

El sentido de la sexualidad (versión 3)

DIPOSITIVA 1

La cuestión del sentido de la sexualidad y de la educación afectivo sexual depende de la respuesta que se da a la pregunta de quién es el hombre y qué lugar ocupa en el mundo. La cuestión del sentido de la sexualidad y de la educación afectivo sexual depende de la respuesta que se da a la pregunta de quién es el hombre y qué lugar ocupa en el mundo.

En estos momentos de la historia la visión de la sexualidad, en occidente, está totalmente banalizada (en el sentido que se cree que su ejercicio no afecta a la integridad de la persona) y a la vez ensalzada (pareciera que sin una sexualidad hiperactiva no hay realización).

Es más necesario que nunca abordar estos temas según vayan surgiendo a lo largo del desarrollo vital de las personas. En la infancia, de una manera sutil y en la adolescencia y juventud, de forma más profunda.

Solo desde una visión trascendente de la vida se comprende el sentido trascendente de la sexualidad.

DIPOSITIVA 2

(A) LA POLITICA DE EDUCACIÓN SEXUAL SE BASA EN TRES ENFOQUES:

Enfoque higiénico-sanitario

- Busca garantizar el uso higiénico de la función sexual (prevención de las enfermedades de transmisión sexual)
- Incluye como punto central la anticoncepción y el aborto (suele colocar a la vida por nacer en el mismo nivel de las enfermedades de transmisión sexual de las cuales es preciso protegerse o deshacerse)
- Alegando que todo contenido científico es y debe ser "neutro" se limita a impartir mera información científica sin referencia alguna a otras dimensiones esenciales de la sexualidad y de la persona.

Enfoque hedonista

- Busca la liberación en el campo sexual superando "prejuicios y tabúes culturales y religiosos". Cualquier comportamiento sexual elegido por el individuo es "normal" y se apela a supuestos "derechos" para su ejercicio (pornografía, homosexualidad, bisexualidad...etc)

Enfoque antropológico-cultural

Son las normas las que regulan las costumbres y las conductas sociales, que varían a lo largo de la historia. Las normas son cambiables según lo hagan las costumbres y conductas. Es lo que llamamos relativismo ético.

(B) IDEOLOGÍA DE GÉNERO

Sexo: El sexo biológico de una persona es dado por naturaleza.

Género: Concepto que hace referencia a un sistema de roles y relaciones entre mujeres y hombres que están determinados por el contexto social, político y económico. **El género es construido...** El género puede verse como el “... proceso por el que las personas que nacen en categorías biológicas de masculino y femenino se convierten en las categorías sociales de mujeres y hombres a través de la adquisición de atributos definidos localmente de masculinidad y feminidad”. (“Gender Concepts in Development Planning: Basic Approach” (INSTRAW, 1995) Defienden que todas las diferencias evidentes entre el hombre y la mujer no son naturales sino producidas por la “**socialización opresiva del género**” y la mujer será libre sólo cuando ya no se vea obligada a ser femenina por su cultura. Mientras que el “sexo” está fijado, las personas pueden elegir su “género”. Esta interpretación es particularmente popular entre los homosexuales y las lesbianas. Esta definición le declara la guerra a la feminidad natural.

DIPOSITIVA 4

¿PLACER ES SINÓNIMO DE FELICIDAD?

Reducir la felicidad al placer, es rebajar a la persona a una visión animal, instintiva; el hombre tiene capacidades más altas. Está sediento de amor. Eso es lo que busca a toda costa. Aunque muchas veces se conforme con sucedáneos. Limita la posibilidad de apreciar y valorar la sexualidad humana.

