1. **INTRODUCCIÓN**

El proyecto pedagógico de Sexualidad y construcción ciudadana de la Institución Educativa Antonio Nariño – INSEAN nace como una iniciativa del Programa de Educación para la sexualidad y Construcción ciudadana del Ministerio de educación Nacional, cuyo propósito es fortalecer la autonomía de los estudiantes de la institución implementando políticas de educación para la sexualidad, enfocando el respeto por el género, la identidad sexual, los derechos humanos, sexuales y reproductivos.

El proyecto persigue que los estudiantes desarrollen las competencias necesarias para sentar las bases de una sexualidad sana y responsable, basada en el respeto por el otro, por sus diferencias de identidades, culturales y de formas de vida, propiciando así la buena convivencia, relaciones de pareja, familiares y sociales con derechos de igualdad.

Este proyecto se elabora teniendo en cuenta el diagnostico hecho previamente con la comunidad educativa; a través de encuestas, diálogos y conversatorios con estudiantes, padres de familia y docentes, se programan unas actividades a desarrollar para lograr el objetivo propuesto en este proyecto pedagógico.

También concibe el marco legal y conceptual del Programa de Educación para la Sexualidad y Construcción ciudadana del Ministerio de Educación Nacional de tal manera que se tengan las herramientas necesarias para la construcción de un proyecto que garantice el desarrollo de una sexualidad plena en los estudiantes de nuestra institución.

Finalmente, se desarrolla un cronograma de actividades a desarrollar para el cumplimiento a cabalidad de los logros y objetivos propuestos en el proyecto pedagógico de sexualidad y construcción ciudadana INSEAN.

1. **JUSTIFICACIÓN**

La Institución Educativa Antonio Nariño, tiene en cuenta el marco histórico, legal y conceptual realizado por el Ministerio de Educación nacional, contemplado en el Programa Nacional de Educación Sexual y Construcción Ciudadana para elaborar un proyecto pedagógico que determine una solución para que los niños, niñas, adolescentes y jóvenes puedan alcanzar un grado de madurez que les permita desarrollar competencias básicas para la elaboración de un proyecto de vida, que les ayude a comprender su sexualidad, respetarla y manejarla de una forma responsable, evitando así los embarazos a temprana edad, embarazos no deseados, enfermedades de transmisión sexual y otros riesgos relacionados con su salud sexual y reproductiva y la intolerancia hacia las tendencias sexuales.

1. **MARCO LEGAL Y POLÍTICO**

Este capítulo contiene el marco legal y político que orienta y garantiza a los niños, niñas y adolescentes el desarrollo integral y el ejercicio de sus derechos consagrados en los instrumentos internacionales de los derechos humanos, la Constitución Política y la Ley General de la Educación.

* 1. **NORMATIVIDAD**

El desarrollo de políticas en educación y salud sexual y reproductiva en Colombia se basa en los compromisos adquiridos por el país en el marco de las conferencias internacionales al respecto y en las leyes nacionales vigentes. Así, la Conferencia mundial sobre educación para todos (Jomtien, Tailandia, marzo de 1990) declaró el derecho de los hombres y las mujeres de todas las edades a la educación y expuso la necesidad de transformar los sistemas para alcanzar una educación de calidad y superar la falta de equidad y de oportunidades. Por su parte, la Conferencia internacional sobre la población y el desarrollo (CIPD), celebrada en El Cairo (Egipto) en septiembre de 1994, consideró la salud y la educación como prioridades para el Programa de acción de todos los países y determinó que una solución efectiva debía basarse en información y servicios que ayudaran a los jóvenes a alcanzar un grado de madurez necesario para tomar decisiones responsables, comprender su sexualidad y protegerse contra los embarazos no deseados, las enfermedades de transmisión sexual y otros riesgos asociados a la salud sexual y reproductiva.

En Colombia, a su vez, las corrientes internacionales que fomentaban el control de la natalidad en la década de 1960 influyeron en las temáticas tratadas ocasionalmente en la escuela, sobre todo en las cátedras de ciencias naturales y comportamiento y salud. Posteriormente, en la década de 1980, el Ministerio de Educación Nacional, con el apoyo del UNFPA, en desarrollo del Proyecto de Educación en Población, editó una serie de manuales que permitieron abordar el asunto desde el aula, teniendo en cuenta variables de población como fecundidad, mortalidad, migraciones, tamaño y tendencias, estructura por sexo y edad de la población, con la bondad adicional de haber sido diseñados para los sectores urbanos y rurales.

En la década de 1990 la Constitución política de 1991 marcó un hito en la educación sexual, toda vez que contempló los derechos sexuales y reproductivos (DHSR)1 tanto en los derechos fundamentales como en los sociales, económicos y culturales (DESC). Así, muchos de los derechos sexuales y reproductivos propuestos por la CIPD se incluyeron explícitamente en la Constitución política. Por ejemplo, el artículo 42 afirma que: “la pareja tiene derecho a decidir libre y responsablemente el número de sus hijos”2. Otros derechos humanos sexuales y reproductivos están comprendidos dentro de unos más generales: la igualdad de derechos, libertades y oportunidades: “sin ninguna discriminación por razones de sexo, raza, origen nacional o familiar, lengua, religión, opinión política o filosófica”; el “libre desarrollo de su personalidad sin más limitaciones que las que imponen los derechos de los demás y el orden jurídico”; y “la libertad de conciencia”3; derechos generales que sirven de base para derechos sexuales y reproductivos más específicos, no explicitados en la Constitución.

En este contexto, el Ministerio de Educación Nacional expidió la resolución 3353 de 19934, fundamento del Proyecto Nacional de Educación Sexual (PNES) formulado en ese mismo año.

Es interesante señalar al respecto que ese Proyecto nacional5 acogió la concepción de educación sexual como proyecto pedagógico que se desarrolla transversalmente en todo el plan de estudios.

Posteriormente, la ley 115 de 1994, general de educación6 ratificó, en el artículo 14, literal e), la obligatoriedad de la educación sexual, “impartida en cada caso de acuerdo con las necesidades psíquicas, físicas y afectivas de los educandos según su edad”. El decreto reglamentario 1860 del 3 de agosto de 1994 establece en el artículo 36 que: “la enseñanza prevista en el artículo 14, se cumplirá bajo la modalidad de proyectos pedagógicos. La intensidad horaria y la duración de los proyectos se definirán en el respectivo plan de estudios”.

De acuerdo con este ordenamiento jurídico, en la década de 1990 la educación sexual se desarrolló constitucional y legislativamente, incluyendo los decretos y las resoluciones reguladoras de la ley general de educación.

Luego, en 1999, el Ministerio de Educación Nacional en compañía del UNFPA desarrolló el Proyecto de Educación en Salud Sexual y Reproductiva de jóvenes para jóvenes. Más recientemente, en 2003, el gobierno nacional, con el apoyo de la misma entidad y por medio del Ministerio de la Protección Social, que integra los sectores de salud y trabajo, hizo pública la Política nacional de salud sexual y reproductiva.

En la actualidad, la inserción del Programa de Educación para la Sexualidad y Construcción de Ciudadanía en el marco de competencias ciudadanas representa una oportunidad para complementar las respuestas a los retos educativos encontrados recientemente. Se trata de 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.

De acuerdo con el Programa Nacional de Educación Sexual y Construcción Ciudadana y en concordancia con el artículo 14 de la Ley General de Educación No. 115 de 1994, reglamentado en el Decreto 1860 de mismo año y modificado por las Leyes 1013 y 1029 de 2006, se definió que además de las áreas obligatorias los establecimientos debían impartir formación en:

e) La educación sexual, impartida en cada caso de acuerdo con las necesidades psíquicas, físicas y afectivas de los educandos según su edad**.**

1. **MARCO CONCEPTUAL**

Con el marco conceptual se abordar algunos conceptos que son importantes en el desarrollo del proyecto.

