tiene sexo?

¿No se hace exámenes médicos de manera periódica?

Cada que una pregunta es un sí, se coge una ficha y se va armando el rompecabezas; cuando se terminan las preguntas se invita a que las personas hablen sobre lo que significó armar completamente la palabra peligro o qué significó no armarla completamente.

Se pregunta ¿Qué puede hacer cada persona para disminuir el riesgo a que se ve abocado con dichos comportamientos?.

Fase de profundización. La tertulia

Se plantea una conversación informal y espontánea que se disfruta, sobre lo que implica la reducción de riesgo en el acontecer cotidiano. Es un momento de encuentro de todo el grupo. Los participantes vienen con una actitud en la cual contar como cuidarse en relación a sexo y drogas, los motiva para compartir lo que saben, lo que han visto y vivido.

Crear un espacio para que se sientan escuchados en aquello que les preocupa o les interesa, permite ir haciendo grupo, ir construyendo prevención, e ir creciendo en autoestima y seguridad.

Las temáticas orientadoras de esta tertulia pueden ser:

- Cuando miras a ambos lados antes de cruzar la calle, estás reduciendo daño y riesgo.
- Cuando usas menos sal y grasa al cocinar; cuando lavas las frutas y vegetales antes de comértelos, estás reduciendo daño y riesgo.
- Cuando te abrochas el cinturón de seguridad; cuando usas equipo protector durante actividades deportivas, estás reduciendo daño y riesgo.
- Cuando haces ejercicio físico, estás reduciendo daño y riesgo.

- Cuando limitas la cantidad de tragos que vas a beber, estás reduciendo daño y riesgo.
- Cuando practicas sexo con protección, estás reduciendo daño y riesgo.
- ¿Qué otras prácticas debemos tener en cuenta para reducir daño y riesgo desde sexo y drogas?

Socialización Compartiendo experiencias significativas: relatos de vida

Son espacios donde se narran historias personales, y desde allí se plantea un análisis ya sea ético, histórico, psicológico o social que aporte a las experiencias del grupo sobre cómo trabajar reducción de riesgo de su propia vida.

El facilitador presenta un relato de vida de un personaje al que las drogas lo llevaron hasta la muerte, como por ejemplo: Elvis Presley, murió a causa de un exceso de narcóticos, que paralizaron las funciones involuntarias del cerebro que rigen el funcionamiento del corazón y los pulmones. Entre las drogas encontradas en el cuerpo del cantante, durante la autopsia, estaban, entre otras, codeína, morfina, valium, valmid, placida, embutar, butabarbital y quaalum. Muere a sus 42 años el rey del rock (1935 -1977).

Una vez conocidos los relatos de vida de famosos a quienes las drogas los llevaron hasta la muerte, se orienta la reflexión a partir de las siguientes preguntas:

¿Qué pudo hacer en vida este personaje para reducir el riesgo de muerte?

¿Qué prácticas cotidianas debió cuidar para tener mejor calidad de vida?

¿Cómo sería su vida hoy si hubiese realizado prácticas de reducción de riesgo?

¿Qué recordación le harías a estos famosos si estuvieran vivos en la actualidad?

¿Qué enseñanza nos deja para la vida de los adolescentes hoy, desde la vida y muerte de estos personajes famosos?

Propuesta de acción–compromiso

Una vez observadas con detalles las siguientes señales, crear las propias señales de peligro que deben ser tenidas en cuenta cuando se tienen conductas de riesgo frente prácticas sexuales bajo el efecto de la droga.



Nota: imagen extraída de <http://www.seton.es/userFiles/upload/08104-3-ES.gif>. Recuperado el 20 de noviembre de 2011

Evaluación

Realizar un anecdotario que recoja los incidentes, conductas significativas, comentarios, dificultades y aciertos de la experiencia vivida; este registro permite captar el nivel de conocimiento y las actitudes respecto a un tema determinado. Esta actividad la puede realizar una persona que sirva de auxiliar al facilitador.

APÉNDICES

Apéndice A: Cuestionario para estudiantes

Somos un grupo de investigadores de la Fundación Universitaria Luis Amigó, que estamos llevando a cabo un estudio sobre consumo de drogas y prácticas sexuales en adolescentes de instituciones educativas de la ciudad de Medellín.

Usted y su institución han sido seleccionados para participar en esta investigación. Por ello los invitamos a contestar el siguiente cuestionario con sinceridad, responsabilidad y sin comentarlo con sus compañeros/as. Su participación es voluntaria y anónima. La información que aporte nos permitirá diseñar y desarrollar programas de prevención en salud.

Reiteramos la absoluta reserva de su identidad y respuestas

Muchas gracias por su colaboración

Marque con una x la respuesta.

I. Variables demográficas:

1. Género: Hombre _____ Mujer _____
2. Edad: _____
3. Estrato socioeconómico de residencia 1 _ 2 _ 3 _ 4 _ 5 _ 6 _
4. Tipo de institución educativa: Público: _____ Privado: _____ Cobertura _____
5. Grado que cursa: _____

II. Variables socio-familiares:

6. ¿Con quién vive? _____
7. ¿Cuál es la persona encargada de su crianza? _____
8. La comunicación en su familia es: Buena _____ Regular _____ Mala _____
9. Las relaciones en su familia son: Buenas _____ Regulares _____ Malas _____
10. En su familia hay normas: Sí _____ No _____

11. Usted cumple las normas de su familia: Siempre___ Algunas veces___ Nunca___

12. El no cumplir con las normas en su familia ocasiona: Diálogo__ Castigo__ Nada__

13. De las siguientes problemáticas ¿cuáles se han presentado en su familia?

Problemáticas Familiares	Sí	No
Consumo de alcohol problemático		
Drogadicción		
Violencia familiar		
Embarazo adolescente		
Abuso sexual		
Promiscuidad (relación sexual con varias personas)		

III. Variables psicosociales relacionadas con percepción de prácticas sexuales y consumo de sustancias psicoactivas:

1. Indique su opinión frente a las siguientes afirmaciones, teniendo en cuenta la escala que se propone. Marque con un (X).

Cuestiones	Totalmente de Acuerdo	De acuerdo	Indiferente	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
1. Al tener prácticas sexuales penetrativas por primera vez, la mujer puede quedar embarazada					
2. Me preocupa más el embarazo que las enfermedades de transmisión sexual					
3. El uso del condón permite prácticas sexuales más seguras					
4. Lo más importante de las prácticas sexuales es la penetración					
5. El uso del condón es incómodo porque se siente menos					
6. La marcha atrás (eyaculación por fuera) es un método eficaz para evitar el embarazo					
7. Si se tiene práctica sexual con penetración y no se eyacula, no se puede quedar embarazada					
8. Con la píldora (pastillas de planificar) se puede prevenir las infecciones de transmisión sexual					
9. Las enfermedades de transmisión sexual se pueden evitar con la marcha atrás (eyaculación por fuera)					

2. A continuación encontrará una lista de afirmaciones, las cuales se refieren a las creencias y sentimientos sobre situaciones que involucran el uso de alcohol y drogas con respecto a las prácticas sexuales. Marque con una equis (x) la respuesta que considere más apropiada para cada enunciado.

Cuestiones	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indiferente	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
1. Creo que las drogas y el alcohol mejoran el desempeño sexual					
2. Considero que las drogas y el alcohol mejoran las sensaciones y la sensibilidad sexual					
3. Pienso que tener prácticas sexuales bajo el efecto de una droga o el alcohol es más placentero					
4. Considero que es peligroso tener prácticas sexuales bajo el efecto de las drogas o el alcohol					
5. El consumo de alcohol-drogas me facilita tener prácticas sexuales					
6. El consumo de drogas o alcohol me da seguridad antes de la práctica sexual					
7. Mi cuerpo pide alcohol-drogas, para funcionar bien en el sexo					
8. No necesito droga ni alcohol para tener sexo placentero					
9. Me siento más aceptado sexualmente cuando consumo alcohol-drogas					
10. Si mis amigos tienen prácticas sexuales bajo efectos de las alcohol-drogas, es adecuado					
11. Tener prácticas sexuales bajo los efectos del alcohol y las drogas es una experiencia gratificante.					
12. Pienso que no existen riesgos cuando tengo prácticas sexuales bajo los efectos de la droga y el alcohol					
13. Consumir droga y alcohol me hace más interesante y deseado sexualmente					
14. Considero que cuando estoy drogado(a) o bajo los efectos del alcohol soy menos exigente al escoger mi pareja sexual					
15. Creo que cuando realizo prácticas sexuales drogado(a) o bajo los efectos del alcohol me desinhibo totalmente					
16. Para ser aceptado(a) sexualmente por mi pareja debo consumir droga o alcohol					
17. Aunque creo que es interesante realizar las prácticas sexuales bajo los efectos de las drogas y el alcohol, nunca lo he hecho					
18. Pienso que mis creencias religiosas no me permiten consumir drogas o alcohol y tener prácticas sexuales antes del matrimonio					
19. Aunque creo que el sexo grupal no va conmigo, lo he tenido solo bajo efectos de las drogas o el alcohol					
20. Siento agrado cuando me estimulan sexualmente cuando estoy bajo los efectos del alcohol o la droga					
21. Acepto que mi pareja use drogas durante la práctica sexual					
22. Me gusta tener sexo grupal sólo cuando estoy drogado(a) o bajo los efectos del alcohol					
23. Aunque me desagrada tener relaciones sexuales con el mismo sexo, lo he hecho cuando he estado drogado(a) o bajo los efectos del alcohol					
24. Desearía tener alguna vez sexo bajo los efectos de una droga o alcohol					
25. Siento que disfruto más las prácticas sexuales cuando estoy bajo el efecto de las drogas o el alcohol					
26. Me molesta pensar en lo que he hecho sexualmente bajo los efectos de las drogas o el alcohol					

3. ¿Ha recibido información sobre?

a. Drogas: Sí _____ No _____

b. Sexualidad: Sí _____ No _____

IV. Variables relacionadas con los grupos:

Se exponen a continuación algunas situaciones que a veces surgen en la relación con los grupos; (recuerde si le sucedió alguna de éstas en los últimos seis meses). Por favor en cada frase sólo marque una respuesta.

Situaciones	Nunca	Alguna vez	Muchas veces
1. Han influido en mi decisión para consumir alcohol			
2. Han influido en mi decisión para consumir drogas			
3. Han influido en mi decisión de tener prácticas sexuales bajo el efecto de alcohol-droga.			
4. Me han obligado a realizar algún tipo de prácticas sexuales, bajo los efectos del alcohol-droga			
5. Alguna persona estando bajo efectos del alcohol-droga, me ha obligado a tener una práctica sexual.			

V. Variables sobre consumo de drogas:

Si ha consumido alcohol o drogas, continúe respondiendo; de lo contrario lo invitamos a que continúe a partir de la 8.

5. ¿Ha consumido alcohol o drogas? Sí _____ No _____

6. A continuación presentamos una serie de drogas. Indíquenos si ha consumido y especifique el momento de acuerdo con la tabla. (Marque una sola opción por cada droga):

Droga	Nunca	Alguna vez en la vida	En los últimos seis meses
1. Alcohol (cualquier tipo de licor)			
2. Marihuana-cripa			
3. Cocaína-perico			
4. Basuco			
5. Éxtasis			
6. Éxtasis líquido			
7. Ruedas, cuescas, rivotril			
8. Inhalantes (Boxer, sacol)			
9. Poppers			
10. Ketamina			
11. 2cb (tucibi)			

Droga	Nunca	Alguna vez en la vida	En los últimos seis meses
13. Heroína			
14. LSD–papelitos			
15. Hongos			
16. Cacao sabanero			

7. Cuando consume ¿hace mezcla de drogas?

a. Sí ____ ¿Cuáles? _____

b. No ____

VI. Prácticas sexuales

8. ¿Ha tenido relaciones sexuales? Sí ____ No ____, Si ha respondido sí, continúe el cuestionario; si respondió no, pase por favor a la pregunta 22.

9. ¿Qué edad tenía cuando tuvo la primera relación sexual? _____

10. ¿Qué tipo de prácticas sexuales ha tenido?