- *“El amor de pareja es una relación entre personas, individualizada, y un cambio constante de pareja está en contradicción con él.” [...] El ser humano “muestra en este sentido una tendencia congénita a la relación conyugal duradera”. [...] “Una desindividualización de la relación sexual [...] significaría la muerte del amor”.*

- *Es más: la “muerte del amor” acarrearía, a nuestro juicio, una disminución del placer. [...] Cuando la sexualidad no es ya expresión del amor, y pasa a ser un medio para la obtención de placer, este mismo placer fracasa; [...] **cuanto más se busca el placer, más se escapa éste.** Mis experiencias me dicen que la impotencia y la frigidez obedecen en la mayoría de los casos a este mecanismo. [...] “(Viktor Frank)*

DIPOSITIVA 5

(A) Enfermedades de transmisión sexual (E.T.S.)

ESPAÑA: Ministerio de Sanidad y Consumo. Secretaría del Plan Nacional sobre el SIDA. Grupo de Trabajo sobre ITS (Resultados julio 2005-diciembre 2007). 15 centros participantes desde julio 2005 a diciembre de 2007.

Diagnósticos de sífilis y gonococia (hemos recogido solo los datos de jóvenes hasta 30 años)

Sífilis: <= 20 años (3,8 %); 21-25 años (12,5%); 26-30 años (21,9%)

Gonococia: <= 20 años (7,1%); 21-25 años (19,6%); 26-30 años (24,5%)

*“Los mecanismos probables de transmisión fueron **las relaciones homosexuales entre hombres (HSH)** seguidas de **las relaciones heterosexuales y bisexuales. Destaca el predominio de la transmisión por relaciones entre HSH en el caso de la sífilis, donde supone el 67,9% de los casos incluyendo las relaciones bisexuales. Se observaron diferencias en el mecanismo de transmisión de ambas ITS según el lugar de origen; mientras que en los españoles el principal mecanismo fueron las relaciones sexuales entre hombres en los pacientes procedentes de otros países fueron las relaciones heterosexuales. La situación de riesgo más frecuente para contraer una de estas ITS fueron las relaciones sexuales con un contacto esporádico, seguida de la relación con pareja estable. El 10,8% de los nuevos diagnósticos de sífilis y el 7,6% de los de gonococia ejercían de la prostitución; el contacto con la prostitución estuvo presente como situación de riesgo en el 7,4% de los diagnósticos de sífilis y en el 9,6% de los de gonococia (Tabla 11). El número aproximado de parejas en los últimos 12 meses se muestra en la tabla 11. El 44,3% de los diagnósticos de sífilis y el 48,0% de los de gonococia habían tenido entre 1-5 parejas en el último año”***

EEUU: Uno de cada siete adolescentes padecía una enfermedad de transmisión sexual (Quadrel y otros, 1993). Se ha ido acrecentando el número de adolescentes seropositivos. A juicio de los expertos, es probable que muchos de los cerca de 30.000 adultos de entre 20 y 29 años a quienes se les diagnosticó SIDA en 1996 se hubieran infectado con el virus en la adolescencia (U.S. Census Bureau, 1997; Millstein, 1990)

Preocupante incremento de menores afectados por el virus de VIH/SIDA, pues según datos del **Centro Sandoval de Madrid presentados en el último congreso de Gesida, la tasa de positivos que están dando a la población entre 13 y 20 años ha pasado del 1,8% en 2004 al 9,7% en 2009**, datos que no han sido negados por el Ministerio de Sanidad, y que se confirman por las propias estadísticas que maneja el Ministerio.

(A) ABORTO

MINISTERIO DE IGUALDAD. INFORME JUVENTUD EN ESPAÑA 2008 (IJE 2008)

“El porcentaje de abortos sobre embarazos no deseados parece seguir una curva ascendente, ya que en 1996 supuso un 33% de los embarazos no deseados, en el año

2000 fue del 31,3%, en el 2004 no se hizo esta pregunta y se estimó en un 36% y en el año 2008 ha alcanzado el 50%”