**4.1 Salud Sexual.**

En el completo estado de bienestar físico, mental y social mas allá de la ausencia de enfermedades o dolencias, que permiten a un individuo relacionarse, sentir y expresar afecto, forma pareja, experimentar placer y ejercer libremente su identidad sexual; contempla dimensiones comunicativas, afectivas, placenteras y reproductivas que se reflejan en su conducta, actitudes y practicas frente a la diferentes experiencias de la vida.

**4.2. Salud Reproductiva.**

Es un estado general de bienestar físico, mental, social y no de mera ausencia de enfermedades y dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo sus funciones y procesos.

La atención en salud sexual y reproductiva, se define como el conjunto de métodos, técnicas y servicios que contribuye a la salud, al bienestar reproductivo y a evitar o resolver los problemas relacionados.

**4.3. Fecundidad**

Según la encuesta de Demografías y Salud –ENDS – de 1995, la fecundidad descendió casi 23% en los últimos 15 años. De mantenerse invariables los niveles actuales de reproducción, las mujeres tendrían 3 hijos de promedio durante toda la vida fértil.

La fecundación de adolescentes requiere atención presencial por la profunda repercusión que tiene en la vida de las jóvenes. Según la ENDS de 1995 el 17% de las mujeres de 15 a 19 años ya es madre o están embarazadas de su primer hijo: a los 19 años ya lo son de 4 de cada 10 y entre ellas hay un 9% que ya tiene por lo menos 2 hijos. La mitad de las mujeres ha tenido su primera relación sexual antes de los 20 años, en promedio casi un año antes del establecimiento de la primera unión.

Aunque la edad de inicio de la vida reproductiva ha variado poco en los últimos 20 años pues la mitad de las mujeres tienen su primer hijo antes de cumplir los 22 años, entre las mujeres con mayor educación se observa la tendencia a retrasar la iniciación de la maternidad.

**4.4 Planificación familiar.**

Los programas de planificación familiar deben ofrecer a las (los) clientes el acceso a una atención de alta calidad, por medio de una amplia gama de servicio anticonceptivos y de atención de seguimientos por el tiempo que lo requieran.

Los conocimientos de las mujeres en edad fértil y en unión, sobre los métodos anticonceptivos en Colombia, es casi dl 100%.los más conocidos son la píldora y el condón, la esterilización femenina y el dispositivo intrauterino (DIU). El 72% de las mujeres colombianas en unión esta usando anticonceptivos; la mayor prevalencia de uso se encuentra entre las mujeres de mayor nivel educativo y las residentes en la zonas urbanas. El mayor aumento en el uso de la esterilización se registro entre 1990 y 1995 al pasar de 21 a 26%. También aumento en forma considerable el uso del condón del 2 al 4%. La píldora es usada por el 12,9% y el DIU por 11;1% de las mujeres.

**4.5 Enfermedades de transmisión sexual y SIDA**

En la era del SIDA se ha prestado más atención a las ETS como peligros principales para la salud de reproducción. Antes de la era de las ETS virales incurables y a menudo mortales, no eran motivos de muchas preocupaciones para los hombres porque las enfermedades tradicionales salían ser asintomáticas o producían síntomas que podían tratarse con antibióticos y no tenían secuelas visibles duraderas para los hombres.

Actualmente se sabe que algunas ETS reducen la fertilidad masculina, ya que las infecciones pueden causar bloqueo de los conductos deferentes o causar epididimitis, que es una inflamación de los tubos por los que los espermatozoides se desplazan desde los testículos hasta los conductos.

Con frecuencias, la gente no sabe o no recuerda que la infertilidad afecta tanto a los hombres como a las mujeres. Particularmente en los países en desarrollo, es posible que se culpe a las mujeres e incluso que sus esposos se divorcian de ellas por la creencias de que ellas son las únicas culpables de no tener hijos.

Los hombres fueron la única causa o un factor contribuyen en la infértiles de más de la mitad de las 5.800 parejas infértiles que la OMS estudios entre 1979 y 1984.

**4.6 Sensualidad**

Es el conjunto de las expresiones de los órganos de los sentidos y del sensorio puesto al servicio de la función sexo- sexualidad es el entorno que enriquece la función sexo. Existe algo que la adoba algo que le da un timbre de calidad a la función. Es la manera de hablar, la forma de tocar, la galantería en la expresión verbal, es el reporte que aumenta el deseo y lo origina. Es como la sal que da el sabor preciso al alimento o el dulce que halaga el paladar, es lo que sucede durante el contacto y es lo que sigue al contacto como fuente de retroalimentación.

**4.7 Coito**

Se define como el ayuntamiento sexual consiste como su nombre lo indica en ayuntar. Juntar o unir. Es decir unir los genitales en penetración pene – vagina. No habrá coito o cúpula si no hay penetración genital, copula, coito y acto sexual vienen también a hacer sinónimo.

**4.8 Relación sexual**

La inmensa mayoría de las personas cuando se refieren a la relación sexual, significan con ella el acto sexual, cúpula o coito. Para otros no necesariamente la relación sexual incluye haber llegado a la cúpula. Es decir que dos personas pueden tener relaciones sexuales sin que necesariamente tengan un coito o penetración pene \_ vagina. En este caso bien podría hablarse de relación sexual, puesto que se entiende se acepta y se expresa en la intimidad.

**4.9 LA VIRGINIDAD**

Es un estado en el cual la persona lo general una mujer no ha tenido una expresión sexual coital, su himen intacto. Es decir, que la virginidad en este caso es una situación anatómica, que dependerá de la integridad de un tejido. Este concepto a dado origen a una de controversias por esto dividiremos la virginidad en anatomía conceptual.

**La virginidad anatómica. Es aquella en la cual como tradicionalmente** sea aceptado el himen se encuentra intacto debido a que la mujer no ha tenido relaciones.

La virginidad conceptual. Seria aquella en la cual la mujer no ha tenido un coito con plena voluntad y conocimiento del mismo. Es decir no ha tenido una relación sexual. En este caso por ejemplo una joven violada.

Anatómicamente no es virgen. Por cuanto su himen ha sido roto, pero desde el punto de vista conceptual de función sexual, de experiencia sexual, no hay pleno conocimiento y voluntad de tal manera que para la situación espiritual, conceptual es aun virgen.

**4.2.1. RELACION DE PAREJA**

La relación de pareja sea estable o transitoria, el encuentro de dos vidas, cada una con sus propias expectativas, gustos y afectos.

La afinidad en la relación de la pareja puede a llegar a significar para cada uno la dulzura de momentos que desvanecen o compensan las dificultades y enriquecen el futuro.

¿ que implica esta relación? Confianza, búsqueda, entrega, libertad, conocerse.

Si una relación significa muchas cosas es conocerse, es aprender acerca mismos confrontar la experiencia personal con la del otro, el propio cuerpo con el del otro, el dolor o el placer, el pasado o futuro se puede aclarar la otra dimensión de vivir. Este intercambio conlleva miedos y ansiedades se quiere entregar, pero se teme ser poseído.

**4.2.2. MASTURBACION**

La masturbación es la auto estimulación de los genitales a pesar de presiones es corriente la auto estimulación de los genitales tanto en hombre como en mujeres.

Para la mayoría de los pueblos la masturbación representa una forma inferior actividades sexuales que los adultos no deben practicar.

La masturbación se toma de acuerdo a la cultura, para algunos se puede ver libremente, para otros no es problema, si se practica en privado, otros lo toma como indicio de enamoramiento.

En otras culturas se alienta a los jóvenes de ambos sexos a que se masturben hasta alcanzar el orgasmo y se considera que es una práctica sana y una alternativa para desfogar el alto deseo sexual de los adolecentes. Cuando la persona es adulta se considera como una conducta inmadura que es la continuidad en la vida adulta de hábitos infantiles naturales.