Prácticas sexuales	
1. Exploratorias: bluyineo, manosear, caricias	
2. Penetrativas: vaginal	
3. Penetrativas: anal	
4. Sexo Oral	
5. Cibersexo: chat, web cámara	
6. Juguetes eróticos	
7. Masturbación	
8. Tríos	
9. Orgías (sexo en grupo)	

11. ¿Con quién ha tenido las prácticas sexuales?

a. Pareja: ____ b. Amigo(a): ____ c. Extraño(a): ____

12. ¿Cuáles fueron las razones para tener la práctica sexual? (Marca todas las que correspondan):

a. Estaba enamorado/a: ____

b. Por placer: ____

c. Mi pareja quería: ____

d. Mis compañeros/as ya tenían experiencia, y yo no: ____

- e. Tenía curiosidad: ____
- f. Había bebido: ____
- g. Estaba bajo el efecto de alguna droga: ____
- h. Me obligaron: ____
- i. Por dinero: ____
13. ¿Ha usado algún tipo de protección o método anticonceptivo en las prácticas sexuales?

Sí ____ No ____

14. ¿Qué método de protección o anticoncepción ha usado? (Señala todas las que ha usado):

Método	Siempre	Algunas veces
1. Condón		
2. Píldora o anticonceptivos orales		
3. Marcha atrás (eyacular por fuera)		
4. Inyección		
5. Cremas-geles		
6. Pastilla del día después		
7. Dispositivo		

Otro ____ ¿cuál? _____

15. Si no ha usado ningún método de protección o anticoncepción, ¿Por qué no los utiliza? (marca las tres principales razones).
- a. He tenido relación con una pareja estable: ____
- b. Mi pareja es de mucha confianza: ____
- c. Me lo prohíben mis creencias: ____
- d. Todos me caen y sientan muy mal: ____
- e. Deseo tener un hijo: ____
- f. Me da miedo los efectos secundarios: ____
- g. Me falta información para utilizarlos: ____
- h. Me resulta muy difícil conseguirlos: ____
- i. Mi pareja no quiere usarlos: ____

j. Se me olvida utilizarlo: ____

k. Estaba demasiado borracho/a o drogado/a: ____

l. La relación fue inesperada: ____

m. No lo tenía a la mano: ____

Otro __ ¿cuál? _____

16. No utilizar método de protección o anticoncepción le ha ocasionado:

a. Embarazo no deseado: ____

b. Infección de transmisión sexual: ____

c. Ninguno: ____

17. Ha tenido prácticas sexuales bajo el efecto del alcohol o la droga:

Sí ____ No____, Si respondió sí, continúe respondiendo el cuestionario; de lo contrario, pase a la pregunta 22.

VII. Prácticas sexuales y consumo de alcohol y droga

18. ¿Cuáles han sido las drogas que utiliza con mayor frecuencia al realizar las prácticas sexuales?:

DROGA	
1. Alcohol (cualquier tipo de licor)	
2. Marihuana-cripa	
3. Cocaína-perico	
4. Basuco	
5. Éxtasis	
6. Éxtasis líquido	
7. Ruedas, cuescas, rivotril	
8. Inhalantes (boxer, sacol)	
9. Popper	
10. Ketamina	
11. 2CB (tucibi)	
12. Cristal	
13. Heroína	
14. LSD - papelitos	
15. Hongos	
16. Cacao sabanero	

19. Si ha tomado alcohol o drogas, para tener relaciones sexuales, lo ha hecho para...
(señale en cada droga la razón que corresponda):

Razones	Alcohol	Marihuana-cripa	Cocaína (perico)	Éxtasis	Popper	Ruedas (cuescas, rivotril)	Heroína
1. Facilitar el inicio de las relaciones (atreverse, desinhibirse, etc.)							
2. Aumentar la excitación o las sensaciones							
3. Prolongar la relación sexual.							
4. Evitar la eyaculación precoz (venirse rápido)							
5. Por gusto							

20. ¿Cuáles de estas prácticas las ha tenido bajo el efecto del alcohol o las drogas? (Señale con una X):

Prácticas sexuales bajo efectos del alcohol o droga	
1. Exploratorias: bluyineo, manosear, caricias	
2. Penetrativas: vaginal	
3. Penetrativas: anal	
4. Sexo oral	
5. Cibersexo: chat, web cámara	
6. Juguetes eróticos	
7. Masturbación	
8. Tríos	
9. Orgías (sexo en grupo)	

21. Ha tenido prácticas sexuales cuando su pareja ha estado bajo el efecto del alcohol o la droga: Sí ____ No ____

VIII Programa de prevención:

22. ¿Qué sugerencias le harías a otros jóvenes para prevenir las prácticas sexuales bajo el efecto del alcohol o las drogas?

Gracias por permitirnos conocer tu valiosa experiencia. Tu disponibilidad y tiempo nos permitirán orientar de la mejor manera posible a los jóvenes hoy.

Apéndice B: Consentimiento informado para padres de familia

Fundación Universitaria Luis Amigó

Facultad de Psicología y Ciencias Sociales

Facultad de Derecho y Ciencias Políticas

CIRCULAR INFORMATIVA PARA PADRES DE FAMILIA

Saludo de Paz y Bien.

Preocupados por los altos índices de consumo de alcohol y otras drogas, asociados a inicios tempranos de la actividad sexual en los jóvenes de la ciudad de Medellín, con todos los riesgos que esto conlleva (embarazos tempranos, abortos, enfermedades de transmisión sexual, VIH-SIDA, entre otros), un grupo de investigadores de la Funlam con el aval y autorización de la Secretaría de Educación del municipio de Medellín y las autoridades del colegio donde estudia su hijo, estamos realizando la investigación: *Consumo de drogas y prácticas sexuales en adolescentes entre los 14 y 17 años de colegios públicos y privados de la ciudad de Medellín, 2011.*

Los investigadores garantizan el anonimato y la confidencialidad de los estudiantes y las instituciones participantes así como el tener en cuenta el consentimiento informado, mediante el cual su hijo o familiar ha sido informado que su participación es voluntaria, que se puede retirar libremente cuando lo desee, que los datos no aparecerán con nombres propios, y que la información sólo será utilizada para fines académicos y el diseño de programas de prevención e intervención.

La participación de cada estudiante sólo consistirá en contestar un cuestionario auto aplicado, el cual tiene una duración de 20 minutos.

Le enviamos esta circular para que usted esté informado de la actividad investigativa en la que participa su hijo o familiar, quien libre y voluntariamente ha aceptado, hacer parte de ésta. En caso de que usted como representante legal o acudiente, acepte la participación del estudiante en esta investigación, favor firmar y devolver.

GRUPO INVESTIGADOR FUNLAM.

DIRECTIVAS COLEGIO.

Firma Padre/madre/acudiente

Nombre del alumno

CC.

Apéndice C: Consentimiento Informado Alumnos

Fundación Universitaria Luis Amigó

Facultad de Psicología y Ciencias Sociales

Facultad de Derecho y Ciencias Políticas

Investigación

“Consumo de drogas y prácticas sexuales en adolescentes entre los 14 y 17 años de colegios de la ciudad de Medellín, 2011.

Investigación autorizada por la Secretaría de Educación del municipio de Medellín y por la institución educativa

Equipo de investigadores

Mg. Guillermo Castaño Pérez. Médico.

Mg. Eduardo Arango Tobón. Psicólogo

Mg. Carolina Montoya Montoya. Educadora

Esp. Santiago Alberto Morales Mesa. Sociólogo

Esp. Alexander Rodríguez Bustamante. Profesional en Desarrollo Familiar

Objetivo

Analizar la relación existente entre el uso de sustancias psicoactivas y las prácticas sexuales de los adolescentes de colegios públicos y privados de la ciudad de Medellín, a partir de factores psicosociales que pueden incidir en ello, con el fin de presentar lineamientos que aporten al diseño de programas de promoción, prevención e intervención acordes con las nuevas aproximaciones teóricas y contextuales de una sexualidad responsable.

Apéndice D: Consentimiento Informado Rectores

Fundación Universitaria Luis Amigó

Facultad de Psicología y Ciencias Sociales

Facultad de Derecho y Ciencias Políticas

Investigación

“Consumo de drogas y prácticas sexuales en adolescentes entre los 14 y 17 años de colegios de la ciudad de Medellín, 2011.

Investigación autorizada por la Secretaría de Educación del municipio de Medellín.

Equipo de investigadores

Mg. Guillermo Castaño Pérez. Médico.

Mg. Eduardo Arango Tobón. Psicólogo

Mg. Carolina Montoya Montoya. Educadora

Esp. Santiago Alberto Morales Mesa. Sociólogo

Esp. Alexander Rodríguez Bustamante. Profesional en Desarrollo Familiar

Objetivo

Analizar la relación existente entre el uso de sustancias psicoactivas y las prácticas sexuales de los adolescentes de colegios públicos y privados de la ciudad de Medellín, a partir de factores psicosociales que pueden incidir en ella, con el fin de presentar lineamientos que aporten al diseño de programas de promoción, prevención e intervención acordes con las nuevas aproximaciones teóricas y contextuales de una sexualidad responsable.

Consentimiento Informado

Yo _____, mayor de edad, identificado con cédula de ciudadanía número _____ de _____, Rector y representante legal del Colegio _____ declaro que conozco los objetivos de la presente investigación y que estoy informado que: esta es voluntaria, anónima y confidencial; que el alumno se puede retirar libremente cuando lo desee; que los datos no aparecerán con nombres propios; y que la información sólo será utilizada para fines académicos y el diseño de programas de prevención e intervención; por tal razón doy mi autorización para que esta investigación sea realizada en la institución y para tal efecto firmo, en Medellín a los ____ del mes _____ de 2011.

Firma y número de cédula del Rector

Apéndice E: Métodos de protección y anticonceptivos

Salud es definida por la Organización Mundial de la Salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. (OMS, 1946). La salud sexual y reproductiva (SSR) se reconoce como un componente integral de la salud general. (Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, 1994). Es un derecho que incluye el derecho a la integridad sexual, a la seguridad sexual del cuerpo, a la privacidad, a la igualdad, al amor, a la expresión, al derecho a elegir, y a la educación y al acceso a la atención de salud. La SSR no atañe solo al periodo reproductivo sino que enfatiza la salud a lo largo del ciclo de la vida de los individuos (Bernstein, 2006). Se considera como un elemento constitutivo de la salud ya que contribuye a determinar los niveles de ésta a lo largo del curso de vida de las personas: niñez, adolescencia, periodo reproductivo, menopausia y vejez.

Entender la relación entre SSR y calidad de vida-bienestar es un elemento fundamental para evaluar el impacto de la salud sobre la calidad de vida-bienestar de la población. La importancia de la SSR surge por varias razones. Primero, la SSR lleva implícitos los derechos reproductivos de tener información, tener acceso y recibir servicios de protección y planificación familiar, los cuales permiten reducir los embarazos no deseados, las ITS y el VIH-SIDA

En las últimas décadas se ha observado una tendencia a una mayor liberalización de los comportamientos y actitudes sexuales en el mundo occidental. Esta tendencia, ha sido constatada en numerosos estudios (Hatano, 1991; Olsen, Jensen y Greaves, 1991) y se manifiesta de forma especial entre los adolescentes.

El comportamiento sexual en este grupo etéreo suele formar parte de un estilo de vida en el que se incluyen además conductas como consumo de tabaco, alcohol y drogas, actividad deportiva, etc., que tienen unos determinantes eminentemente socioculturales (Mendoza, Batista y Oliva, 1991), citado por Oliva, Serra, Vallejo (1997).

- El miedo a delatarse como sexualmente activos constituye otro serio obstáculo para los jóvenes. Ir a un centro de planificación y usar métodos aumenta el riesgo de que los padres descubran su actividad sexual.
- Las dificultades para acceder a servicios de información sexual y contraceptiva debido a su no disponibilidad y difícil accesibilidad (Meredith, 1987), al desconocimiento de su existencia, al temor a recibir un trato moralista y a perder el anonimato (De Regt, 1986), entre otros motivos.
- Las características propias de la adolescencia, que hacen que este período de inseguridad, impulsividad e intereses inmediatos, no sea el momento más apropiado para la conducta

contraceptiva planificada: las posibles consecuencias les parecen abstractas y lejanas (De Regt, 1986).

- No tener suficientes habilidades sociales para conseguir información y anticonceptivos, o para hablar sobre el tema con la pareja (Cvetkovich y Grote, 1981).
- Tener unas pobres expectativas de futuro.
- En las chicas, mantener una actitud ambigua o ambivalente ante el embarazo de forma que, inconscientemente, la maternidad sea vista como algo atractivo que culmina su feminidad (Colectivo de mujeres de Boston, 1976).