GÓMARA URDIAÍN

Además de los problemas de salud física señalados en el texto como el índice de muerte materna vinculado al aborto (*American Journal of Obstetrics and Gynecology 2004,190:422-427*) es necesario conocer que, con frecuencia, el aborto genera en la mujer más problemas de salud psicológica de los que pretendía evitar. En la salud psíquica, el aborto provocado incrementa el riesgo de padecer problemas mentales (*J Child Psychol Psychiatry 2006;47:16-24*) y de alteraciones en el estado del ánimo como la depresión y las autolesiones (*Obstet Gynecol Survey 2003;58:67-79*). Las mujeres que han sufrido un aborto provocado padecen un síndrome de estrés generalizado con un 30% más de probabilidad que las que han llevado adelante su embarazo “no deseado” (*Journal of Anxiety Disorders 2005;19:137-142*). El malestar psicológico persiste al menos hasta cinco años después del aborto (*BMC Med 2005;3:18*).

SIEMPRE SE ES PADRE O MADRE DE UN HIJO (Puede estar vivo o muerto)

DIAPPOSITIVA 6

GÓMARA URDIAÍN: *“Un estudio indica que la mayoría de las adolescentes que quedan embarazadas habían acudido en el año anterior a los servicios sanitarios para recibir información sobre anticonceptivos. También es más frecuente, entre las adolescentes que abortan, haber recibido con anterioridad la píldora post-coital (Churchil D et al, BMJ 2001). En el Reino Unido –país con la tasa de embarazos en adolescentes más alta de Europa- hay más embarazos de adolescentes dónde más se difunden los anticonceptivos (Paton D, J Health Econ 2002). Tampoco se debe a la dificultad de acceso a los métodos anticonceptivos y, en concreto, al preservativo. El 84% de los jóvenes manifiestan que no tuvieron problemas de disponibilidad al ser preguntados sobre el uso de preservativos (Informe Juventud en Navarra 2002).*

Obstetrics & Gynecology en 2007 Publicó un metaanálisis en el que **se revisaban 717 artículos** concluyéndose que **el mayor acceso a la contracepción de emergencia no logra disminuir las tasas de abortos o embarazos no deseados, posiblemente debido al aumento de la promiscuidad originado entre jóvenes y adolescentes al liberalizar este tipo de fármacos** (*Obstet & Gynecol 2007; 109: 181-88*)

DIAPPOSITIVA 7

FRANCIA: La Inspección General de Asuntos Sociales (IGAS) acaba de publicar (febrero 2010) un informe sobre el aborto, encargado por el Gobierno que hace el balance de la reforma de 2001.

La ley francesa se ponía como objetivo progresar en el control de la fecundidad, de modo que el acceso generalizado a las técnicas anticonceptivas redujera el número de abortos.

Anticoncepción para prevenir abortos

El informe francés reconoce que la anticoncepción está masivamente difundida en el país, con un fuerte predominio de la píldora. Menos del 5% de las mujeres declaran no utilizar técnicas anticonceptivas, cuando tienen una actividad sexual y no desean quedarse embarazadas. Sin embargo, el nivel de fracaso anticonceptivo sigue siendo alto. Un tercio de los embarazos se consideran “no deseados”, y el 60% de ellos acaban en aborto.

En Francia la difusión masiva de la anticoncepción no ha logrado reducir el número de abortos. Anticoncepción y aborto no son excluyentes sino complementarios. El informe francés reconoce: *“El nivel de fracasos de la contracepción es preocupante: el 72% de las IVG [interrupciones voluntarias del embarazo] se realizan con mujeres que recurrían a prácticas anticonceptivas, y en el 42% de los casos esta contracepción se basaba en un método médico, teóricamente muy eficaz (píldora o DIU)”*.

En consecuencia, *“la difusión masiva de la contracepción no ha hecho disminuir el número de IVG, que se mantienen en torno a 200.000 al año”*.

DIPOSITIVA 11

Estudio titulado *“Trends in the use of contraceptive methods and voluntary interruption of pregnancy in the Spanish population during 1997-2007”*.