**4.2.3 Zoofilia**

Denominada también bestialismo se refiere al contacto sexual con animales. Es considerada una aberración sexual, se da el coito o cúpula entre un humano y un animal.

**4.2.4. Voyerismo y Escopofilia**

Es el hecho de mirar repetidamente a gente que ignora ser vista, por lo general a extraños que se encuentran desnudos o desnudas practicando algún tipo de actividad sexual. Voyerismo se refiere al placer sexual derivado de la observación de personas desnudas la escopofilia ha observar prácticas sexuales y genitales.

**4.2.5. Fetichismo**

El rasgo primordial es el uso de objetos no vivos FETICHE como método repetidamente preferido, e incluso exclusivo, para conseguir la excitación sexual. La actividad sexual puede involucrar solo el fetiche tal como ocurre en la masturbación.

El fetiche también significa embrujo, hechizo se puede conseguir la excitación al tocar o contemplar parte del cuerpo de la pareja de la región genital. Pero especialmente con objetos que pertenezcan a la persona. Una camisa, un pantalón etc.

**4.2.6. Pedofilia.**

Es el acto a al fantasía de establecer relaciones sexuales con niños en edad prepuberal. Como método repetidamente preferido o exclusivo de conseguir excitación sexual.

La palabra pedofilia se deriva del griego “paidos” : Niños y “filios”: Amor. Significa entonces literalmente amante de los niños. Se siente atracción hacia niños del mismo sexo o de otro sexo.

A pesar de la mayoría de las veces, no se presenta ataques a los niños, se hay un grupo de pedófilos agresivos que presentan un historial de conducta antisocial y agradecen a sus víctimas causándoles daños físicos.

La atracción hacia otros niños puede comenzar en cualquier momento de la vida adulta, pero es mas frecuente en edad intermedia. Son personas descritas como inseguras que prefieren buscar el contacto sexual con personas más jóvenes a quienes pueden manipular o mandar , sin el riesgo del rechazo o de que puedan fallar.

**5. Contenido temáticos:**

Los programas educativos se han adaptado en sus contenidos a las necesidades e inquietudes de las personas participantes.

**5.1 Los padres / madres y la educación sexual:**

Como padres y madres, evidentemente tenemos mucho que decir y que hacer ante la educación sexual de nuestros hijos e hijas, como tutores y responsables morales de ellos tenemos el derecho y la obligación de intervenir sobre este aspecto de las vida de los chavales y chavalas, sobre el que existe una grande proporción entre la poca atención que se le presta y la norma importancia que tiene como componentes esencial de la vida de las personas.

Ya hemos comentado en alguna parte de estos materiales para la formación y el debate que la realidad social ha cambiado enormemente en las últimas décadas ante la percepción y la educación de la sexualidad. No obstante puede ser oportuno recordar que no hace mucho tiempo, tratar este tema era algo imposible para muchas personas “educadas” y en muchas “familias decentes”. Imperativos morales y religiosos caían como una losa sobre cualquier duda o amago de conversación.

Todo esto tiene unas consecuencias inmediatas sobre nuestro presente y el de nuestros hijos e hijas. Muchas de las personas de las que ahora leéis estos materiales para formación y el debate conocéis directamente estas circunstancias y habéis vivido en nuestras propias carnes este modelo represivo y negado de la sexualidad. Aunque de niños / as y adolecentes lo hayáis podido vivir así en algún momento, la ausencia de comentarios o el silencio a vuestras preguntas infantiles no eran consecuencias del deseo de vuestros educadores- padres / madres o maestros si no de las coordenadas de una realidad social de las que también ellos eran víctimas.

De la misma manera hoy en dia no es demasiado difícil encontrar padres y madres de 30 y 40 años que enfrentan con pudor y cierta vergüenza tratar cuestiones referidas a la sexualidad con sus hijos e hijas, victimas también de sus circunstancias. Ante situaciones como estas nos movemos en una clara alternativa. O nosotros, padres y madres somos capases de alterar nuestros esquemas profundizando conocimientos y variando nuestras actitudes o bien, sin cambiar nosotros, tampoco cambiara la educación sexual de nuestros hijos e hijas, quienes, a través de lo que digamos y callemos, reproducirá nuestros temores, dudas y frustraciones.

En ocasiones resulta duro contemplar como determinados programas de educación sexual en centros educativos concretos son parados en seco por un grupo de padres y madres. Habitualmente hay un error de partida en el planteamiento: No se ha tenido en cuenta la opinión de los padres y madres del centro con antelación. Igualmente cierto es que por debajo de los argumentos esgrimidos por los padres / madres que desean la paralización de las actividades de educación sexual, se encuentra entre otras razones, su propio desconcierto e inhibición ante este tema.

Ya hemos planteado anteriormente la necesidad de que cualquier programa de educación sexual debe ser primeramente analizado y discutido por todo los interesados: todos los integrantes de la comunidad educativa debe tener la oportunidad de expresar sus opiniones y contractarlas con los demás. La razón básica para ello, además de evitar incidentes afortunadamente no generalizado como los mencionados es partir de planteamientos y objetivos comunes, además de realizar tareas complementarias en la educación sexual de nuestros hijos e hijas.

Los niños / niñas y adolecentes tienen continuamente a sus padres y madres y a sus profesores como modelo de personas adultas y como fuente continua de información. Es importante que los padres y madres y el profesorado seamos capases de unificar criterios y responder de una manera homogénea ante las dudas y las demandas de los chavales. Las informaciones contradictorias restan veracidad entre si y tiene poco sentido que nuestras actuaciones ante la sexualidad de nuestros hijos acaben en batalles campales como padres y madres tenemos dos caminos abiertos para abordar la educación sexual de nuestros hijos e hijas. En primer lugar, dentro de la familia, somos personas significativas para ello y podemos actuar continuamente de forma educativa. Para ello solo es necesario discutir con nuestra pareja un plan de acción y ponerlo en marcha.

**5.2 IDENTIDAD SEXUAL**

La sexualidad es una faceta del ser humano que tiene múltiples manifestaciones y que puede ser estudiada y entendida desde muy diversos puntos de vistas.

Nuestra naturaleza sexual, es decir el poseer una serie de características biológicas que nos diferencian de individuos reproductivamente complementarios, da origen a una serie de ideas creencias, conocimientos, valores y actitudes, respeto a nosotros mismos y a la forma de relacionarse con los demás y con el medio ambiente. Poco a poco al avanzar el proceso del desarrollo biológico y psicosocial, esta serie de ideas adquieren coherencias, sistematización, en una palabra se organiza respeto de la otra, de manera tal que lejos de ser concepciones independientes, relativamente aisladas, adquieren un carácter de totalidad que nos permiten hacer usos de ellos en forma unitaria e integrada.

Cuando nuestras concepciones acerca de nuestro ser sexual se encuentran integradas y organizadas hablamos de identidad sexual.

La identidad sexual funciona en cierta medida, como maco interno de referencia, sin el cual no sería imposible encontrar sentido en muchas de nuestras interacciones humanas.

Son cuatro las fuentes de vivencia que generan a su vez, concepciones que paulatinamente se irán conformando e integrando en nuestra identidad sexual: El género, el erotismo, la vinculación interpersonal y la reproductividad.