A todo ello habría que añadir aquellas variables socio-demográficas que distintas investigaciones han relacionado con el uso poco eficaz de anticoncepción: la edad, el nivel educativo, la clase socio-cultural, el tener pareja estable, las creencias religiosas, los mitos y tabúes. (Oliva, Serra, Vallejo, 1997). Con respecto a esto último, son múltiples los que tienen los jóvenes y que aumenta el riesgo de embarazos tempranos no deseados, ITS y VIH-SIDA. (Sobre los mitos y creencias ver anexo F).

¿Cómo tomar decisiones sobre la sexualidad genital?

Antes de tomar la decisión de iniciar actividades sexuales, un adolescente debe responder a las siguientes preguntas:

¿Tiene claridad sobre cuáles son sus deseos y cuál es la decisión que quiere tomar? Esto es importante porque así podrá diferenciar si lo que está en juego son sus deseos o si va a hacer algo por presión. Todo esto va a permitir que quien decida realmente lo que quiere, seas él, es decir, que sea una decisión libre.

¿Cuenta con la información necesaria que le permita tomar una decisión? Esta información debe ser clara, sencilla y verdadera (no basada en mitos o falsas creencias). Además debe venir de fuentes confiables de información, por lo que debe recurrir a personas adultas de su confianza, a alguna persona del centro de salud, a algún amigo o amiga que haya recibido capacitación sobre sexualidad, etc.

¿Sabe con cuál decisión se va a sentir mejor? Tiene que saber cuáles son sus sentimientos sobre tomar una decisión u otra. Esto le va a ayudar a tener más claridad sobre lo que realmente quiere y a que se decida por lo que va a ser mejor para su bienestar y tranquilidad personal.

¿Sabe cuáles son las ventajas y desventajas de cada posible decisión? Así podrá tener claridad de los riesgos a los que se enfrenta (por ejemplo, embarazo, ITS, VIH-SIDA, culpa) y asumir con responsabilidad las posibles consecuencias.

¿Implica esa decisión algún daño físico o emocional para él o su pareja? Si es así, entonces no es una decisión adecuada. La sexualidad se debe vivir sanamente, es decir sin ningún riesgo para su salud física, emocional, espiritual y mental, ni la de su pareja.

¿Está tomando en cuenta las cosas que le han enseñado y lo que ha aprendido sobre la sexualidad? Es importante que la decisión que tome no vaya en contra de sus valores y principios, y termine sintiéndote mal. Esto también implica que revise críticamente los mensajes sociales sobre la sexualidad que podrían limitar su libertad y realización como persona.

¿Sabe cuáles responsabilidades adquiere con sí misma/o y con su pareja al tomar esa decisión? Cualquier decisión que tome implica un nivel de responsabilidad con sí misma/o y con la otra persona. Lo que decida va a afectar a sí mismo y a su pareja, no sólo en la parte física, sino también los sentimientos. Por eso, tiene que cuidarse y cuidar al otro(a) de cualquier riesgo físico, mental, emocional o espiritual.

Después de haber tomado una decisión sobre la sexualidad genital, es posible que el joven haya optado por no tener aún relaciones sexuales genitales o coitales, o sea por la abstinencia, o que decida iniciar su vida sexual genital o coital. Cualquiera que haya sido su decisión, es importante que conozca los distintos métodos de protección para la sexualidad genital. Existen distintos métodos que lo protegen a él y a su pareja de un posible embarazo o de una infección de transmisión sexual (ITS) y el VIH-SIDA. Es importante recordar que sólo el condón y la abstinencia lo protegen de ambas cosas, y además que el único método 100% seguro es la abstinencia.

La abstinencia. Es el único método 100% seguro para protegerse del embarazo y de las ITS, VIH-SIDA. Para abstenerse es necesario que la persona esté muy convencida de su decisión y que tenga fuerza de voluntad, para hacerle frente a las presiones sociales (por ejemplo de su pareja, amigos/as, etc.).

- Algunas de sus ventajas son:
- No requiere utilizar ningún instrumento.
- No implica ningún gasto.

Métodos anticonceptivos. Los métodos anticonceptivos son objetos, sustancias y procedimientos que se utilizan de manera voluntaria para regular la capacidad reproductiva de una persona o una pareja con el fin de evitar un embarazo no planeado y en casos como el condón, prevenir infecciones de transmisión sexual. (Caja Costarricense del Seguro Social, 2005).

El conocimiento sobre el uso de métodos anticonceptivos permite tomar decisiones oportunas y adecuadas sobre la sexualidad y la reproducción de manera libre, responsable e informada y contribuye al ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de las personas, y a mejorar y mantener el nivel de salud.

Los métodos contraceptivos se clasifican en:

1. Anticonceptivos hormonales

- Anticonceptivos hormonales combinados orales
- Anticonceptivos sólo de progesterona o minipíldora
- Anticonceptivo de emergencia o píldoras postcoitales
- Inyectables mensuales
- Gestágenos de depósito

2. Anticonceptivos de barrera

- Preservativos (condón)
- Masculino
- Femenino
- Diafragma

3. Dispositivos Intrauterinos

- DIU (T de cobre)

4. Anticonceptivos químicos

- Cremas
- Jaleas
- Espumas
- Tabletas
- Óvulos vaginales
- Esponjas

5. Esterilización (No aplicable en adolescentes)

- Vasectomía (hombre)

- Ligadura de trompas (mujer)

6. Métodos naturales (desaconsejados en adolescentes)

- Calendario–método del ritmo
- Moco cervical
- Temperatura basal

Anticonceptivos hormonales

Las pastillas anticonceptivas: Son medicamentos que se toman por vía oral (por la boca) y que están compuestos por unas sustancias llamadas estrógeno y progesterona, que son hormonas sintéticas.

Estas pastillas evitan la producción de los óvulos, impidiendo que se produzca un embarazo. También afectan la consistencia del moco cervical, lo que dificulta el paso de los espermatozoides.

La píldora debe tomarse todos los días a la misma hora, durante 21 días consecutivos. Algunos tipos de pastillas traen 21 píldoras, por lo que cuando se ha terminado el paquete se debe esperar siete días para iniciar otro paquete, y así sucesivamente. Otras presentaciones de pastillas traen 28 píldoras, de las cuales 21 tienen hormonas y las otras siete -que son de distinto color y no tienen hormonas- sirven para que no se pierdan las cuentas y no se olvide cuándo empezar otro paquete. En estos casos, cuando se acaban todas las píldoras no se descansa ningún día, sino que inmediatamente se empieza a tomar el otro paquete.

Cuando por primera vez se inicia con este método, se debe tomar la primera pastilla el primer día del ciclo menstrual (o sea el día en que llega el sangrado). Para que este método funcione, se debe tomar una pastilla cada día. Si se diera algún olvido, esta debe tomarse inmediatamente y después ingerir la siguiente a la hora en que se acostumbra. Después se debe continuar tomando el resto como siempre. Pero en caso de que se olviden dos o más pastillas, se debe tomar una apenas se recuerde, tomar el resto del paquete como de costumbre y utilizar algún otro método o abstenerse durante lo que queda del mes, ya que la protección no está garantizada. Si se decide utilizar este método, se debe acudir al médico(a) para que indique cuál tipo de pastilla es más recomendable para cada persona. En el caso de mujeres adolescentes, se recomiendan pastillas con bajas dosis hormonales, pero siempre debe realizarse todo un chequeo para conocer las características y posibles trastornos de la salud de la persona.

Sus ventajas son:

- Si se toman correctamente, son muy eficaces para evitar el embarazo.

- Se pueden tener relaciones coitales el día que se desee, porque protegen durante todo el mes.
- Disminuye la mayoría de trastornos del ciclo menstrual, regulan la menstruación y los sangrados abundantes.
- Es un método de planificación reversible, por lo que se puede dejar de tomarlas y embarazarse sin problemas.
- Entre sus desventajas se encuentran:
- No dan protección contra Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y VIH-SIDA.
- Pueden producir efectos secundarios como: dolor de cabeza, mareos, ligeros cambios de peso, náuseas, etc., especialmente durante los tres primeros meses en que se toman. Sin embargo, estas molestias son pasajeras.
- Requiere de una gran disciplina por parte de la mujer, para que no se le olvide tomarlas; aunque el hombre también puede colaborar recordándole a ella la hora de tomar la pastilla.
- Otras cosas que se deben saber cuándo se toma la decisión de tomar anticonceptivos orales:
- Durante el primer mes de uso la protección no es tan efectiva, por lo que se recomienda utilizar también el condón u otro método de protección.
- Se recomienda tomarlas de noche y asociadas a alguna rutina como el cepillado de dientes, lavado de cara, lectura de un libro antes de dormir, etc.

Las inyecciones: Están compuestas de hormonas sintéticas, que se van gastando en el cuerpo de la mujer lentamente durante uno o más meses. La inyección protege del embarazo porque impide que los óvulos salgan de los ovarios y hace que el moco cervical se vuelva más espeso, lo que dificulta el paso de los espermatozoides al cuello de la matriz. Se aplica en la cadera durante los primeros cinco días después de haber empezado la menstruación. Después se vuelve a poner al mes, dos o tres meses, según el tipo de inyección, y así sucesivamente. Sin embargo, para mujeres adolescentes se sugiere la inyección mensual, porque esta es la que tiene una dosis baja de hormonas. Para usar este método se debe recordar que, se debe acudir primero al médico(a) para que valore y aconseje cuál es la mejor opción.

Las ventajas de este método son:

- Tiene una alta eficacia para evitar embarazos.
- Su aplicación es difícil de olvidar.

- Su utilización asegura privacidad (no se cargan en la cartera o se tienen que esconder, como las pastillas).
- Tiene beneficios contra el cáncer de ovario y endometrio, enfermedades inflamatorias pélvicas y endometriales, quistes en ovarios y mamas, embarazo ectópico (fuera del útero) y previene la anemia.
- Tiene algunas desventajas como:
 - No protege de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y VIH-SIDA
 - Si hay efectos secundarios o molestias no desaparecen inmediatamente, porque las sustancias se eliminan del cuerpo lentamente.
 - Puede producir algunos trastornos menstruales.

Anticonceptivos de depósito

Implantes: Es un método anticonceptivo de acción prolongada que proporciona a la mujer protección por cinco años continuos. Se trata de seis cápsulas delgadas que se implantan en el brazo y que contienen hormonas (levonorgestrel). En Colombia se consigue como Norplant®

Entre los efectos adversos los más registrados son los cambios en la menstruación, acné, náuseas, mareos, nerviosismo, dolor de cabeza y dolor en los senos. No es recomendado para adolescentes.

Anticonceptivo de emergencia o píldoras postcoitales

La píldora del día después o píldora del día siguiente es la denominación para un grupo reducido de anticonceptivos de emergencia femeninos orales formado por los medicamentos acetato de ulipristal, mifepristona y levonorgestrel. Estos medicamentos se utilizan para prevenir los embarazos no deseados y los embarazos adolescentes desde las primeras horas y hasta los tres a cinco días (72 a 120 horas) después de haber tenido relaciones sexuales sin protección. Su eficacia es del 75% al 89%.

En caso de una relación sexual no protegida se puede utilizar la anticoncepción de emergencia (AE) o anticoncepción alternativa, que es un método que tiene la ventaja de usarse inmediatamente después de haber tenido relaciones sexuales no planeadas o imprevistas. La AE son pastillas anticonceptivas de uso normal, ingeridas en dosis concentradas y en corto tiempo.

Es importante aclarar que es un anticonceptivo que surte efecto antes de un embarazo, por esta razón no es un método abortivo, pero tampoco es un método de planificación familiar que se pueda utilizar de forma habitual.

La protección anticonceptiva está limitada a la ingesta de las pastillas en forma correcta. No existen contraindicaciones conocidas a la fecha, para su uso ocasional.

Forma de uso: Hay dos posibilidades para el manejo de la AE, de acuerdo con la dosis y al número de pastillas. Si se utilizan pastillas que contengan progestinas y estrógenos de alta dosis se toman dos juntas dentro de las primeras 72 horas siguientes a la relación sexual no protegida. La dosis debe repetirse doce horas después. Si se utilizan pastillas de dosis bajas de estrógeno y progestina, se deberán tomar cuatro pastillas juntas en la primera dosis, y cuatro más, 12 horas después.