Los partidarios del aborto promueven con frecuencia la anticoncepción, afirmando que a medida que aumenta el uso de anticonceptivos disminuye el número de embarazos “no deseados” y, en consecuencia, los abortos. Pero un nuevo estudio en España ha encontrado exactamente lo contrario, al sugerir que en realidad la anticoncepción aumenta las tasas de aborto.

Los autores, que publicaron sus hallazgos en enero de 2011 en el diario *Contraception*, realizaron evaluaciones cada dos años, desde 1997 a 2007, de alrededor de 2.000 mujeres españolas, de 15 a 49 años. Descubrieron que en este período el número de las mujeres que utilizaron métodos anticonceptivos aumentó del 49,1% al 79,9%.

Pero señalaron que en el mismo período de tiempo la tasa de aborto en el país aumentó a más del doble, de un 5,52 por cada 1.000 mujeres a 11,49.

Los investigadores, que se habían planteado como objetivo recopilar información sobre el uso de la anticoncepción para reducir el número de abortos, quedaron completamente perplejos por los resultados. Escriben que los resultados fueron “interesantes y paradójicos”, y sugieren que el aumento de la tasa de aborto puede

deberse a “un uso inadecuado o inconsistente” de los anticonceptivos. También dicen que podría deberse a que se ha informado que ha habido más abortos, incluidos los abortos “clandestinos” y los de personas extranjeras.

“Los factores responsables del aumento en la tasa de aborto voluntario necesitan más investigación”, afirma la conclusión del resumen.

Sin embargo, el Dr. Brian Clowes, ha sugerido que los investigadores no han hecho un gran descubrimiento.

La Dra. Dianne Irving, una experta en bioética de la Universidad de Georgetown y ex miembro de un banco bioquímico con los Institutos de Salud Nacionales de Estados Unidos, dijo que la necesidad de más estudio “no tiene razón de ser”, porque “años de estudios científicos en todo el mundo” han establecido el vínculo entre la anticoncepción y el aborto.

Los activistas pro-vida han sostenido durante mucho tiempo que la anticoncepción lleva a una mayor actividad sexual y, dado que la anticoncepción fracasa en forma regular, lleva a más embarazos “no deseados”. Esto a su vez lleva a más abortos.

“Dado que es... un dato científico documentado y ampliamente conocido que casi todos los llamados ‘anticonceptivos’ fracasan habitualmente y ello se refleja en las tasas estadísticamente significativas que resultan de los “embarazos no deseados”, ¿sorprende que los abortos voluntarios sean socialmente requeridos para curarse de estos ‘accidentes’?”, preguntó la Dra. Irving. “Quiere decir que el aborto se ha convertido en sí mismo y por sí mismo en un “anticonceptivo”?

“La idea es hacer que la gente acceda a la anticoncepción para que se les pueda vender el aborto”, dijo el Dr. Clowes.

Señaló que muchos partidarios del aborto de alto perfil han hecho la conexión entre el aborto y la anticoncepción desde la década de 1950. Entre ellos se cuentan personajes como Alfred Kinsey, Beckworth Whitehouse y Christopher Tietze.

Malcolm Potts, ex Director Médico de la Federación Internacional de Paternidad Planificada, dijo en 1979 que “a medida que las personas recurren a la anticoncepción, habrá un aumento, no un descenso en la tasa de aborto”.

La Corte Suprema de Estados Unidos también admitió la conexión al sostener el “derecho” al aborto en su sentencia de 1992 en el caso *Planned Parenthood v. Casey*. “En algunos aspectos críticos el aborto es del mismo carácter que la decisión de utilizar un método anticonceptivo”, escribieron los jueces. “*Durante dos décadas de desarrollo económico y social, las personas han organizado sus relaciones íntimas y han tomado decisiones que definen sus puntos de vista respecto a sí mismos y al lugar que ocupan en la sociedad, dependiendo de la disponibilidad del aborto en caso que falle la anticoncepción*”.