* El género. Entendido como la condición humana producto del dimorfismo (existencia de dos formas) de la especie humana, produce desde muy temprano conceptualizaciones en el niño o en la niña.
* La identidad sexual, se inicia cuando el niño o niña comienza a conocer sus órganos sexuales y a diferenciarlos claramente de los de sus compañerito o compañerita.
* El erotismo. Se refiere a la serie de ideas, concepto, valores actitudes respecto a las relaciones fisiológicas placenteras que conocemos como respuestas sexuales.
* Desde los primeros meses de vida, la estimulación física en la zona genital va a producir en el bebe sensaciones placenteras acompañadas de reacciones fisiológicas de un carácter especial.
* La vinculación interpersonal el primer vínculo que aparece en la vida es el materno infantil. Alrededor de los seis meses de edad el bebe empieza a manifestar angustia ante la separación de la madre: Esta es la manifestación de un fenómeno intelectual de gran importancia, el reconocimiento el que la madre, o persona que la constituya, constituye la fuente primordial de satisfacción de necesidades.
* A partir de esa primera experiencia se amoldara, en gran parte, el futuro desarrollo de la personalidad.
* La reproductividad es la potencialidad humana de reproducirnos. Es claro que durante la infancia existe solo como potencialidad futura, pero sin embargo, tan pronto como los procesos de identificación, así como las capacidades intelectuales han avanzado suficientemente, la pequeña niña empieza a darse cuenta de su posibilidad reproductiva como futura madre y el niño de su potencialidad de padre.

**5.3. LA EDUCACION SEXUAL DE LOS NÑOS**

**5.3.1. EL DESPERTAR DE LA SEXUALIDAD: LA PUBERTAD**

Los primeros cambios y las primeras sensaciones.

**5.3.2. Un reloj biológico tensión padre y profesores.**

La sexualidad nace con el ser humano y le acompaña durante toda su vida.

Empieza con el comportamiento natural e instintivo del bebe que se toca los genitales y continua con la exploración juego de médico y enfermera de los niños.

Pero es la **pubertad** cuando se despierta activamente la sexualidad para recorrer un camino de aprendizaje y experimentación llamado adolescencia, que desembocara en la madurez sexual.

**5.3.3. Etapas en el desarrollo social y sexual.**

**De 0 a un año.**

La sexualidad en un niño recién nacido, esta muy vinculado a la relación con sus padres. Su vivencia a través de los ciudadanos y las caricias de sus progenitores. A través de ellos se crean lasos afectivos que serán necesarios para el desarrollo social y sexual de estos niños.

**De 1 a 3 años y medio**

En la segunda etapa, el niño tiene un estrecho vinculo con su familia, esto hace que su pensamiento se valla enriqueciendo. En esta etapa se oponen a las reglas que imponen sus padres, como una forma de afianzar su independencia. En esta etapa se experimenta mas sensaciones de placer al controlar los esfínteres y a evacuar, con lo que empiezan a conocer su cuerpo, lo que necesita y lo que le produce placer.

**De 3 años y medio a seis años**

En la tercera etapa, se caracteriza por la exploración del mundo, tanto a nivel físico como social, con lo que refuerzan los vínculos con su familia y amigos.

Por ello, comienza a describir su sexualidad y nos encontramos con el periodo de enamoramiento del padre del sexo opuesto o en algunos casos hasta del mismo sexo “complejo de Edipo” y “complejo de Electra”.

Por otro lado se aprenden a relacionarse con otros y a enseñar sus roles sociales así como a identificar su propio sexo es importante que los padres no ocasionen las conductas que pueden ser del sexo opuesto.

**De 6 a 9 años**

En la etapa cuarta comienza el crecimiento físico va equilibrándose con el desarrollo afectivo, permitiendo que surja el interés de conocer y saber sobre el mundo y sus fenómenos. De la misma manera es fundamental el reconocimiento de las personas de su entorno hacia ellos, y como afecta esto a la concepción de su propia imagen.

El interés sexual se centra en el conocimiento de los órganos sexuales. Los juegos sexuales, mixtos o entre miembros del mismo sexo, forman parte de esta etapa y son un elemento clave para la formación de la identidad sexual. Los valores de la sociedad y de la familia sobre la sexualidad influyen mucho en esta etapa.

**De los 10 a 14 años**

Las hormonas sexuales se activan en esta etapa, estas son las que determinan los cambios físicos y psicológicos, al principio el cuerpo sufre un crecimiento acelerado. Después surgen una serie de cambios de hormonas: A las chicas le crecen las caderas, los pechos, le sale bello en la pelvis y a los chicos: Les cambia la voz, les crecen los genitales y le sale bellos en el pubis.

Hay cambios en la apariencia pero psicológicamente aun no han madurado.

Las niñas se desarrollan antes que los niños. Es la etapa de la rebeldía con los padres.

**Pre – adolescencia**

En esta etapa se alcanza la madures biológica, psicológica y social. En este periodo el preadolescente experimenta emociones contradictorias. Por una parte aun no ha abandonado su parte de niño, pero experimenta a su vez sensaciones propias de adulto.

**Adolescencia**

En la adolescencia la búsqueda de una identidad propia es la tarea central.

Se crean conflictos e inseguridades. Los conflictos con los padres son numerosos, ya que suelen presionarles y empujarles a tomar decisiones según sus definiciones. Los jóvenes hacen duras críticas a la sociedad y a sus padres se crean amistades solidas.

En este momento los jóvenes comienzan a establecer relaciones de pareja.

Los padres deben establecer una serie de normas de una forma consensuada con sus hijos. A partir de allí los jóvenes pueden tomar sus propias decisiones siempre que respeten los valores y normas de las personas.

**5.4 Declaración universal de los derechos sexuales**

En el congreso mundial de sexología decimo tercero celebrado en 1997 en Valencia España se formulo la declaración universal de los derechos sexuales, posteriormente revisada y aprobada por la Asamblea General de la Asociación de Sexología, Was , 26 de Agosto de 1999 en el 140° Congreso Mundial de Sexología, Hong Kong:

**5.4.1. Derechos Sexuales**

1. El Derecho a la libertad sexual
2. . El derecho a la Autonomía sexual, integridad sexual y la seguridad del cuerpo sexual.
3. El Derecho a la privacidad sexual
4. El Derecho a la Igualdad sexual
5. El Derecho al placer sexual
6. El Derecho a la Expresión Sexual Emocional
7. El Derecho a la Libre Asociación Sexual
8. El Derecho a tomar Decisiones Reproductivas libres y Responsables
9. El Derecho a la información basada en conocimientos científicos.
10. El Derecho a la Educación Sexual comprensiva.
11. El Derecho a la atención clínica de la Educación Sexual.

**5.4** **.2.** . **Sexualidad y genitalidad**

Es frecuente confundir y reducir el significado de la sexualidad a genitalidad. La genitalidad, aunque importante, solamente es una parte de la sexualidad. También es frecuente simplificar el concepto sexualidad limitándolo a la copulación y fecundación. De estas confusiones se deriva la negación de algunos de los padres a que sus hijos reciban educación sexual en la escuela.

**5.5. Métodos anticonceptivos**

Articulo principal: Métodos anticonceptivos

Pre-coital y coital

**-El** **anillo vaginal o anillo anticonceptivo** mensual: Es un anillo de plástico flexible que la mujer coloca en la vagina como si fuera un tampón higiénico. En la vagina el anillo libera las hormonas anticonceptivas en una dosis muy baja y constante sin picos de hormonas, que pasan a la sangre e impiden la ovulación. Su eficacia es del 99,7%

**El parche anticonceptivo** semanal: es un parche que se coloca sobre la piel limpia y seca y a través de la piel el parche libera hormonas anticonceptivas que impiden la ovulación. Vigilar todos los días que el parche este bien pegado.

**La** **píldora anticonceptiva:** la píldora contiene hormonas que impiden la ovulación y se toma una vez al dia durante 21 días y hay que tener 7 días de descanso.

- Implante hormonal: Es un método anticonceptivo a largo plazo. Consiste en la inserción bajo la piel del brazo de una pequeña varilla de plástico flexible, que libera una hormona en dosis muy bajas.

- El **DIU** (dispositivo intrauterino):Funciona impidiendo el paso de los espermatozoides en su trayecto intrauterino, evitando así la fecundación y también, la implantación del ovulo en el útero.