El tratamiento debe iniciarse tan pronto como sea posible dentro de las 72 horas posteriores a la relación sexual no protegida. Es importante subrayar que tomar una dosis mayor no aumenta la eficacia anticonceptiva y que si no se toma dentro de las primeras 72 horas siguientes a la relación sexual, el método perderá eficacia.

Los efectos colaterales más frecuentes son: náusea, vómito, congestión mamaria, dolor de cabeza, vértigo y mareo. Es recomendable tomar las pastillas acompañadas con alimentos. En caso de que ocurra vómito dentro de la primera hora siguiente a la toma de las pastillas, será necesario repetir la dosis. Si el vómito es severo, se puede recurrir a la administración vaginal de las pastillas.

Ventajas:

- Pueden usarse después de realizar el coito (dentro de los tres días siguientes -72horas-)
- Posibilidad de continuar usando pastillas anticonceptivas regulares.

Desventajas:

- No protege contra infecciones de transmisión sexual, ni VIH-SIDA.
- Debe usarse dentro de las 72 horas posteriores al acto sexual (levonogrestrel) o en las 120 horas siguientes (acetato de ulipristal); su eficacia es mayor en las 24 horas siguientes al coito y va disminuyendo con el paso del tiempo.
- Efectos adversos. Muy frecuentes: mareos, dolor de cabeza, náuseas, dolor en la parte baja del abdomen, aumento de la sensibilidad en las mamas, retraso en la menstruación excepcionalmente intensa, sangrado, fatiga; frecuentes: diarrea y vómitos.

Anticonceptivos de barrera

El preservativo o condón masculino: Este es el único método que te protege de embarazos y de las ITS, VIH-SIDA al mismo tiempo, siempre y cuando se coloque y utilice adecuadamente.

El preservativo es una pequeña bolsa elástica de látex, que se fabrica en varias formas y colores. Se coloca en el pene, antes de la relación sexual, por lo que retiene el semen y evita que los espermatozoides se pongan en contacto o entren a la vagina. Así se impide la fecundación o el contagio de una ITS, VIH-SIDA.

Para usarlo, se debe romper con los dedos el sobre en el que se encuentra y desenrollar el condón sobre el pene erecto antes de cualquier contacto genital. Esto porque el líquido que sale del pene cuando hay excitación también contiene espermatozoides, lo que implica un riesgo de embarazo o de contagio de ITS, VIH-SIDA.

Además, se debe tener cuidado de dejar un espacio en el extremo del condón (como un pedacito de bolsa) sobre la punta del pene, para que allí se deposite el semen. Esta bolsita debe apretarse mientras se coloca el condón, a fin de que no quede aire dentro y el condón se pueda romper durante la penetración. Así se debe desenrollar hasta el final, llevando el borde del condón a la base del pene para que durante la penetración el condón no se salga.

Después de que el hombre eyacula, y antes de que pierda la erección, el condón se quita del pene sosteniéndolo por la base, para evitar que el semen se salga y llegue a la vagina. Luego se le hace un nudo y se bota en un basurero.

Algunas de las ventajas de utilizar el condón son:

- Protege al mismo tiempo de embarazos, ITS y VIH-SIDA.
- Se consigue fácilmente (tiendas, supermercados, farmacias y centros de salud).
- Es barato.
- Su venta no requiere receta médica.
- No se debe ser mayor de edad para comprarlo.
- Es fácil de llevar.
- Su colocación puede ser parte del juego sexual antes de la penetración.
- No produce complicaciones en la salud, ni efectos secundarios.
- Lo pueden portar hombres y mujeres.

Sus desventajas son:

- Puede causar una especie de alergia o sensibilidad, que se siente como un ardor o picazón en el pene o la vagina. Esto es muy poco frecuente, pero en ese caso es mejor consultar al médico(a) y dejar de utilizarlo.
- Se debe utilizar uno nuevo cada vez que se tiene un coito.
- Si no se coloca bien o se rompe, se debe poner inmediatamente en la vagina algún espermicida para impedir el paso de los espermatozoides al útero.

Existen algunos mitos o ideas erróneas que pueden afectar la decisión de utilizar el condón. Por ejemplo que “no se siente”, “mata la pasión porque hay que detenerse y ponérselo”, entre otros. Sobre esto hay varias cosas que se deben saber. El condón es fabricado de un material delgado que no bloquea la sensación de placer en los genitales; además generalmente contienen lubricantes para facilitar la penetración y esto provoca un gran disfrute a ambas personas.

Por otro lado, la colocación del condón no tiene que verse como un alto en el erotismo y excitación que se vive en el momento del encuentro coital, sino que puede ser parte del juego amoroso, especialmente si la mujer participa en la colocación del mismo.

También es importante saber lo siguiente:

No es conveniente llevar el condón en los bolsillos o billeteras, porque el calor daña el látex y dilata los poros del condón, permitiendo el paso de espermatozoides o de las bacterias o virus que propician ITS, VIH-SIDA.

El material con el que está fabricado el condón debe ser látex, porque es el único que protege.

Se debe revisar la fecha de vencimiento en el empaque del condón. En caso de que no la traiga, se debe ver la fecha en que fue fabricado y sumarle cuatro años, para darse cuenta si está vencido. En ese caso, no se debe usar.

Para comprobar que el empaque no esté roto y que el condón esté en buen estado, se debe sentir el aire que tiene por dentro, presionándolo con suavidad con los dedos. Si el empaque se siente pegado al condón no se debe usar.

Los condones pasan por pruebas de calidad que aseguran su efectividad. Por eso, no se le debe hacer ninguna prueba al condón una vez abierto, como inflarlo o llenarlo de agua. Esto más bien puede dañarlo y además, el condón no se puede colocar correctamente en el pene si ya ha sido desenrollado.

El condón no se debe abrir con los dientes, uñas, tijeras o cuchillos, pues esto puede dañarlo sin darnos cuenta.

En caso de utilizar un lubricante extra al que trae el condón, este debe ser con base de agua y no de aceite, pues este daña el látex.

Siempre debe utilizarse un condón nuevo en cada relación. No se puede lavar o volver al revés, para usarlo otra vez. Si en un mismo encuentro se dan varias penetraciones, se debe usar un condón cada vez.

Es preferible utilizar el condón siempre, aunque solo se tenga una pareja, ya que no podemos tener completa seguridad de que él o ella siempre se han protegido, así que es mejor cuidarse siempre.

El condón femenino: tiene una eficacia del 95 al 71%, aumentando con la continuidad del uso. No se han comprobado fallas del tipo rotura. La falla más frecuente es la penetración del semen por fuera del anillo que cubre la vulva o su desplazamiento hacia el interior de la vagina.

Se trata de una vaina flexible de poliuretano autolubricado 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 y por donde se introduce el pene.

Ventajas: permite que la mujer pueda ejercer su propio cuidado.

Desventajas: requiere adiestramiento para su colocación.

El dispositivo intrauterino (DIU o “T” de cobre): son pequeños objetos de plástico a los que se les pueden agregar otras sustancias que aumenten su capacidad anticonceptiva. Se colocan a través de la vagina dentro del útero o matriz de la mujer.

La “T” de cobre, debe su nombre a que tiene forma de T y está forrada en alambre de cobre. Tiene unos hilos que cuelgan del lugar donde se une la apertura del cuello uterino y la vagina, y sirven para asegurarse de que el aparato esté en su lugar o para quitarlo.

El DIU no permite la fecundación del óvulo porque convierte al útero en un ambiente inadecuado para los espermatozoides, ya que, por ejemplo, produce alteraciones en el endometrio que bloquea los mecanismos de respiración de estos, o también produce enzimas que los inmovilizan y destruyen. Por eso, es mentira que el DIU sea abortivo.

El dispositivo se pone en el útero utilizando un aplicador especial, pero sólo puede ser colocado por un médico(a) capacitado para esto. Puede colocarse cualquier día, pero es más recomendable hacerlo durante la menstruación o inmediatamente después de esta, ya que es cuando el cuello del útero está más abierto.

La utilización de este método solo debe darse con asesoría del médico(a), ya que en el caso de mujeres adolescentes existen criterios diversos que podrían indicar que no es el adecuado para ellas. Por eso, se debe consultar si es la opción indicada o si se recomienda otro método.

Los DIU no se recomiendan para las adolescentes que no han tenido hijos ni para las que tienen contactos sexuales múltiples.

Las ventajas de este método son:

- Es eficaz y seguro para evitar embarazos
- Puede usarse durante varios años.
- No se tiene que estar pendiente de tomar un anticonceptivo, o usar un método cada día o cada vez que se tiene una relación coital.
- Una vez que se aplica no hay más gastos de dinero.
- Solo requiere visitas al médico(a) cada seis meses o cada año.
- Se coloca y retira fácil y rápidamente.
- No afecta la fertilidad cuando es retirado.
- También tiene algunas desventajas como:
- No protege de ITS y VIH-SIDA.
- Puede ser dolorosa y molesta su colocación.
- Tiene algunos efectos secundarios como: sangrados entre reglas, dolor durante la menstruación, sangrado abundante y más prolongado. El organismo puede llegar a expulsarlo.
- Puede aumentar la posibilidad de tener una enfermedad inflamatoria crónica si se tienen varios compañeros sexuales.
- Si ocurre un embarazo teniendo el DIU pueden darse complicaciones.

Anticonceptivos químicos

Los espermicidas: Son sustancias químicas que se colocan dentro de la vagina antes del coito. Su forma de actuar es eliminar o paralizar a los espermatozoides. Son un método de planificación complementario (o sea que nunca debe usarse como único método), por lo que se recomienda utilizarlos en conjunto con el condón para obtener más protección.

Los hay de diversos tipos: espumas, jaleas, cremas, óvulos, esponjas vaginales, y tabletas vaginales. Para aplicarlo, se introduce en la vagina como mínimo 15 minutos antes del coito. Si se da otra penetración, debe volver a aplicarse. También puede aplicarse sobre el condón, una vez que el hombre lo tenga puesto.

Cuando se utilizan, la mujer debe evitar bañarse o lavarse inmediatamente después de haber tenido la relación, pues esto puede limitar la protección contra el embarazo que brinda el espermicida. En caso de realizarse algún lavado vaginal, se recomienda esperar seis horas después del acto sexual.

Algunas de sus ventajas son:

- No requiere receta médica.
- Son baratos.
- Se aplican fácilmente.
- Se pueden combinar con otros métodos para tener más protección.
- No causan complicaciones de la salud.
- Dan mayor lubricación durante el coito.
- Además tiene las siguientes desventajas:
- No protege de ITS y VIH-SIDA.
- Baja efectividad en la prevención del embarazo.
- Su aplicación puede interrumpir la relación.
- Pueden causar alergia.

Los métodos naturales

Estos métodos se basan en el ciclo ovárico y en la vida del óvulo y el espermatozoide. Su principio general es abstenerse durante los días de fertilidad de la mujer, para reducir la posibilidad de un embarazo.

Para que sean efectivos se necesita que la mujer tenga ciclos menstruales muy regulares, lo cual es poco probable en las adolescentes. También requiere de un gran conocimiento del propio cuerpo y de sus procesos reproductivos, cosa que también es difícil para las adolescentes por los cambios que están viviendo. Por eso no es muy recomendado para jóvenes.

Las ventajas de estos métodos son:

- Tienen bajo o ningún costo económico.
- No causan complicaciones de la salud.
- Permiten mayor comunicación entre la pareja.
- No tienen efectos secundarios.
- Contribuyen a que se comprenda la propia fertilidad y la de la pareja.

Sus desventajas son:

- No protegen de ITS y VIH-SIDA.
- No son tan eficaces como otros métodos para prevenir embarazos.
- Es necesario tener periodos de abstinencia.
- Se requiere de mucha constancia y dedicación.
- Se necesita tener mucho control de los impulsos sexuales, para abstenerse durante ciertos días.
- Se necesita de mucho tiempo para aprenderlos y usarlos.
- Existe alguna posibilidad de que se dé el embarazo mientras la mujer se encuentra con la menstruación.

Los métodos falsos

Existen algunas prácticas que se utilizan con la finalidad de evitar el embarazo, pero que implican un gran riesgo de que este ocurra. La más común es el coito interrumpido (“coitus interruptus”) que consiste en que el hombre “se salga” o retire el pene de la vagina antes de que tenga el orgasmo y eyacule.