“He estado en todo el mundo, y el camino que ellos comienzan para tratar de legalizar el aborto es legalizar primero la anticoncepción”, dijo Clowes. “Y dado que

ésta fracasa rotundamente, entonces las mujeres comienzan a buscar abortos ilegales... Luego, las mismas personas que están empujando a la anticoncepción dicen ahora que tenemos que legalizar el aborto. Es un sistema muy poco pulcro que trabaja todo el tiempo”.

La Dra. Irving señaló que muchos de los “anticonceptivos” citados por los autores también actúan como abortivos. Dijo que si falla la acción anticonceptiva de la píldora o del DIU, el medicamento o el dispositivo actúa entonces “*matando al embrión en su desarrollo inicial durante su primera semana de vida, mientras está todavía en las trompas de Falopio de la mujer*”.

Ella señaló que los abortos que resultan de estos anticonceptivos abortivos no son contabilizados en las estadísticas sobre el aborto de los autores, dando a entender que el aumento de los abortos sería aún más elevado que el que informa el estudio.

Los autores encontraron que el anticonceptivo más comúnmente utilizado fue el preservativo, ya que su uso aumentó de un 21% a un 38,8%. El segundo anticonceptivo utilizado con más frecuencia fue la píldora, que pasó del 14,2% al 20,3%. Disminuyeron la esterilización femenina y el DIU, al ser utilizados por menos del cinco por ciento de las mujeres en el 2007. (Patrick B. Craine)

DIPOSITIVA 12

EL JOVEN “NO ENTIENDE” EL MENSAJE: En la mayoría de casos cuando recibe la información del uso de preservativos el joven no se ha parado a pensar en si lo debe usar o no, suele estar en una fase anterior preguntándose cómo será una relación íntima, si está preparado, si la chica que le gusta querrá salir con él...la sola información del preservativo hace que el joven piense que no hay nada más importante que iniciarse y que si toma precauciones todo irá bien. Esta información no le aclara sus dudas y no le informa de la misión de la sexualidad, de las etapas de evolución afectiva etc...

“FENÓMENO DE COMPENSACIÓN DEL RIESGO” Implica dar como normal tener relaciones y se produce una promoción de su inicio precoz y mayor número de intercambios sexuales.

COMO NO LO ENTIENDE NO LO APLICA: En el momento de estar con la otra persona sus preocupaciones son otras, tales como ¿haré lo que se espera de mí? ¿se comportará cariñoso o irá a su rollo? La preocupación por las consecuencias, de todo tipo, de una relación íntima pasan a segundo plano.

MINISTERIO DE IGUALDAD: INFORME JUVENTUD EN ESPAÑA 2008 (IJE 2008). Tomo-3

“¿Por qué motivos no utiliza preservativo el grupo 15/17 años?”

Pues en primer lugar porque no lo suelen tener a mano en determinadas situaciones de "urgencia" (29,4%), en segundo lugar porque no quiere la persona entrevistada (14,4%) o la persona con la que va a mantener relaciones (3,5%), en tercer lugar porque cree que conoce suficiente a la otra persona (15%) y en cuarto lugar porque cree que no corre ningún peligro (10%). Si sumamos estas cuatro razones tenemos un 73% de las causas por las que los y las adolescentes en España no usan preservativos y está claro que en todas ellas y en las edades más jóvenes, prima la idea de que "tener sexo" (en especial la "primera vez") es más prioritario y urgente que "evitar sus consecuencias". En este sentido la obsesión por la "primera vez" que nos ha llegado de las culturas anglosajonas es, por sí misma, un factor de riesgo"

EEUU, ESTUDIO (Dreyer año 81). Razones por las que los adolescentes no usan anticonceptivos:

- Ignorancia de los hechos relacionados con la reproducción
- Renuencia a aceptar la responsabilidad que conlleva la actividad sexual
- Actitud pasiva ante la vida.
- Convicción de "a mí no me sucederá"

CENTRO JURÍDICO TOMÁS MORO

El incremento de las campañas indiscriminadas del uso del preservativo entre los menores de edad está reportando perjuicios evidentes:

- Incremento de infecciones del VIH-SIDA (la tasa de positivos que están dando a la población entre 13 y 20 años ha pasado del 1,8% en 2004 al 9,7% en 2009)
- Aumento del número de abortos. Según el Registro de Interrupción Voluntaria del Embarazo (Aborto), en 2008, 14.939 chicas de entre 15 y 19 años abortaron, es decir, de todas las mujeres que abortaron a sus hijos, el 12.89% de ellas tenían menos de 19 años.
- Aumento de violencia de género entre las menores de edad. La memoria sobre menores del año 2008, de la Fiscalía General del Estado, manifiesta el incremento, en torno a un 26%, de las infracciones relativas a la violencia de género y contra la libertad sexual imputadas a menores.

DIPOSITIVA 13

La **Guía Terminológica de ONUSIDA** menciona que no es aconsejable hablar de sexo seguro, sino de sexo más seguro, porque el primer término puede implicar una seguridad completa. Además, hay un dato más: **en su última Recomendación ONUSIDA indica que es preferible realizar las Campañas dirigidas a los grupos específicos de riesgo, más que mensajes dirigidos a la población general.**

La verdad sobre el preservativo

“La protección que confiere el preservativo no es absoluta, y puede acabar siendo menor que la percibida por la gente en general.

*La falsa idea de “seguridad absoluta” de las campañas de sexo “seguro” (en vez de sexo “más seguro”, puesto que el preservativo no tiene una eficacia del 100%), hace que haya más jóvenes que tengan relaciones sexuales y que las comiencen antes, en contra de la recomendación “A” de la estrategia ABC, con las consecuencias que esta situación conlleva. Hay que tener en cuenta que en los jóvenes, los fallos en el uso de preservativos siempre son más frecuentes. Además, los preservativos no son métodos considerados con eficacia alta ni para prevenir embarazos (el uso de preservativos se acompaña de una proporción anual de embarazos del 15%) ni para prevenir otras enfermedades de transmisión sexual con graves consecuencias para los jóvenes como la clamidia o el virus del papiloma humano, que se están convirtiendo, de hecho, en auténticas epidemias en lugares donde el preservativo se usa extensamente (respecto del virus del papiloma humano el preservativo **es eficaz para reducir el riesgo, pero no es eficaz para evitarlo**; en USA tras un año de seguimiento a universitarias, las chicas que **usaron siempre** el preservativo en todas sus relaciones se contagiaron un **37,8%**; las chicas que **lo usaron a veces**, se contagiaron un **89,3%**). Los estudios que valoran la eficacia del preservativo indican que en población adulta muy motivada se puede llegar a una eficacia el 98-99% frente al sida (la eficacia es menor para otras ITS). Pero, la estadística del 1,14% por año se acabaría acumulando de un año a otro y esto aumentaría inevitablemente el riesgo personal de infectarse a lo largo del tiempo. Por último, todas estas cifras empeoran con la multiplicidad de parejas”* Jokin de Irala. Dpto. Medicina Preventiva y Salud Pública. Universidad de Navarra.

ESTUDIO SOBRE INCIDENCIA DE LAS CAMPAÑAS y programas escolares impartidos en los últimos treinta años con vistas a lograr el retraso de la actividad sexual, el aumento del uso de anticonceptivos y la reducción de embarazos en adolescentes. Ha sido realizado por cuatro profesores del **Departamento de Epidemiología Clínica y Bioestadística de la Universidad McMaster (Ontario)**. **Los autores concluyen que la educación sexual que se ha impartido desde 1970 no ha conseguido ninguno de esos tres objetivos.** El trabajo ha revisado decenas de estudios, publicados o no (conferencias, informes técnicos, etc.), sobre la eficacia de las clases de educación sexual en colegios y de los programas para jóvenes promovidos por ONG, centros de planificación familiar, campañas gubernamentales, etc., en la prevención de embarazos en jóvenes de 11 a 18 años. Se han utilizado estudios de América del Norte, Australia, Nueva Zelanda y Europa (salvo los países del Este), desde 1970 hasta diciembre de 2000.