**Preservativo femenino** y el **preservativo masculino:** Aunque el preservativo es eficaz frente a embarazos, no es tan seguro como un método anticonceptivo hormonal. Por eso, se usa una combinación de métodos, que se conoce como doble protección.

Consiste en usar conjuntamente un método de barrera (preservativos) con un anticonceptivo hormonal (la píldora, el anillo o parche), el primero como protección frente a ETS y el segundo para evitar embarazos no deseados.

-Otros métodos anticonceptivos: coito interrumpido, Ogino-knaus, temperatura basal, control del moco cervical o método Billings, uso de espermicida, diafragma e inyección de progestágeno.

**\_**Esterilización o Anticoncepción irreversible: ligadura de trompas, dispositivos intratubaricos y vasectomía.

**Postcoital**

**\_** Anticonceptivos de emergencias: Levonorgestrel(conocido como píldora del dia después o píldora del dia siguiente), **Acetato de ulipristal** (conocido como píldora de los cinco días después, marca ellaOne), **Dispositivo intrauterino (**insertado después del coito),

**Mifepristona** (RU-486) en muy pequeñas dosis (20-50 mg) y siempre bajo supervisión médica, **método de yuzpe** (combinaciones de estrógenos y progestinas),

**5.6. Enfermedades de transmisión sexual**

Enfermedades de transmisión sexual

Las infecciones de transmisión sexual o enfermedades de transmisión sexual (ETS) se transmiten de persona a persona solamente por medio de contacto intimo que se produce, casi exclusivamente, durante las relaciones sexuales. Son frecuentes, entre otras, la gonorrea y la sífilis y de especial gravedad el VIH que produce el SIDA. En los últimos años se han observado uretritis no gonocócicas, difíciles de diagnosticar. Otras ETS son la clamidia, papiloma humano, herpes genital, tricomoniasis.

La mejor prevención para evitar enfermedades de transmisión sexual es el uso del preservativo en las relaciones sexuales, así como una higiene coital y postcoital adecuada.

**5.7. Orientación sexual: heterosexualidad, homosexualidad y bisexualidad**

**Orientación sexual**

La orientación sexual se clasifica habitualmente en función del sexo o de las personas deseadas con el del sujeto:

**\_** Homosexual (hacia el mismo sexo)

**\_** Heterosexual (hacia el sexo opuesto)

**\_** Bisexual (hacia ambos sexos )

**\_** Asexual (falta de orientación sexual)

**\_** Pansexual (hacia todo o todos, incluyendo inclinación a las personas con ambigüedad sexual, transexuales / transgenéros, y hermafroditas)

**Informe kinsey**

Dentro de los estudios sobre demografía de la orientación sexual el informe kinsey constituyo un hito en el momento de su realización (1948-1953). Este informe contradice las simplificaciones sobre la orientación sexual que la reducen en la heterosexualidad y homosexualidad como dos caras opuestas y donde la bisexualidad estaría en un punto intermedio. La realidad que muestra el informe Kinsey es más compleja. Realizado por Alfred C. Kinsey es uno de los más amplios estudios llevados a cabo sobre Conducta Sexual Humana y ofreció como resultado un modelo en que se situarían los diferentes individuos (hombres o mujeres) en una **escala del 0 al 6** en función de su historia y vivencia sexual previa, ya sea en determinado momento de su vida o en toda la vida:

**\_** 0. Exclusivamente heterosexual.

**\_**  1. Predominante heterosexual y solo incidentalmente homosexual.

**\_** 2. Predominante heterosexual y con experiencias homosexuales más que incidentales.

**\_** 3. Igualmente heterosexual y homosexual (bisexual).

**\_**.4.Predominantemente homosexual y con experiencias heterosexuales más que incidentales.

**\_**5.Predominantemente homosexual y solo incidentalmente heterosexual

**\_** 6. Exclusivamente homosexual.

**5.8. Prácticas sexuales**

**Masturbación**

Articulo principal: masturbación

La masturbación, tanto masculina como femenina, es la estimulación de los órganos genitales con el objeto de obtener placer sexual, pudiendo llegar o no al orgasmo.

La masturbación se inicia en la infancia de manera mas o menos explícita.

En la adolescencia la frecuencia máxima puede llegar a varias veces al dia para chicos y 3 0 4 veces por semana para las chicas, disminuyendo con la edad. Existen periodos en que los porcentajes aumentan.

Las técnicas de masturbación son numerosas pero, generalmente, consiste en la estimulación directa de los órganos externos.

En el hombre, consiste en extender el cuerpo del pene con las manos y efectuar movimientos bastantes vigorosos de adelante hacia atrás (con o sin cubrir el glande por el prepucio). La estimulación directa del glande y la parada puede hacerse al principio pero se convierte rápidamente muy sensible y desagradable cuando la excitación es fuerte.

En la mujer, la estimulación directa se hace al nivel de los labios menores (sobre todo internos) y alrededor del clítoris evitando el glande clitoridiano que es también muy sensible en cuanto la excitación es fuerte. Los movimientos manuales de la mujer son mucho más lentos y suaves que los del hombre. Lo mas común es que la mano de la mujer pase de los labios menores a la región clitoridiana y hacia la entrada de la vagina.

**Petting**

Se denomina pettting a las relaciones sexuales sin penetración (coito). El coito posibilita, cuando se realiza sin métodos anticonceptivos, el embarazo y la reproducción. El petting consiste en intercambio de caricias, besos, (con obtención de placer y/ o afecto) pero sin llegar a a penetración . En este tipo de relaciones sexuales sin coito no es necesario el uso de métodos anticonceptivos. Las relaciones afectivo-sexuales deben ser placenteras y seguras.

**5.9. Desordenes sexuales:**

**Parafilias**

Se denominan parafilias a los desordenes sexuales. Estas perversiones consisten en prácticas sexuales que no se consideran “normales”. Determinadas prácticas sexuales pueden ser o no calificadas de parafilias en función de: La intensidad de las mismas, la exclusividad de las mismas, y el respeto a la libertad sexual de los otros.

Según el DSM IV, son desordenes sexuales caracterizados por las fantasías sexuales especializadas, así como necesidades y prácticas sexuales intensas, que suelen ser repetitivas y generan molestias o ansiedad en el individuo. Se refieren a comportamientos sexuales caracterizados por la excitación del sujeto ante objetos y situaciones que no son patrones normativos o se alejan de estímulos sexuales.

En las perversiones o parafilias encontramos anormalidades tanto en la cualidad de los impulsos sexuales como en el objeto. Es así como el sadismo, el masoquismo, el voyeurismo y el exhibicionismo muestran perturbada la naturaleza del impulso sexual. En cambio, en la pedofilia y la zoofilia, el objeto normal ha sido remplazado, lo que lo convierte en “anormal”. Existen infinidad de parafilias: Las filias como ocurre con las fobias son tan extensas y variadas como individuos que puedan proponerlas, imaginarlas o sentirlas.

**6. VALORES DE LA SEXUALIDAD**

Un valor sexual es una cualidad real o ideal, deseada o deseable por su bondad, cuya fuerza estimativa orienta la vida humana, desde su dimensión comunicativa y simbólica.

Así se puede afirmar que el valor sexual dinamiza el crecimiento personal.

En apropiaciones creativas de valores sexuales se va ensanchando el horizonte de nuestra vida como un continuo estar dando de si nuestra propia realidad personal, para bien nuestro, de quienes nos rodean y de la entera humanidad.

La estructuración siempre pedagógica de las categorías de valores sexuales que utilizaos para un cuestionario sobre valores sexuales de los futuros profesionales de la Educación de Granada es la que presentamos ahora: Valores sexuales, corporales, intelectuales, afectivos, estéticos individuales, liberadores, morales, sociales instrumentales e integrales.