El problema de este método es que durante el tiempo antes a la eyaculación, al hombre le sale un líquido por el pene que también contiene espermatozoides, por lo que hay probabilidades de que embarace a la mujer. Además este método tampoco protege de ITS y VIH-SIDA, por el contacto directo entre las mucosas del pene y la vagina. Requiere de un gran conocimiento y control por parte del hombre de sus respuestas físicas ante la excitación, para que pueda identificar el momento exacto antes de tener el orgasmo. Esto puede ser un tanto difícil para los adolescentes, que se encuentran descubriendo su cuerpo y la forma en que este reacciona.

También puede causar frustración e insatisfacción, porque el acto sexual debe ser interrumpido. El disfrute de la relación se puede ver obstaculizado, y pueden darse problemas de salud a nivel sexual y psicológico, por la presión de tener que quitarse antes de eyacular.

Hay otras prácticas que más bien responden a creencias falsas sobre la anticoncepción. Algunas de estas son:

- Tener relaciones sexuales coitales durante la menstruación, en tanto se considera que no hay ninguna probabilidad de que ocurra un embarazo. Sin embargo, la posibilidad de embarazo sí existe, es real.
- Utilizar duchas vaginales después de la relación sexual, porque se cree que así se mata a los espermatozoides. Esto no es cierto, ya que estos se desplazan muy rápidamente y logran escapar de los efectos de la ducha.
- Poner productos (como vinagre, pastillas anticonceptivas, espermicidas, otros) dentro de la vagina después del coito, para matar a los espermatozoides, o que la mujer orine inmediatamente después de las relaciones sexuales, para evitar el embarazo. Ya se sabe que después de la relación coital, si los espermatozoides ingresaron a la vagina, no hay nada que los pueda eliminar.
- Ponerse de pie o brincar después del coito, para que los espermatozoides no puedan llegar al óvulo, o para que se salgan de la vagina. Sabemos que los espermatozoides viajan a altas velocidades y que una vez dentro de la vagina, inician un recorrido que no se puede detener con ejercicios o posiciones corporales.

Apéndice F: Mitos y tabúes sobre la sexualidad

Cuando se carece de información real y objetiva se suelen tener falsas creencias que se arraigan. El tema de la sexualidad ha sido un tema tabú, negado, del que poco se habla o se habla con prejuicios. Cuando los niños hacen preguntas sobre el tema, la respuesta muchas veces es “cuando seas mayor lo entenderás”, “eres demasiado niño(a) para estas cosas”.

Las primeras preguntas relacionadas con el sexo, suelen ocurrir a los tres o cuatro años y están relacionadas con el aparato genital. Entre los cuatro y los cinco años se pregunta por el origen de los niños. A los cinco o seis, sobre cómo se hacen los niños. Dependiendo de las respuestas, se sigue preguntando y se quedará con claridades o vacíos. Cuando se llega a la adolescencia se empieza a hablar de esto con los amigos y la información que se obtiene por lo general es la misma que se tiene, complementándose esta con fuentes nada fiables como revistas, películas o comentarios jocosos que nos presentan una visión muy reduccionista e incluso dañina de la sexualidad.

En muchas ocasiones, antes de experimentar ciertas situaciones se fantasea sobre ellas, rodeándolas de una especie de misterio y convirtiendo algo que es lo más normal del mundo en otra cosa totalmente diferente e idealizada y a veces errada. Así se establecen conocimientos sobre el sexo de una forma que no tiene nada que ver con la realidad y se producen situaciones que crean mitos, falsas creencias, ansiedades, miedos y que pueden acarrear consecuencias negativas para la salud física y mental.

Mitos más frecuentes

Los mitos y creencias presentadas aquí fueron publicadas en una guía para uso de métodos anticonceptivos para jóvenes de Uruguay (Ministerio de Salud Argentina, 2005), los cuales por la similitud de éstos en Colombia se presentan a continuación. Es muy probable que algunos de ellos parezcan absurdos, pero todos ellos han sido formulados por jóvenes.

Con esto se espera que la próxima vez que te encuentres con ellos, se caiga en la cuenta de que son ideas erróneas y puedan ser refutados con argumentos de valor.

No es verdad que...

El pene cuanto más grande, más placer producirá. El placer no está relacionado con el tamaño de los genitales por varias razones:

Las paredes de la vagina son lo suficientemente flexibles como para acomodarse al tamaño del pene. Si dividimos la vagina en tres partes, sólo el tercio externo tiene las terminaciones nerviosas suficientes para hacerla una zona sensible; el resto, los dos tercios internos, son prácticamente insensibles. Además la parte más excitable de la mujer, el clítoris, se halla en la vulva (órganos genitales externos), y para su estimulación no interviene el tamaño del pene.

Por otro lado, los penes presentan mucha variabilidad en color, tamaño y forma cuando están en reposo, pero cuando se ponen en erección las diferencias se minimizan.

Todos los chicos tienen que operarse de fimosis. El pliegue de piel que recubre el glande (extremo del pene) se llama prepucio. A veces este prepucio es muy estrecho, de forma que cuando un joven intenta retraer el prepucio detrás del glande le resulta imposible o muy doloroso. A esto se le denomina fimosis. En este caso es aconsejable acudir a la consulta médica para determinar si necesita una cirugía.

Por otro lado, el frenillo es una tirilla que une el glande con el prepucio por la parte inferior. A veces este frenillo es muy pequeño, de forma que hace doloroso el acto de echar hacia atrás el prepucio, aunque en este caso sí se puede retraer detrás del glande. Como en el caso anterior, es conveniente acudir a especialistas.

Si la chica no llega al orgasmo, no hay probabilidad de embarazo. La probabilidad de que haya embarazo no depende de si la chica llega o no al orgasmo en una relación con penetración, sino de que un espermatozoide entre en contacto con el óvulo.

Si la chica está con la menstruación, no hay posibilidad de embarazo. Cuando la chica está menstruando (está con la regla) hay menos posibilidades de embarazo, pero el ciclo menstrual está influenciado, entre otros, por factores emocionales que pueden variar el ciclo hormonal y producir una doble ovulación en un mismo mes. Es decir, que siempre tenemos que hablar de mayor o menor probabilidad, pero no debemos hablar de que sea imposible.

En la primera vez, no hay probabilidad de embarazo. La primera vez que se mantiene una relación con penetración existe la misma probabilidad que en el resto de las ocasiones. Todo depende del momento del ciclo menstrual en el que se encuentre la chica.

Si lo haces de pie, no hay posibilidad de embarazo. La probabilidad de embarazo no depende de la postura. Desde el momento en que hay penetración, independientemente de la postura utilizada hay probabilidad de embarazo.

Si la penetración no es muy profunda, (solo la puntica), no hay probabilidad de embarazo. No es necesario que la penetración sea profunda para que haya embarazo. Incluso puede haber embarazo sin que haya existido penetración. Si el chico eyacula (expulsar el semen) en la vulva (cerca de la entrada de la vagina), aunque no haya habido penetración, existe la posibilidad de que algún espermatozoide se introduzca en la vagina a través del flujo vaginal.

Mientras la mujer está en el período de lactancia, no haya posibilidad de embarazo. Antes se creía que después de un parto, mientras la madre daba de mamar al bebé, no había posibilidad de embarazo. Algo de cierto hay, ya que parece ser que la lactancia demora el retorno de la menstruación, la ovulación y la concepción después del parto; pero no podemos determinar con seguri-

dad la duración de dicho periodo, con lo cual no debemos considerar la lactancia como un método anticonceptivo.

La marcha atrás es un método anticonceptivo eficaz. La marcha atrás consiste en extraer el pene de la vagina antes de eyacular. Durante mucho tiempo se ha considerado método anticonceptivo. Como método anticonceptivo no es eficaz, pues el hombre, antes de eyacular, tiene secreciones que pueden llevar espermatozoides y, por lo tanto, tener capacidad fecundante. Además de no ser efectiva, la marcha atrás es un método incómodo, tanto para él como para ella.

Los preservativos son un mal método anticonceptivo porque se rompen frecuentemente. Los preservativos son los únicos métodos que, además de prevenir un embarazo no deseado, nos pueden prevenir de enfermedades de transmisión sexual. Para evitar su rotura debemos primero asegurarnos de que están homologados, y no caducados, y segundo, de guardarlos y colocarlos correctamente.

La mayoría de las roturas de los preservativos se deben al uso incorrecto que se hacen de ellos. El preservativo utilizado correctamente es un método preventivo muy eficaz.

La píldora anticonceptiva se toma solo el día que vayas a mantener una relación. Una creencia errónea muy extendida entre la gente joven es que la píldora anticonceptiva sólo hay que tomarla el día que vayas a mantener una relación. La píldora ha de tomarse todos los días, mantengas o no relaciones. Para ello es imprescindible que vayas al médico(a).

La píldora anticonceptiva previene las enfermedades de transmisión sexual. La píldora anticonceptiva es uno de los métodos anticonceptivos más eficaces, pero no previene de enfermedades de transmisión sexual, sólo nos previene de un embarazo no deseado.

Sólo puedes contagiarte de una enfermedad de transmisión sexual si mantienes muchas relaciones sexuales en poco tiempo y con personas que no conoces. Con una sola relación, con una persona que esté infectada de alguna infección de transmisión sexual (I.T.S.), es posible el contagio.

Las I.T.S se llaman así porque su principal vía de contagio es la sexual. Los principales síntomas son picazón en la zona genital, ulceraciones, irritaciones, flujos... Si se encuentra con alguno de estos síntomas o signos, se debe acudir a consulta médica.

A una persona que es seropositiva del VIH se le nota. A una persona seropositiva del VIH no se le nota nada, ya que puede que todavía no haya empezado a desarrollar la enfermedad o incluso que no se le desarrolle nunca. Esa persona puede incluso ignorar su estado si no se ha hecho pruebas serológicas para detectar esta infección.

El sida es una enfermedad que sólo afecta a homosexuales, heroinómanos y hemofílicos, y que los heterosexuales no tienen de qué preocuparse. Los primeros casos de SIDA se encontraron en hombres que cumplían alguna de esas características: homosexual, heroinómano o hemofílico. Esto era lo que se llamaban grupos de riesgo. Hoy hablamos de prácticas de riesgo, ya que el VIH no entiende de lo que somos, sino de lo que hacemos.

La desaparición de los síntomas de una enfermedad de transmisión sexual implica que está curada. Si sentimos algunos de los síntomas característicos de una I.T.S, se debe acudir a la consulta médica lo antes posible. Puede darse el caso de que, sin ir a la consulta, los síntomas y signos desaparezcan. Sería un error pasarlo por alto, pues la enfermedad volverá a reincidir con más fuerza y con efectos secundarios más severos.

El control de la natalidad es cosa de mujeres. Ciertamente la que desarrolla el embarazo es la mujer, pero la situación de tener hijos y quedar embarazados es del hombre y la mujer. Por lo tanto, el control de la natalidad es una decisión que implica a los dos miembros de la pareja, así como la elección del método anticonceptivo.

La homosexualidad es una enfermedad. Homosexual es aquella persona que orienta su deseo sexual hacia personas de su mismo sexo. Hasta hace no mucho tiempo la homosexualidad se consideraba como una enfermedad; por eso es posible que todavía se mantenga esta idea, fruto de la cual, se han creado muchos términos para denominar a estas personas: marimacho, arepera, maricón, marica, afeminado... todos ellos términos peyorativos que denotan ignorancia y falta de respeto.

Son muchas las teorías que han intentado explicar el origen de la homosexualidad, desde factores genéticos, hormonales, de aprendizaje social, relación paterno-filial, etc. No existe acuerdo unánime sobre las causas que determinan la orientación del deseo sea homosexual o heterosexual.

Hoy en día no se considera como una enfermedad, ni como una alteración. Es simplemente una alternativa más de vivir la sexualidad. Una alternativa tan respetable como cualquier otra.

La masturbación es una enfermedad. Entendemos por masturbación la autoestimulación como búsqueda de placer. La masturbación no es una enfermedad, ni tampoco crea enfermedades. Por otro lado, también hay que ser conscientes de que la masturbación es una forma de autoexplorar y conocer el cuerpo, así como una forma de disfrutar con él. La masturbación ni es buena ni mala, todo depende de cómo la viva cada persona.

Si una mujer no llega al orgasmo a través de conductas con penetración, es una frígida. La parte más excitable de la mujer está en la vulva, es el clítoris. A través de las conductas con penetración el clítoris se estimula indirectamente, pero a veces esta estimulación no es suficiente para que la mujer llegue al orgasmo. Por eso no podemos concluir que la mujer sea frígida, sino

más bien que está siendo estimulada deficientemente. Además, el término frígida está en desuso por ser muy inespecífico.