Los estudios demuestran que los programas no logran que las jóvenes retrasen las relaciones sexuales. Otros 11 estudios en 7.418 jóvenes llegaron a la misma conclusión, en este caso para los varones. Los autores tampoco han descubierto aumentos significativos en el uso de anticonceptivos por parte de los adolescentes

después de participar en algún programa de prevención de embarazos. Además, cinco estudios señalan un aumento del número de embarazos después de participar en los programas de prevención.

El estudio publicado en el *Biological & Medical Journal* -muy técnico- apenas da razón de las diferencias entre países, errores de las campañas, causas, etc., ya que la prioridad era medir la eficacia de los programas de prevención. Sin embargo, aporta algunas claves al respecto. Por ejemplo, **se dan menos embarazos cuando las chicas participan en programas "multifaceta", menos superficiales que las clases de anatomía o el reparto de preservativos.** El estudio afirma que los jóvenes tienen información, pero que **la prevención mejora mucho cuando los programas incluyen además seguimiento de los participantes; sesiones individuales; actividades alternativas; lecciones de autoestima y de relaciones con los padres; información sobre enfermedades de transmisión sexual; insistencia en la responsabilidad sexual, etc.** Estos programas, al ser más profundos, suelen hablar de la abstinencia, una estrategia que se ha demostrado mucho más eficaz.

Análisis de evidencia de intervenciones preventivas en salud sexual en <http://www.abimad.org/>

DIAPOSITIVA 15

UNIDAD DE LA PERSONA

El cuerpo está orientado a ser expresión de la persona. La persona es una unidad donde se integran todos sus dinamismos: El racional(entendimiento y voluntad) y el psicosomático (los sentidos, los afectos y sentimientos y el orden biológico).

El hombre ama con toda su naturaleza.

"El acto sexual auténtico, verdadero, es simultáneamente físico, psicológico y espiritual. Los tres participan directamente en esa sinfonía íntima, misteriosa, delicada y que culmina con la pasión de dos seres que se funden en un abrazo" (T. Melendo)

COMPLEMENTARIEDAD

La naturaleza humana tiene dos formas de expresarse, varón y mujer. El sexo humano es la manifestación corpórea de que existen dos modos dentro de lo humano: varón y mujer.

Estas diferencias naturales denotan distinciones psicológicas. Hay un modo de ser masculino y un modo de ser femenino, un modo diferente de enfrentarse con la realidad, de relacionarse con el propio cuerpo, un modo distinto de sentir, y un modo diferente de captar la persona del sexo opuesto.

Frente al feminismo radical defensor de la ideología de género defendemos el feminismo de equidad basado en la igualdad legal y moral de los sexos, derivada de

la misma dignidad como personas, lo que implica un tratamiento justo de ambos sexos, igualdad de oportunidades, ausencia de discriminación, etc.

La identidad de género es algo intrínseco a la persona. **No construida**, ni de libre elección.

El desarrollo pleno personal conlleva la aceptación de la realidad biológica. Aquí no hay guerra de sexos sino una relación basada en **la complementariedad**, es decir, una relación basada en el amor.

DIAPPOSITIVA 16

HOMBRE Y MUJER: Idénticos como personas, por la misma naturaleza humana, pero son sexualmente diferentes. **Esta diferencia sexual invade todo el ser humano** *“Se ha propuesto que las hormonas sexuales, diferentes cualitativa y cuantitativamente en hombres y mujeres, realizan una **impregnación sexual del cerebro** (Natalia López Moratalla)* Además de las diferencias físicas evidentes entre ambos, en las que no nos detendremos, existen diferencias científicamente demostradas a nivel cerebral, cognitivo y psicológico que pasamos a resumir.

Diferencias a nivel cerebral:

El cerebro de los hombres está funcionalmente organizado asimétricamente: - hemisferio izquierdo: capacidad lingüística, - hemisferio derecho: capacidad visuo-espacial.