* Valores sexuales corporales: Aquellas cualidades relacionadas con la sexualidad humana cuya fuerza o centro principal es el cuerpo como materia viva de la persona.
* Calores sexuales intelectuales: Cualidades cuya referencia central es la naturaleza racional del hombre , en cuanto contenido, proceso o resultado en relación con la sexualidad.
* Valores sexuales afectivos: Cualidades sexuales cuyo contenido afecta a nuestra reacciones psíquicas de agrado: a los estados de emoción, sentimiento o pasión.
* Valores sexuales estéticos. Cualidades sexuales que son deseadas o deseables por su belleza en sus manifestaciones en las personas, en el arte o la naturaleza.
* Valores sexuales individuales- liberadores: Los valores sexuales individuales- liberadores son cualidades sexuales que prioritariamente refieren el aspecto singular y autónomo de la persona, así como sus consecuencias.
* Valores sexuales morales: Los valores sexuales morales se centran en la estimación ética: La bondad o maldad de las acciones sexuales en cuanto tales, atendiendo al fin o al deber.
* Valores sexuales sociales: Afectan directamente a las relaciones sexuales sociales e institucionales, en su contenido y en el procedimiento o finalidad.
* Valores sexuales instrumentales: Son aquellos que estimamos mas como medios que como fines, relacionados con los beneficios que reportan en nuestro crecimiento sexual.
* Valores sexuales integrales: Se refieren principalmente a varias o a todas las dimensiones sexuales de la persona, mostrando percepciones más globales.

**7. ¿QUE ME ESTA PASANDO?**

**7.1. LAS PRIMERAS SENSACIONES EN CHICOS Y CHICAS**

**En ellos….**

Cuerpo y mente están estrechamente relacionados y esto es algo que saben muy bien los que están en esta época de transito. Los muchachos experimentan transformaciones físicas que van acompañadas inevitablemente de ciertas sacudidas psíquicas. A esta edad, los chicos pueden estar biológicamente preparados para mantener relaciones sexuales e incluso llegar a ser padres, puesto que son capaces de eyacular, pero sienten que su mente, su edad real, sus expectativas, sus estudios, su grado de madurez, todavía no ha alcanzado la madurez necesaria.

**Aun queda mucho por aprender.**

Los chicos suelen ser más lanzados que las chicas. Por ejemplo, en el vestuario de los niños es más común que estén todos desnudos y que se duchen al mismo tiempo y, entre broma y broma, vayan informándose.

Quizás surjan bromas porque uno de ellos ha tenido una erección inoportuna e involuntaria cuando estaba en la piscina. Y seguro que no se pasara por alto el tamaño de los penes, ya sea por exceso o por defecto.

Para despejar las incógnitas que se abren a su paso, los niños recurren a la camaradería masculina, en cuya compañía se mueven como “pez en el agua” para superar la timidez que se sienten ante el otro sexo. El aumento del impulso sexual les lleva a interesarse por las chicas, están muy pendientes de ellas, aunque quieran aparentar lo contrario o incluso se burlen de algunos por estar “colgados” de fulanita o menganita. Por mucho que quieran disimularla, es una etapa donde aparecen los primeros enamoramientos.

**Sueños húmedos**

Comienzan las poluciones nocturnas y empieza el proceso de descubrir el pene como un órgano que se va transformando. Lo manipulan, y en la medida que lo manipula descubren que tiene una piel que se mueve y que además de servir para orinar, ahí pasan cosas nuevas. Todos estos hallazgos van unidos en nuevas sensaciones que poco a poco derivan en la masturbación.

**Se sienten llegando a hombres**

Por lo general, los chicos están orgullosos de sus nuevas manifestaciones de virilidad e incluso compiten entre ellos para ver cual es mas hombre pero al mismo tiempo muchos viven con verdadera preocupación las burlas de algunos mayores.

**En ellas**

En esta etapa de su vida las niñas están muy pendientes de su desarrollo físico. Se encuentran inmersas en un proceso de cambio en el que perciben que ya no son niñas pero que tampoco tienen los pechos de una mujer adulta ni el pubis cubierto de bello.

Viven con una mescla de curiosidad, entusiasmo y un poco de vergüenza hacia el mundo que le rodea. Es la época en la que, aunque no se marquen aun los pezones, empiezan a tener conciencia del pudor y dejan de pasearse desnudas por la casa.

Hablan mucho entre ellas, continuamente se están preguntando las unas a las otras.

A diferencia de los muchachos, ellas no suelen hacer ostentación de sus hallazgos pero se preguntan si ha crecido o no ha crecido el pecho, si una tiene un pelo en el pubis e incluso empiezan a contárselos porque al principio salen pocos y se explican si son más largos o son más cortos y también, por el desconocimiento, algunas se preguntan: Si estos pelos siguen creciendo, debería cortármelos. Ante el temor de las niñas de que algo vaya por mal camino por el simple hecho de observar en su cuerpo algo diferente, han de tener en cuenta que los pelitos del pubis crecen hasta un punto, que no todos los pelos son iguales así como todos los pubis no son iguales, que cada persona tiene un forma de monte de Venus, que unas tienen los pelos mas rizados otras más lisos.

Las chicas son más moderadas que los chicos, pero igual que ellos experimentan fuertes sentimientos sexuales. Ante la presencia masculina, aparecen los primeros síntomas de coquetería. Quizás, de un modo inconsciente se mueven de otra forma se acarician el pelo constantemente, se sientan con delicadeza, lanzan miradas picaras, quieren gustar a los chicos, pero a la vez sienten miedo de las consecuencias que una relación con ellos les pueda acarrear.

En la pubertad, tanto los chicos como las chicas comienzan a percibir de forma natural ciertas sensaciones excitantes y placenteras que no conocían hasta entonces. En ese momento, la calidad de la información será determinante para asumir las reacciones fisiológicas de una forma sana.

**Pubertad en las señoritas**

**Hay una mujercita en la casa**

Glándulas mamarias, crecen vellos en el pubis y en las axilas.

La primera menstruación… Atención, papás, la niña

**Se está transformando en mujer**

Investigadores de renombre en el campo de la psicopedagogía encuentra absolutamente justificado el hecho de considerar la adolescencia como un periodo especial en la vida del ser humano.

Si bien desde la óptica del psicoanálisis el desarrollo del individuo es una continuidad, la irrupción de cambio orgánico ostensible convierte a la pubertad, de hecho, en una edad muy particular.

**Periodo revolucionario**

Una de las más importantes de los investigadoras en el campo de la salud mental de los púberes, se cuestiona si se trata de una edad cerrada, marginal o, por el contrario, de una metamorfosis del niño en adulto. Sea como fuere, es un momento en la vida del varón y de la mujer que debe ser fortalecido, y esta es tarea de padres y educadores.

Medicadamente la pubertad femenina es un periodo revolucionario. Ya antes de la primera menstruación, el crecimiento de las mamas y la aparición de vello en el pubis y las axilas son sellos imposibles de no ver en el espejo.

Otro de los hechos trascendentales que marcan la adolescencia es el gran aumento de la velocidad de crecimiento corporal. El momento de máximo crecimiento es alrededor de los 12 años. La niña habrá de crecer en promedio entre 17 y 33 cm a partir de la pubertad.

**Hormonas en acción**

En este momento es fundamental el papel de las hormonas ováricas. Ese órgano, que habrá estado en reposo desde el nacimiento, toma rápidamente un fuerte ritmo de trabajo. Aun antes de que aparezca la primera menstruación de los estrógenos producidos por los ovarios estimulan el crecimiento actuando por su simple acción “anabólica “ (incorporar al organismo los alimentos transformados en el aparato digestivo para ser utilizados en el aumento de masa corporal).

Pero también los estrógenos influyen sobre un tipo especial de hormona, llamada “del crecimiento”, a la que asociaran para dar el impulso definitivo al “estirón” típico de los primeros años de la adolescencia.