El alcohol y las drogas mejoran la actividad sexual. El alcohol produce desinhibición y algunas drogas estimulación, pero dificultan el desempeño de la actividad sexual, sobre todo en el hombre, pues el alcohol puede producir impotencia.

Para que la relación sexual sea totalmente gratificante han de llegar las dos personas a la vez al orgasmo. Cuando se está teniendo una relación sexual, se están juntando dos cuerpos totalmente diferentes, con deseos diferentes y ritmos diferentes. Hacer coincidir ese ritmo puede ser muy difícil y absurdo si llega a ser una obsesión.

Puede ser mucho más gratificante el establecer turnos, y actuar como persona pasiva, centrándonos en la estimulación que nos produce la otra persona, y posteriormente como persona activa, centrándonos en la estimulación que producimos en nuestra pareja.

La primera vez que se tiene una relación sexual con penetración es necesariamente dolorosa. En la entrada vaginal hay una telita que se llama himen. Esta telita normalmente se rompe con la primera relación coital. Pero no tiene porqué ser así, pues también puede romperse haciendo un ejercicio físico brusco. Puede ser que al romperse haga un poco de daño y se sangre, pero hay hímenes que son lo suficientemente flexibles como para permitir el paso del pene sin romperse, con lo cual a esta chica no tiene por qué dolerle, ni tiene porqué sangrar. A veces el dolor que se produce en la primera vez es probablemente debido a que al enfrentarnos a una situación novedosa, haya nervios y eso hace que se contraiga involuntariamente los músculos de la vagina dificultando la penetración.

Las verdaderas y únicas relaciones sexuales placenteras suceden cuando hay penetración. Las relaciones sexuales sin penetración pueden ser iguales, o incluso más placenteras que las relaciones que implican penetración, debido a que las zonas más excitables se hallan en los órganos genitales externos y, por lo tanto, para su estimulación no es necesaria la penetración.

Además, para que las conductas con penetración sean satisfactorias es conveniente un mayor conocimiento de nuestro cuerpo y del de nuestra pareja.

Otra de las grandes ventajas de las conductas sin penetración es que evitan embarazos no deseados y muchas enfermedades de transmisión sexual.

Las fantasías sexuales y los juegos eróticos son peligrosos. Las fantasías y los juegos eróticos no necesariamente son perjudiciales. Pueden servir para aumentar la excitabilidad del momento. Por otro lado la fantasía no es realidad, y el fantasear con alguna situación no implica que deseemos llevarla a cabo.

Referencias

Aberasturi, A. (2002). *La adolescencia normal*. Argentina: Paidós.

Alcaldía de Medellín, Secretaría de Salud. (2009). *Cartilla: Salud Sexual y reproductiva*. Recuperado en mayo de 2010, de: <http://www.medellin.gov.co/irj/go/km/docs/wpccontent/Sites/Subportal%20del%20Ciudadano/Salud/Secciones/Programas%20y%20Proyectos/Documentos/2009/Salud%20Familiar%20y%20Comunitaria/Cartilla%20Sexualidad.pdf>

Alonso, C. & Del Barrio, V. (1996). Efectividad de tres intervenciones para la prevención del consumo de alcohol en la escuela. *Análisis y Modificación de Conducta*, 24(97), 679-701.

AMAPUMU (sf). Conferencia fomentar la autoestima en los niños. VI jornadas de partos múltiples. Recuperado el 11 de junio de 2011, de: <http://es.slideshare.net/fher990/autoestima-10636827>

Área de Ciencias de la Naturaleza (Módulo III) (s.f.). *La reproducción: sexualidad humana*. Recuperado el 1 de noviembre de 2011, de http://fp.educarex.es/fp/pruebas_acceso/2009/modulo_III/ciencias_de_la_naturaleza/3nat06.pdf

Barreda, P. (s.f.). *Tratado de Pediatría J. Meneghuello*. Capítulo: Aparatos reproductores masculino y femenino. Recuperado el 12 de octubre de 2011 de http://www.pediatraldia.cl/aparato_g_femenino.htm.

Barrios Y. I., Berrío V. C. & Gómez E. M. (2007). Relaciones sexuales en adolescentes de una institución educativa de Cartagena, Colombia. *Arch Salud*, 1, 39-45.

Basabe, N. & Páez, D. (1992). *Los jóvenes y el consumo de alcohol. Representaciones sociales*. Bilbao: Fundamentos.

Begoña, M. (s.f.). *El aprendizaje experiencial*. Recuperado el 1 de agosto de 2011, de <http://www.gentedetradicion.org/Textos/Articulos/EL%20APRENDIZAJE%20EXPERIENCIAL.pdf>.

Bellis, M. A., Hughes, K., Calafat, A., Juan, M., Ramon, A., Rodríguez, J. A., Mendes, F., Schnitzer, S. & Phillips Howard, P. (2008). *Sexual uses of alcohol and drugs and the associated health risks: a cross sectional study of young people in nine European cities*. *BMC Public Health*; 8: 155

- Bernstein, S. & Hansen, J. (2006). *Opciones públicas, decisiones privadas: salud sexual y reproductiva y los objetivos de desarrollo del milenio*. Nueva York, Estados Unidos: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Recuperado el 4 de julio de 2011 de: <http://www.generosaludreproductiva.gob.mx/IMG/pdf/Opcionespublicasdecisionesprivadas-2.pdf>.
- Blos, P. (1986). *Psicoanálisis de la adolescencia*. México: Editorial Joaquín Mortiz.
- Blum, R. (1996). *Toward a New Millenium: A Conceptual Model for Adolescent Health*. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud.
- Botvin, G. J. (1995). Entrenamiento en habilidades para la vida y prevención del consumo de drogas en adolescentes: Consideraciones teóricas y hallazgos empíricos. *Revista de Psicología Conductual*, 3(3), 333-356.
- Bourdieu, P. (2000). *Cuestiones de sociología*. Madrid: Istmo.
- Breen, C., Degenhart, L., Kinner, S., Bruno, R., Jenkinson, R., Matthews, A., & Newman, J. (2006). *Alcohol use and risk taking among regular ecstasy users*. *Substance Use and Misuse*, 41 (8), 1095-1109.
- Brook, D. W., Brook, J. S., Pahl, T., & Montoya, I. (2002). The longitudinal relationship between drug use and risky sexual behaviors among Colombian adolescents. *Archives of Pediatric Adolescence Medicine*, 156, 1101-1107. C. P. 11750. México, D. F. Recuperado el 12 de octubre de 2011, de: www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7199.pdf
- Caja Costarricense del Seguro Social. (2005). *La sexualidad y la salud sexual reproductiva de las y los adolescentes con énfasis en prevención de VIH-SIDA*. Módulo de capacitación para adolescentes multiplicadores en salud. Fondo Mundial de Lucha Contra el Sida, La Tuberculosis y La Malaria. Dirección Desarrollo de Servicios de Salud, Departamento Salud Integral a las Personas. Programa Atención Integral a la Adolescencia (PAIA), Unidad de Prevención y Control Del Sida-VIH, ITS. Costa Rica. Recuperado el 28 de agosto de 2011, de: <http://www.binasssa.cr/adolescencia/manualjoven.pdf> .
- Calafat, A., Fernández, C., & Juan, M. (2001). Uso recreativo de cocaína y asunción de riesgos: resultados convergentes de cuatro muestras. *Adicciones*, 13(2), 123-146.
- Campo, A., Ceballos, G. A. & Herazo, E. (2008). Factores asociados por género a relaciones sexuales en adolescentes de Santa Marta, Colombia, en el año 2004. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 59(4), 276-284.
- Carisma (2007). *Consumo de sustancias psicoactivas en jóvenes escolarizados del departamento de Antioquia: investigación comparativa. Nuevas tendencias y comportamientos sociales*

- asociados*. Citado el 22 marzo de 2010. Recuperado el 20 de marzo de 2010, de: http://www.esecarisma.gov.co/www/images/download/investigacion_drogas_antioquia.pdf .
- Carisma (2007). *Consumo de sustancias psicoactivas en jóvenes escolarizados del Municipio de Medellín año 2007: tendencias del consumo y comparación regional*. Citado el 22 marzo de 2010. Recuperado el 10 de abril de 2011, de: http://www.esecarisma.gov.co/www/images/download/investigacion_completa_medellin.pdf
- Cascón, S. P. (s.f.). *Educación en y para el conflicto*. Cátedra Unesco sobre Paz y Derechos Humanos. Facultad de Ciencias de la Educación. Universidad Autónoma de Barcelona. Recuperado el 29 de septiembre de 2011, de: <http://portal.unesco.org/es/files/32675/11455277791edconflicto.pdf/edconflicto.pdf> .
- Castillo, M., Meneses, M., Silva, J. L., Navarrete, P. A., & Campo A. (2003). *Prevalencia de relaciones sexuales en adolescentes estudiantes de un colegio de Bucaramanga, Colombia*. *Medunab*, 6, 137-43.
- Ceballos G. A., Campo A. (2006). Relaciones sexuales en estudiantes de secundaria entre 10 y 12 años de Santa Marta, Colombia. *Revista Facultad de Medicina Universidad Nacional de Colombia*, 54, 4-11.
- Ceballos G. A. & Campo, A. (2007). Relaciones sexuales en adolescentes escolarizados de Santa Marta, Colombia: una encuesta transversal. *Colomb. Med.* 38(3), 185-90.
- Ceballos G. A. & Campo, A. (2005). Relaciones sexuales en adolescentes estudiantes de tres colegios privados de Santa Marta, Colombia: Factores asociados. *Medunab*, 8, 171-5.
- Ceballos G. A. & Campo, A. (2005). Relaciones sexuales en estudiantes adolescentes de Santa Marta, Colombia: factores asociados. *Duazary*, 2, 4-10.
- Chevalier, J. (2004). *SAS₂ 1.0 Árbol de problemas en sistemas de análisis social*. Socio cultural Pyect. Recuperado el 4 de junio de 2010, de: <http://es.scribd.com/doc/3050467/Identificacion-de-Problemas-Arbol-de-Problemas>
- Colectivo de Salud de Mujeres de Boston. (1976). *Nuestros cuerpos, nuestras vidas*. Barcelona: Icaria.
- Comisión Nacional de Investigación en Drogas. (2001). *Encuesta Nacional sobre Consumo de Sustancias Psicoactivas en jóvenes de 10 a 24 años*. Recuperado el 22 de marzo de 2008, de http://sparta.javeriana.edu.co/psicologia/publicaciones/actualizarrevista/archivos/V5N306_consumodrogas.pdf

- Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo – CIPD- (1994). Informe de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, A/CONF.171/13, El Cairo, 5 a 13 de diciembre, 1994. Recuperado en junio 23 de 2010, de: <http://www.undp.org/popin/icpd/conference/offsp/sconf13.html>.
- Consortio W. T. Grant. (1992). *Sobre la Promoción de Competencia Social basada en la escuela*, en J. David Hawkins et al., CommunitiesThat Care, San Francisco, Jossey-Bass.
- Cordón Colchón, J. (2008). *Mitos y creencias sexuales de una población adolescente de Almen-dralejo*. Matronas Prof. 2008; 9(3): 6-12. Recuperado el 3 de mayo de 2011, de: <http://www.federacion-matronas.org/rs/249/d112d6ad-54ec-438b-9358-4483f9e98868/c9d/rglang/es-ES/filename/vol9n3pag6-12.pdf>
- Corporación Surgir (2010). *Programa Retómenos*. Medellín, Colombia: Surgir.
- Corwin, María A.; Friedman, Risa M. & Bradley, Lucy (2008). University of Colorado Denver. *Reducción del Riesgo de VIH ETS*. Recuperado el 3 de noviembre de 2011, de http://www.mpaetc.org/downloads/MPAETC_risk_assessment_risk_red_SP.pdf
- Cvetkovich, G. & Grote, B. (1981). Psychosocial maturity and teenage contraceptive use: An investigation of decision-making and communication skills. *Population and Environment*, 4, 21-26.
- Dávila, O. (2004). *Adolescencia y juventud: de las nociones a los abordajes*. Última década N° 21. Valparaíso: CIDPA.
- DANE (2005). Caracterización sobre la información sobre Derechos Humanos. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. República de Colombia. Consultado en marzo 25 de 2011, disponible en http://www.dane.gov.co/files/caract_sectoriales/Car_Derechos_Humanos.pdf
- De Mézerville, G. (2004). *Ejes de salud mental. Los procesos de autoestima, dar y recibir afecto y adaptación al estrés*. México: Trillas.
- De Regt, W. (1986). *Servicios de planificación familiar para adolescentes. Experiencias europeas en Adjuntament de Barcelona. Los jóvenes y la salud*. Barcelona: Adjuntament de Barcelona Publicacions.
- Departamento de Salud y Servicios humanos de los Estados Unidos. *Anticoncepción de emergencia*. Recuperado el 24 de enero de 2010, de <http://www.womenshealth.gov/espanol/preguntas/birthcont.htm>
- Departamento de Salud y Servicios humanos de los Estados Unidos. *Anticoncepción de emergencia*. Womenshealth.gov. Recuperado el 24 de enero de 2010, de: <http://www.womenshealth.gov/espanol/preguntas/birthcont.htm>

Referencias

- Dewey, J. (1938/1997). *Experience and Education*. New York: Simon & Schuster.
- Biblioteca Nacional de Medicina de EE. UU (s.f.). Desarrollo Fetal Recuperado el 1 de noviembre de 2011, de <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/002398.htm>,
- Díaz, D. D. (2005). *Toma de decisiones: el imperativo diario de la vida en la organización moderna*. Recuperado el 4 de octubre de 2011, de: http://bvs.sld.cu/revistas/aci/vol13_3_05/aci10305.htm
- Dirección Desarrollo de Servicios de Salud, Departamento Salud Integral a las Personas. Programa de Atención Integral a la Adolescencia (PAIA), *Unidad De Prevención y Control del Sida-VIH-ITS. Costa Rica*. Recuperado el 28 de agosto de 2011, de <http://www.binasss.sa.cr/adolescencia/manualjoven.pdf>
- Edex (2006). *La Aventura de la Vida*. Edex Kolektiboa. Recuperado el 15 de octubre de 2011, de <http://www.laaventuradelavida.net/es/default.shtml>
- Elliott, L., Morrison, A., Ditton, J., Farrall, S., Short, E., Cowan, L., & Gruer, L. (1998). Alcohol, drug use and sexual behaviour of young adults on a Mediterranean dance holiday. *Addiction Research*, 6, 319-340.
- Engler, B. (1989). *Introducción a las teorías de la personalidad*. México: McGraw-Hill.
- Erikson, E. (2002). *Sociedad y adolescencia*. México: Siglo XXI.
- Espada, J. P. (2002). *Eficacia de tres intervenciones para prevenir el abuso de alcohol y drogas de síntesis en el contexto escolar*. Tesis Doctoral. Universidad de Murcia.
- Extremera, P. N., Ferenandez – Berrocal, P., Mestre, J.M. y Guil, R. (2004). Medidas de evaluación de la inteligencia emocional. *Revista latinoamericana de Psicología*, 23(2), 209-228.
- Feixa, C. (2006). Generación XX. Teorías sobre la juventud en la era contemporánea, *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 4(2), 1-18. Recuperado el 4 de mayo de 2011, de: <http://www.umanizales.edu.co/revistacinde/vol4/Carles%20Feixa.pdf>
- Feixa, C. (1999). *De jóvenes, bandas y tribus*. Barcelona: Ariel.
- Ford, K. & Morris, A. (1994). *Urban minority youth: Alcohol and marijuana use and exposure to unprotected intercourse*. *Journal Acquired Immune Deficiency Syndrome*, 7, 389-396.

Fundación La 14. (s.f.). *Pegándole a lo seguro. Proyecto de educación sexual y prevención del embarazo en adolescentes de la ciudad de Cali*. Recuperado el 13 de septiembre de 2011, de <http://www.pegandolealoseguro.com/>

Gabinete Psicopedagógico (s.f). VI Jornadas de Partos Múltiples AMAPAMU. *Conferencia: Fomentar la autoestima en los niños*. Recuperado el 5 de septiembre de 2011, de: <http://www.amapamu.org/actividades/jornadas/VIjornadas/Autoestima.pdf>

Garita Arce C. (sf) *Prácticas sexuales en la adolescencia*. Recuperado 18 de septiembre de 2011 de: <http://www.binasss.sa.cr/revistas/ays/7n1-2/art3.pdf>

Generelo, J.; Gimeno, Beatriz; Rodríguez, C.; De la Muela, A. & Del Val, Jaime (s.f.). *25 cuestiones sobre la orientación sexual: cómo abordar la orientación afectiva y sexual hacia personas del mismo sexo en la enseñanza*. Recuperado el 18 de octubre de 2011, de <http://www.cogam.org/rs/1046/d112d6ad-54ec-438b-93584483f9e98868/bed/rclang/es-ES/filename/unidad-didactica-25-cuestiones-sobre-la-orientacion-sexual.pdf>.

Goleman, D. (1995). *Emotional Intelligence*. New York: Bantam Books.

Goleman, D. (2006). *Inteligencia Social. La nueva ciencia para mejorar las relaciones humanas*. México: Planeta.

González, F. (2004). Conocimientos, actitudes y prácticas en salud sexual y reproductiva en jóvenes entre 14 y 25 años de edad de estratos 1 y 2 del SISBEN de un municipio del Departamento de Cundinamarca. *Actualidad Colombiana Psicología*, 12, 59-68.

González, Teresa; Gálvez, Elisa; Álvarez Neiza; Cobas, Flora & Cabrera, Natalia (s.f.). *Drogas y sexualidad: grandes enemigos*. Recuperado el 31 de octubre de 2011, de www.esmas.com/salud/home/sexualidad/348442.htm,

Gremone, C. (1997). *Ciencias Naturales y Educación para la Salud*. Caracas, Venezuela: Editorial Salesiana.

Güell, M. & Muñoz, J. (2000). *Desconóctete a tí mismo. Programa de alfabetización emocional*. Barcelona: Paidós.

Hatano, Y. (1991). Changes in the sexual activities of Japanese youth. *Journal of Sex Education and Therapy*, 17(1), 1-14.

Hernández, S. M. & Sánchez, A. F. (2008). La dimensión afectiva como base del desarrollo humano una reflexión teórica para la intervención en trabajo social. *Revista El Euthera*, 2, 53-72.

- Herrera, R. I. (2007). Los valores de los adolescentes de un centro español de Educación Secundaria en el extranjero. *Revista Iberoamericana de Educación. Universidad de Granada*, 42, 3–25.
- Hiatt, Jane; Clark, Kay & Nelson, Mary (1995). *ETS Las enfermedades de transmisión sexual*. Santa Cruz, California USA: ETR Associates.
- Hofstadt, C. J., Ruiz M. T., Baena C. & Sánchez, A. (1995). Mitos sexuales en una población adulta. *Med Clínica*, 105(18), 691-695.
- Insúa, P. (1999). *Manual de Educación Sanitaria: Recursos para diseñar Talleres de prevención con usuarios de drogas*. Plan Nacional sobre Drogas y Universidad del País Vasco.
- Juárez, M. (2002). *La patología de la adolescencia: Reflejo de la sociedad actual*. En Melgoza, M.E. (Coord.). *Adolescencia: Espejo de la sociedad actual*. Argentina: Lumen.
- Kant, I. (1995). *Critica de la razón práctica*. Sígueme, Salamanca
- Krauskopf, D. (1997). *La Sexualidad y la salud reproductiva en las políticas de juventud en América Latina*. Conferencia Regional sobre Salud Sexual y Reproductiva en la Adolescencia. San José, Costa Rica.
- Krauskopf, D. (1998). *La Desafección Política de la Juventud: Perspectivas sobre la Participación Juvenil*. Exposición presentada en el Foro Valores Democráticos y Juventud. Comisión Presidencial para la Reforma del Estado (COPRE) y PNUD. Caracas, Venezuela.
- Krauskopf, D. (2000). *Participación social y desarrollo en la adolescencia*. Fondo de Población de las Naciones Unidas UNFPA-FNUAP. Recuperado el 20 de octubre de 2011, de http://www.sasia.org.ar/sites/www.sasia.org.ar/files/Participaci%C3%B3n%20Social%20y%20Adolescencia%20Dina%20Krauskopf_0.PDF .
- LatinSalud.com (s.f.). *¿Las drogas proporcionan el placer tan ansiado?* Recuperado el 31 de octubre 2011, de: <http://www.latinsalud.com/articulos/00906.asp> .
- LeDoux, J. E. (1993). *Emotional networks in the brain. Hand book of emotions*, 7(1), 177 - 232.
- Levy, D (s.f.). La importancia del grupo en la adolescencia. Recuperado el 19 de febrero de 2013, de http://www.puntoseguido.com/boletin_items_detalle.asp?item_id=114
- Levi, G. & Schmitt, J-C. (1996). *Historia de los jóvenes I. De la antigüedad a la edad moderna*. Madrid: Taurus.

- Lo que más importa es como te veas a ti mismo. Párrafos para trabajar taller: Recuperado el 9 de septiembre de 2001, de: <http://www.baobabparents.com/padres/articulo/la-autoestima-positiva-negativa/172/> .
- Lomba, L., Apostolo, J. & Mendes, F. (2009). Consumo de drogas, alcohol y conductas sexuales en los ambientes recreativos nocturnos de Portugal. *Adicciones*, 21(4), 309-325.
- López, N., Vera, L. & Orozco, L. (2001). Diferencias en los conocimientos, actitudes y comportamientos sexuales relacionados con el SIDA, entre hombres y mujeres jóvenes de Bucaramanga. *Colombia Médica*; 32(1), 32-40.
- López, P. (2004). Influencia de los mitos y falacias en las prácticas sexuales de la población adolescente madrileña: proyecto de encuesta. *Revista Profesional Española de Terapia Cognitivo-Conductual*, 2, 87-93. Recuperado el 8 de enero de 2010, de: <http://www.aseteccs.com/inicio/php>
- Madrid, R. (2009). *¿Reducción de daño para el sexo anal sin protección?* Recuperado el 1 de noviembre de 2011, de <http://www.thebody.com/content/art43159.html>
- Máiquez, M. L., García, M., Rodrigo, M. J., Mendoza, R., Rubio, A., Martínez, A., & Martín, J. C. (2004). Relaciones padres-hijos y estilos de vida en la adolescencia. *Psicothema*, 16(2), 203-210.
- Marfán, J. (2000). *Manual de Educadores Juveniles*. Ediciones CIDE. Recuperado el 12 de octubre de 2011, de http://esepulveda.cl.tripod.com/sexualidad_mitos.htm
- Martínez, C. P. (s.f.). *La Importancia de la toma de decisiones*. Recuperado el 21 de septiembre de 2011, de: <http://www.um.es/coie/guia-salidas/guia-salidas-08-toma-decisiones.pdf>
- Mazarrasa Alvear, L. & Gil Tarragato, S. (s.f). Programa de Formación de Formadores/as en Perspectiva de Género y Salud. Modulo 12: Salud Sexual y Reproductiva. Recuperado el 10 de octubre de 2011, de http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/13modulo_12.pdf
- Mendoza, R., Batista, J. M. & Oliva A. (1991). *Health Related Behaviour in European School-Children: Findings of the Second Cross-National Survey on Health-Related Behaviour in School-Children (1985-1986): A WHO Collaborative Study*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- Meredith, P. (1987). *Cultura y subculturas derivadas de la edad. En IPPF Europa, Servicios de asesoramiento y anticoncepción para jóvenes*. Instituto de la Mujer, serie Estudios N° 11. Madrid: Ministerio de Cultura.