El vello pubiano aparecerá cerca de los 11 años (con extremos que van desde los 9 a los 13). Las mamas comenzarán su desarrollo a los 10.8 años (con extremos similares a los del vello pubiano), es decir, un poco antes.

Las mismas habrán de recorrer un largo camino antes de tomar la conformación adulta, la que puede legar cerca de los 18 o 20 años.

**La primera menstruación**

No hay duda alguna de que, sin embargo, el hecho único que marca el comienzo de la adolescencia es la menarca (primera menstruación). A fines del siglo pasado la primera doctora chilena, Eloísa Díaz, estableció que esta se producía entre los 15,3 y 15,4 años. Ahora en cambio y conforme con el avance que se ha registrado mundialmente en este sentido, la edad promedio de la menarca en Chile oscila entre los 12,2 y 12,3 años.

Según el doctor Ramiro Molina, director del Centro de Medicina Reproductiva del Adolescente de la Universidad de Chile, este promedio es bastante parejo en todo el país , con muy leves diferencias según estrato socioeconómico y residencia urbano-rural de las jovencitas.

De cualquier modo, todos conocemos niñas que menstruaron a los 9 años. Por lo general, es una cuestión familiar. Sabemos si que aquellas que menstruaron mas tempranamente, como lo hicieron sus madres y abuelas, serán de estatura mas baja y de mayor volumen mamario. Es que, si bien los estrógenos apuran el crecimiento, cuando comienzan a circular demasiado temprano, limitan la estructura produciendo el cierre anticipado de una porción de los huesos largos denominada “cartílago de crecimiento”.

Una vez que ello ocurre, el aumento de estatura será más limitado. Por el contrario, aquellas chicas que menstrúan tardíamente, a los 14 ó 15 años, serán altas, flacas y por lo general de poco busto.

**La tímida visita al ginecólogo**

No debe existir para la adolescente algo que asuste más que la idea de visitar al ginecólogo. Sin importar el sexo del profesional, lo que se recomienda es que solo se consultado un ginecólogo que tenga experiencia y preparación en medicina del adolescente.

Así como ahora hay pediatras y clínicos especializados en esta etapa de la vida, los ginecólogos que deciden atender adolescentes deben acceder antes a una formación especializada que les permita conocer la psicología particular de la mujer a esa edad.

A veces, ocurre que la confianza de la mamá en su medico de toda la vida la lleva a proponerle que atienda a su hija. Esto debe ser evaluado con suma cautela: Es aconsejable hacerlo solo si el profesional lo acepta de buen grado y puede ofrecer algún antecedente al respecto.

Hay distintas opciones acerca del examen físico. Yo me inclino por la que dice que la adolescente no debe ser examinada en la primera consulta. Si bien desde el punto de vista de la economía de la salud podría resultar más costoso, es preferible si el caso lo recomienda recurrir a estudios hormonales y ecografías (realizadas por vía abdominal).

Por supuesto que si la adolescente tiene relaciones sexuales y consulta por flujo y ardor, el examen genital se impone. En ese caso, deberá evaluarse individualmente la conveniencia de que sea acompañada durante el mismo por la mamá o por un asistente.

**La presencia de mamá**

Las familias son un universo de individualidades y así como cada paciente es una persona en particular, la relación entre madres e hijas abarca una variada gama de situaciones.

Muchas chicas confían en sus madres como su mejor amiga; otras prefieren una discreta privacidad y algunas en el orto extremo- no pueden compartir sus preocupaciones con ellas por la mentada “brecha generacional”.

El especialista en ginecología de la adolescencia debe percatarse durante la entrevista inicial que es lo que ocurre. Por ejemplo, en mi caso particular, casi por rutina, si la mamá está presente, dejo para otro momento el interrogatorio acerca de la vida sexual.

**Ciclos irregulares**

Muchas mujeres menstrúan con regularidad desde la primera vez y lo harán, luego de la etapa adulta de la vida hasta la menopausia (última menstruación). Pero otras tantas presentan al inicio y al final de sus vidas reproductivas ciclos irregulares.

Esto no debe ser tomado como algo patológico: Es simplemente un periodo de adaptación. Los atrasos menstruales reiterados (oligomenorrea) constituyen uno de los motivos de consulta más frecuentes en la adolescencia.

Descartada la posibilidad de embarazo, el tratamiento depende de diversos motivos, entre ellos, por su apuesto, el diagnostico al que llegue. En ocasiones, si el trastorno no es demasiado grave, se opta por dejar que actué el tiempo, sin corregirlo. La mayoría de las mujeres normaliza su ciclo a partir de la tercera década de la vida. Para muchas, el estimulo del inicio de las relaciones sexuales o el embarazo son el donante para que todo se haya arreglado.

Se aconseja no tratar a todas las adolescentes de rutina, menos aun si no han cumplido por o menos cuatro años de ciclos menstruales. Los dopajes hormonales y las ecografías ginecológicas nos ayudan a los especialistas a determinar los casos que requieren medicación.

**Otros motivos de consulta**

Uno no menor es el dolor menstrual. La endometriosis, una enigmática y oculta enfermedad, se disimula muchas veces detrás de un intenso dolor pre o intramenstrual. Cuando los siclos son, además, irregulares y existe el peligro de un embarazo, las píldoras anticonceptivas constituyen una solución eficaz.

Pero esta situación, como en otras, una vez mas hay que recomendar prudencia: Salvo casos de extrema peligrosidad, se prefiere postergar la administración de anticonceptivos orales hasta tanto la adolescente haya tenido por lo menos cuatro años de menstruaciones. En otras palabras: Si la menarca fue a los once años, no debería recibir la píldora antes de los 15 ó 16.

El flujo genital, el ardor vulvar y los conflictos asociados a estas situaciones son otros motivos frecuentes de visita al ginecólogo, aun cuando no se haya iniciado la vida sexual. En mas jovencitas especialmente el cuidado con el lenguaje y las actitudes durante la consulta y el inevitable examen genital (externo) adquieren significativamente importancia. La buena o mala aceptación del tratamiento tiene mucho que ver con la manera en que la niña sea tratada.

**Quistes de ovario**

Como hemos dicho, la adolescencia es un periodo de transición, en el que los trastornos menstruales se presentan con frecuencia en muchas oportunidades, estos son debidos a la presencia de quistes de ovario o bien se asocian a ellos. Mayoritariamente, se trata de trastornos funcionales transitorios los quistes, denominados (foliculares), habran de desaparecer en uno o dos meses un control ecográfico mensual permite el seguimiento y aleja el fantasma de la cirugía.

Pero si se trata de quistes verdaderos de esos que no se irán con el tiempo, se impone el tratamiento quirúrgico aquí la cuestión se torna mas seria a la hora de elegir el cifrujano. El tipo de intervención que se realice puede condicionar la fertilidad futura de la joven.

Algunos cirujanos no especializados en cuestiones de adolescencia y fertilidad no dudan en extirpar ovarios que podían haber sido preservados.

Por lo general, es posible “la quitestomia” , es decir, sacar solo lo enfermo conservando el 100% del ovario sano.

La laparoscopia, moderna técnica quirúrgica a la que nos referimos en la adición anterior permite una mejor cirugía en estos casos. La magnificación que se logra gracias a la laparoscopia hace posible trabajar con mayor seguridad a la hora de preservar el ovario el ovario.

Además, la mínima incisión que se realiza dentro de la cicatriz ombilical permite un inmediato retorno a las actividades habituales, tales como juego, bailes, deportes y diversión.

**NODULOS DE MAMA:**

En la adolescencia no hay descritos casos de cáncer mamario. El escaso tiempo de exposición de las mamas a los estrógenos es, sin duda alguna, la razón de esta bienvenida ausencia. De ahí que, por ejemplo, en ninguna situación esta justificada la realización de una mamografía.