- Mestre, E. (1993). *Cuadernos de Trabajo Social*. Madrid: Universidad Complutense.
- Ministerio de Educación. (s.f.). *La Reproducción Humana. Fecundación, embarazo y parto*. Recuperado el 1 de noviembre de 2011, de <http://recursos.cnice.mec.es/biosfera/alumno/3ESO/apararep/parto.htm>. España: Ministerio de Educación.
- Ministerio de Educación Nacional. (2008). Programa Nacional de Educación para la Sexualidad y Construcción de Ciudadanía. Módulo 1. La dimensión de la sexualidad en la educación de nuestros niños, niñas, adolescentes y jóvenes. Recuperado en mayo de 2011, de http://www.colombiaaprende.edu.co/html/productos/1685/articles-172204_recurso_1.pdf
- Ministerio de la Protección Social, Dirección Nacional de Estupefacientes. (2008). *Estudio Nacional sobre Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia*. Citado el 25 de marzo de 2009, en: <http://odc.dne.gov.co/IMG/pdf/20.pdf> .
- Ministerio de Salud de Argentina (2005). *Guía para el uso de métodos anticonceptivos*. Recuperado el 30 de agosto de 2011, de http://www.msal.gov.ar/saludsexual/downloads/guia_de_metodos_anticonceptivos.pdf .
- Ministerio de Salud de Argentina (2005). Guía para el uso de Métodos Anticonceptivos. Recuperado el 30 de agosto de 2011, de http://www.msal.gov.ar/saludsexual/downloads/guia_de_metodos_anticonceptivos.pdf .
- Molina, M., Baldares, T. & Maya, A. (1996). *Fortalezcamos la autoestima y las relaciones interpersonales*. San José: Impresos Sibaja.
- Molina G., I.; Hinds, M. J.; Di Parsia, E.; Hinds, M. W.; Parra, L. & Oliveira, J. (1999). *Enciclopedia Monfort 5*. Caracas, Venezuela: Monfort S.R.L.
- Naranjo, P., M. L. (2007). Autoestima: Un factor relevante en la vida de la persona y tema esencial del proceso educativo. *Revista Actualidades Investigativas en Educación*, 7(3). Recuperado el 5 de julio de 2010, de: <http://revista.inie.ucr.ac.cr> .
- Navarro, E., & Vargas, R. (2004). Conocimientos, actitudes y prácticas sobre SIDA en adolescentes escolarizados. *Revista de Salud Uninorte*, 19, 14-24.
- OMS (2008). Hepatitis B Nota descriptiva N° 204. Recuperado el 12 de noviembre de 2011, de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs204/es/index.html>
- Oliva, A., Serra, L. & Vallejo, R. (1997). Patrones de comportamiento sexual y contraceptivo en la adolescencia. *Infancia y Aprendizaje*, 77, 19-34.

- Olivares, M., Sequeira, N., Solano, M. & Vargas, R. (1998). *Programa de orientación personal para el fortalecimiento de la autoestima en docentes*. Tesis para optar por el grado de Licenciatura en Ciencias de la Educación con énfasis en Orientación. San José de Costa Rica: Universidad de Costa Rica.
- Olsen, J., Jesen, L. & Greaves, P. (1991). Adolescent sexuality and public policy. *Adolescence*, 26, 419-430.
- Olsen, J., Jesen, L. & Greaves, P. (1991). Adolescent sexuality and public policy. *Adolescence*, 26, 419-430.
- Organización Mundial de la Salud. (1946). *Constitución de la Organización Mundial de la Salud*. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud. Recuperado el 23 de julio 2007, de http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf
- Organización Panamericana de la Salud (1997). *Taller sobre género, salud y desarrollo. Guía de facilitadoras*. Washington, D.C: PAHO.
- Palacios, D. J., Bravo, F. M. & Andrade, P. P. (2007). Consumo de alcohol y conducta sexual de riesgo en adolescentes. *Psychology International*, 18(4), Appendix (1-13).
- Pérez, D. (1993). *Desarrollo del juicio moral y valores humanos*. Madrid: Siglo XXI.
- Pignolino, B., Bakalar, K. & Dreyer, C. (s.f.). *Enfermedades de transmisión sexual (ETS), parte generalidades*. Recuperado el 28 de octubre de 2011, de <http://www.foroaps.org/files/3%20ETS.pdf> .
- Plan de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (1994). Recuperado el 30 de agosto de 2011, de <http://www.un.org/popin/icpd/conference/offspa/sconf13.html>
- Pons, J. & Berjano, E. (1999). *El consumo abusivo de alcohol en la adolescencia: un modelo explicativo desde la psicología social*. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas.
- Profamilia (2005). *Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS)*. Recuperado el 23 de marzo de 2010, de: http://www.profamilia.org.co/encuestas/Profamilia/Profamilia/index.php?option=com_content&view=article&id=82&Itemid=526 .
- Quintanilla Madero, B. (2004). [Versión electrónica]. Saberes y Quehaceres del Pedagogo. *Revista Panamericana de Pedagogía*. 5, 254-266. Recuperado el 6 de febrero de 2011, de: <http://es.scribd.com/doc/3050467/Identificacion-de-Problemas-Arbol-de-Problemas>

- Quintanilla Madero, B. (2003). La educación de la afectividad. *Revista Panamericana de Pedagogía: Saberes y Quehaceres del Pedagogo*, 4, (4),254-266
- República de Colombia. (2003). Ministerio de la Protección Social, Dirección General de Salud Pública. Texto "Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva", febrero de 2003, Bogotá: Fondo de Población de las Naciones Unidas. Recuperado el 11 de octubre de 2011, de www.unfpacolombia.org/home/unfpacol/public.../%20politicassr.pdfrecolctada
- Rescher, N. (1999). *Razones y valores en la era científico-tecnológica*. Barcelona: Paidós.
- Rice, P. (2000). *Adolescencia. Desarrollo, relaciones y cultura*. Madrid: Prentice Hall.
- Richino, S. (2004). *La incidencia del desempleo sobre el auto concepto*. Facultad de Humanidades. Las Tesinas de Belgrano. Recuperado el 30 de junio de 2011, de: http://www.ub.edu.ar/investigaciones/tesinas/142_contreras.pdf
- Rodas-Carrillo, M. (s.f.). El aprendizaje experiencial. Amauta International, LLC. Recuperado en febrero 24 de 2011, de <http://www.gentedetradicion.org/Textos/Articulos/EL%20APRENDIZAJE%20EXPERIENCIAL.pdf>
- Rodríguez, D. (2010). *El sentido de la identidad humana en Martí*. Recuperado el 3 de septiembre de 2011, de: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=4d8e-f7c8-dd67-437d-9749-2c1f78de4a0b%40sessionmgr13&vid=5&hid=11>
- Rojas, M. (2001). *Factores de riesgo y protectores identificados en adolescentes consumidores de sustancias psicoactivas. Revisión del análisis del estado actual*. Recuperado el 17 de juio de 2010, de: http://cedro.urg.pe/ebooks/iriesgo_cap3_p50_93.pdf
- Romero, N. (2007). *Guía de Padres 3. 13 a 15 años*. Fundación Vamos México y Sindicato Nacional de Trabajadores de la Educación. Secretaría de Educación Pública. México; Comisión Nacional de Libros de Textos Gratuitos. Recuperado el 23 de mayo de: <http://vamosmexico.org.mx/guiapadres.htm>
- Saldaña, S. J. (s.f). *Apuntes de Psicología Práctica-Adolescencia y Autoimagen*. Recuperado el 6 de septiembre de 2011, de: http://www.sabersinfin.com/index.php?option=com_content&task=view&id=854&Itemid=89
- Sánchez, L. (2009). *Guía informativa: Drogas y Género, Plan de atención integral a la salud de la mujer de Galicia. Impactos de los consumos de drogas en la actividad sexual*. Xunta de Galicia. España: Unilibro.

- Sandoval, M. (2002). *Jóvenes del siglo XXI. Sujetos y actores en una sociedad en cambio*. Santiago: UCSH.
- Santrock, J. (2002). *Psicología de la educación*. México: Mc Graw Hill.
- Satir, V. (s.f). Declaracion de autoestima. Recuperado el 9 de septiembre de 2011, de: <http://capacitacion.univalle.edu.co/Autoestima.pdf>
- Secretaría de Salud, Dirección General de Salud Reproductiva. (2002). *La salud sexual y reproductiva en la adolescencia: un derecho a conquistar*. Mexico. Recuperado el 24 de septiembre de 2011, de: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7199.pdf>
- Soto, B. L. (2005). *El Control de las Emociones: Un método de prevención de la violencia en el trabajo*. Departamento de maestría en administración. Universidad Autónoma de Ciudad Juárez. Recuperado el 10 de julio de 2011, de: http://www2.uacj.mx/icsa/Programas/Ciencias_admitivas/CA/LuisSoto.pdf
- Suárez, D. R. (1992). *Ética y Valores. Pedagogía de los valores ciudadanos. Aprendiendo a ser. Ética escolar. Educación en actitudes y valores humanos*. Bogotá: Ministerio de Educación Nacional.
- Téllez, A. (s.f.). *La identidad cultural en la adolescencia*. Recuperado el 21 de octubre de 2011, de http://www.dip-alicante.es/hipokrates/hipokrates_l/pdf/ESP/414e.pdf
- Tercero, Q. G. (1998). *La imagen corporal de los adolescentes anclada en lo femenino*. Departamento de Psiquiatría y Medicina del Adolescente. Recuperado el 26 de marzo de 2010, de: <http://www.mipediatra.com/infantil/adolescente-fem.htm>
- Tellez – Infantes, A. (s.f.). La identidad cultural en la adolescencia. Universidad Miguel Hernandez, Elche - Alicante. Recuperado en junio 3 de 2011, de http://www.dip-alicante.es/hipokrates/hipokrates_l/pdf/ESP/414e.pdf
- Toledo Vila, J., Navas Pinzón, J., Navas Pinzón, L. & Pérez Manrique, N. (2002). Los adolescentes y el SIDA. *Revista Cubana Med Trop*, 54(2), 152-7.
- UNFPA (2010). Educación de la sexualidad y salud sexual reproductiva. Guía para docentes. Recuperado en mayo 5 de 2011, de <http://venezuela.unfpa.org/documentos/Educacion%20SSR%20Guia%20Docentes.pdf>
- Unidad de Medicina Reproductiva. (s.f.). *Conociendo nuestro cuerpo*. Recuperado el 12 de octubre de 2011, de http://www.biologiareproductiva.com/conociendo_nuestro_cuerpo.php .

Referencias

- Valencia Jiménez, N. & Solera Martínez, N. (2009). Necesidades de aprendizaje para la sexualidad de jóvenes entre 10 y 19 años en el Caribe Colombiano. *Revista Investigación y Desarrollo*, 17(1): 106-31.
- Vander Zanden, J. (1991). *Manual de psicología social*. Buenos Aires: Paidós. Capítulo 5.
- Vigotsky, L. S. (1987). *Historia del desarrollo de las Funciones Psíquicas Superiores*. Ciudad de la Habana, Cuba: Editorial Científico Técnica.
- Von, H. D. (1996). *El Corazón*. Serie Pensamiento N° 1. Madrid: Ediciones Palabra.
- Yepes, S. R. (1996). *Fundamentos de Antropología*. Un ideal de la excelencia humana. EUNSA. España.
- Youth RISE (2010). *Guía para los capacitadores juveniles: para la impartición de educación sobre salud sexual y reducción de daños relacionado con las drogas*. Youth Resource. Information. Support. Education for Reducing Drug-related Harm. Recuperado el 3 de noviembre de 2011, de <http://es.scribd.com/doc/44606412/Guia-para-capacitadores-juveniles-para-la-imparticion-de-educacion-sobre-salud-sexual-y-reduccion-de-danos-relacionados-con-las-drogas>
- Yturalde, E. (2011). *Aprendizaje experiencial*. Recuperado el 2 de agosto de 2011, de <http://www.aprendizajeexperiencial.com>

Sobre los investigadores

Guillermo Alonso Castaño Pérez

Médico, Especialista en Farmacodependencia, Máster en Drogodependencias, Doctor en Psicología de la Salud. Docente de la Fundación Universitaria Luis Amigó.

Contacto: gcastano@funlam.edu.co

Olber Eduardo Arango Tobón

Psicólogo, Magíster en Psicología. Docente de la Fundación Universitaria Luis Amigó.

Contacto: olber.arangoto@amigo.edu.co

Santiago Alberto Morales Mesa

Sociólogo, Especialista en Trabajo Social Familiar de la U.P.B., Magíster en Salud Pública. Docente de la Fundación Universitaria Luis Amigó.

Contacto: smorales@funlam.edu.co

María Carolina Montoya Montoya

Licenciada en Pedagogía Reeducativa, Magíster en Educación, Orientación y Consejería. Docente de la Fundación Universitaria Luis Amigó.

Contacto: cmontoya@funlam.edu.co

Alexander Rodríguez Bustamante

Profesional en Desarrollo Familiar, Especialista en Docencia Investigativa Universitaria, Magíster en Educación y Desarrollo Humano. Director del Programa de Desarrollo Familiar, docente de la Fundación Universitaria Luis Amigó y de la Facultad de Medicina –cátedra- de la Universidad de Antioquia.

Contacto: alexander.rodriquezbu@amigo.edu.co