El denso tejido mamario de las glándulas juveniles impedirá, por otra parte, obtener datos confiables a partir de estos estudios. La totalidad de los nódulos que presentan las adolescentes son de características benignas. El fibra adenoma, bulto duro, liso y móvil, requiere su extirpación sin aumenta el tamaño.

Los quistes, relacionados con esa amplia gama de trastornos menstrúales denominada genéricamente “ displacía”, pueden tratarse mediante vitamina A y cremas con progesterona.

**¿Cuándo preocuparse?**

**En ginecología, consideramos “ retraso puberal” cuando no existe aparición de bello y de desarrollo mamario mas alla de los 14 o los 16 años.**

Lo mismo ocurre con la menstruación. Es necesario estudiar y tratar a toda adolecente que no halla presentado su menarca ante de los 16 o 18 años.

Las causas son múltiples : a veces, tan solo una característica familiar o racial. Otras, distintos síndromes hormonales y otros tantos tratamientos.

Para tranquilidad aun en esos casos, la mayoría de las veces se trata de disfunciones corregibles y que no impiden la fertilidad.

**METODOS ANTICONCEPTIVOS.**

**Felizmente, los modernos métodos anticonceptivos** disponibles en la actualidad son seguros e inocuos. Atrás quedo la época de las fantasías: La medicina moderna, basada en hechos y estadísticas, nos permite asegurar que, correctamente indicados, tanto las píldoras anticonceptivas como los dispositivos intrauterinos son buenos elementos para ser empleados en la adolescencia. Todo se fundamenta en una adecuada selección del caso para cada joven en particular.

**El preservativo es útil si la frecuencia de las relaciones** sexuales no es alta y, preferiblemente, si se lo emplea asociado a óvulos y cremas espermicidas.

**El diafragma tiene detractores y defensores.** Tiene Baja efectividad, Aumenta el riesgo de infección urinaria, No protege contra enfermedades de transmisión sexual, Su colocación puede ser incómoda ya que debe introducir sus dedos provocando dolor por no tener una dilatación que haga que sea mucho más cómoda su ubicación. Puede provocar sangramiento al ser ubicado en la vagina y si es colocado en una mujer virgen romperá el himen.

**Los métodos hormonales y químicos** son medicamentos anticonceptivos que impiden que el proceso de concepción pueda tener lugar. El modo de actuación es distinto según el método.

**Anticoncepción hormonal**

La [anticoncepción hormonal](http://es.wikipedia.org/wiki/Anticoncepci%C3%B3n_hormonal) se puede aplicar de diversas formas:

* [**Anillo vaginal**](http://es.wikipedia.org/wiki/Anillo_vaginal): único de administración vaginal mensual. Es un anillo transparente, suave y flexible que se coloca por la misma usuaria por vía vaginal, liberando diariamente dosis bajas de hormonas. No tiene interferencias con antibióticos, ni a nivel digestivo; su eficacia no se ve alterada por vómitos o diarreas. Eficacia del 99,7%.[19](http://es.wikipedia.org/wiki/M%C3%A9todo_anticonceptivo#cite_note-19)
* [**Píldora anticonceptiva**](http://es.wikipedia.org/wiki/P%C3%ADldora_anticonceptiva), administración diaria por [vía oral](http://es.wikipedia.org/wiki/Anticonceptivo_oral). Eficacia del 99%.[20](http://es.wikipedia.org/wiki/M%C3%A9todo_anticonceptivo#cite_note-20) Puede ser [Píldora anticonceptiva oral combinada](http://es.wikipedia.org/wiki/P%C3%ADldora_anticonceptiva_oral_combinada) -la más utilizada- o [Píldora de progestágeno solo](http://es.wikipedia.org/wiki/P%C3%ADldora_de_progest%C3%A1geno_solo).
* [**Parches anticonceptivos**](http://es.wikipedia.org/wiki/Parche_anticonceptivo).
* [**Anticonceptivo subdérmico**](http://es.wikipedia.org/wiki/Anticonceptivo_subd%C3%A9rmico): [implante hormonal](http://es.wikipedia.org/wiki/Anticonceptivo_subd%C3%A9rmico) compuesto por una varilla del tamaño de una cerilla que se coloca bajo la piel del brazo de la mujer, ofreciendo protección anticonceptiva entre 3 y 5 años. Sin embargo, el médico puede retirarlo en cualquier momento y la mujer recuperará la fertilidad en un tiempo mínimo. Eficacia del 99%.[21](http://es.wikipedia.org/wiki/M%C3%A9todo_anticonceptivo#cite_note-21)
* [**Píldora sin estrógenos**](http://es.wikipedia.org/w/index.php?title=P%C3%ADldora_sin_estr%C3%B3genos&action=edit&redlink=1) o píldora 0 estrógenos, píldora libre de estrógenos, recomendada para mujeres que no pueden o no desean tomarlos; la dosis hormonal es tan ligera que entre otras indicaciones es la única píldora recetada durante la lactancia. Eficacia del 99%.[22](http://es.wikipedia.org/wiki/M%C3%A9todo_anticonceptivo#cite_note-22)
* [**Píldora trifásica**](http://es.wikipedia.org/wiki/P%C3%ADldora_trif%C3%A1sica): método anticonceptivo altamente eficaz de dosis hormonales bajas con un balance hormonal suave y escalonado; imita el ciclo fisiológico de la mujer en forma secuencial progresiva, brindando estricto control del ciclo. Además, reduce la grasa facial, por lo que puede ser indicado para el tratamiento de acné leve a moderado.
* [**Método hormonal inyectable**](http://es.wikipedia.org/w/index.php?title=M%C3%A9todo_hormonal_inyectable&action=edit&redlink=1): método de larga duración que se inyecta en un músculo. Contiene estrógenos y progestina: se debe aplicar en el periodo adecuado, en caso contrario es necesario usar métodos de barrera para evitar el embarazo.
* También existe la anticoncepción hormonal que suprime la [regla](http://es.wikipedia.org/wiki/Menstruaci%C3%B3n).
* Dispositivo intrauterino (DIU) es un [producto sanitario](http://es.wikipedia.org/wiki/Producto_sanitario) que, mediante la colocación en el interior del [útero](http://es.wikipedia.org/wiki/%C3%9Atero) de un dispositivo plástico con elementos metálicos (ej. cobre), se produce una alteración del microclima intrauterino que dificulta en gran medida la fecundación, así como la implantación del óvulo fecundado. Su duración es de 3 a 5 años. El DIU, tiene una eficacia del 98%.[2](http://es.wikipedia.org/wiki/M%C3%A9todo_anticonceptivo#cite_note-26)

**8. ACTIVIDADES**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| FECHA | ACTIVIDAD | CRITERIO | RECURSOS | RESPONSABLES |
| 3 de Abril | Encuesta a estudiantes, padres de familia y docentes | * Proyecto de Educación Sexual * Respeto a la identidad sexual y genero. | Formato de Encuesta | Docentes y directivos |
| 4-8 de febrero | Elaboración de proyecto de vida por los estudiantes de la básica secundaria orientados por su director de grupo. | * Toma de decisiones | Carpeta de Proyecto de vida.  Observadores de los estudiantes. | Docentes y directivos |
| 22 de Mayo | Charla Conversatorio acerca de Identidad sexual y genero | * Respeto a la identidad sexual y genero. | Video Beam  Portatil  Libretas | Docentes y directivos |
| 28 de Agosto | Charla conversatorio acerca de Orientación sexual | * Conocimiento de la temática de sexualidad. | Video Beam  Portatil  Libretas | Docentes y directivos |
| Noviembre 7 | Charla conversatorio acerca de Relaciones de Pareja – Amistad, Noviazgo y Relaciones sexuales | * Buena convivencia y relaciones de pareja, familiares y sociales. | Video Beam  Portatil  Libretas | Docentes y directivos |