En el cerebro de las mujeres estas funciones son más simétricas. El cerebro femenino envejece más despacio. Las regiones que se dedican a las funciones superiores, como el lenguaje, están más densamente pobladas de neuronas en la mujer que en el hombre.

Diferencias a nivel cognitivo:

La mujer puede realizar más tareas intelectuales simultáneamente - Ej: leer el periódico y hablar por teléfono- (Anatomía: cuerpo calloso más denso).

El cerebro masculino está más capacitado para la concentración (menos tareas simultáneas) -Ej: al leer el periódico, disminuye la agudeza auditiva

El cerebro femenino: hace asociaciones de ideas más fácilmente. (la llamada “intuición femenina”). Puede identificar emociones ajenas con más precisión. Las emociones afectan más al cerebro femenino.

En el hombre: mejor capacidad espacial y de orientación (desdoblamiento de formas geométricas, para girar mentalmente objetos etc...)

Hay una mejor capacidad de la mujer para el lenguaje, mayor habilidad para movimientos finos y mayor memoria visual.

En habilidades matemáticas los chicos aprenden más deprisa que las chicas, así como en ajedrez y composición musical. El cálculo es la única habilidad matemática en la que las chicas obtienen promedios mejores.

Diferencias a nivel psicológico:

El cerebro femenino está más estructurado para la empatía. El masculino más para entender y construir sistemas.

La agresión se da en ambos sexos, pero se manifiesta de manera distinta: los hombres la suelen mostrar más directa y físicamente, las mujeres tienden más a agredir indirectamente, con la crítica o los comentarios hirientes.

Gonzalez de Alba, 2006; MacCoby et al, 1974; Gorski, 2003; Gil-Verona et al, 2003; Koos Neuvel, 2008

DIAPPOSITIVA 17

Explica la **integridad de la persona** de modo gráfico, con sus cuatro dimensiones.

Con ello se comprende que no puede explicar la educación sexual centrada en lo físico, disgregándola del resto de los componentes.

El crecimiento personal requiere la integración y armonía de la inteligencia, la voluntad y los afectos. Se debe buscar el equilibrio en la maduración personal y el papel que desempeñan los sentimientos, la inteligencia y la voluntad.

La persona entera es la que ama, decide y actúa. La madurez personal necesita de la armonía de la inteligencia, la voluntad y los sentimientos. Una correcta educación de los sentimientos, llevará a integrarlos con la inteligencia y la voluntad. Lo ideal es que no exista ruptura entre “lo que se debe hacer” y “lo que se desea hacer”.

El equilibrio jerárquico, en el que la inteligencia con la ayuda de la voluntad gobierna los sentimientos y afectos de la persona evita desarrollar una personalidad sentimental, voluntarista o impasible:

- La persona sentimental se dejará llevar por las emociones. Será voluble y cambiante, sin coherencia en el actuar y en el juzgar.
- La persona voluntarista con frecuencia no oirá las razones del corazón. Luchará “a brazo partido” por lograr sus objetivos, sin importar el precio personal que deba pagar. Con frecuencia verá que sus esfuerzos por controlar todas las situaciones son vanos y se frustrará.
- La persona impasible será fría y calculadora, sin compasión. Lo importante será el provecho que saca de cada situación. Con facilidad usará a las personas en beneficio propio.

El desarrollo armónico y proporcional de estas tres facetas de la persona es necesario para alcanzar la madurez personal. De este modo, la persona es libre y

con sus elecciones concretas mantiene el rumbo hacia el objetivo fijado. Por eso, es conveniente adquirir una sólida formación intelectual, crecer en autodominio y fortalecer la voluntad, para ser capaces de autogestionar el futuro, alcanzar una personalidad equilibrada y conquistar la libertad personal. (Jokin de Irala)

DIPOSITIVA 22

¿Son los adolescentes víctimas de hormonas incontrolables?

Los investigadores (Buchanan y otros, 1992) han descubierto una pequeña relación directa entre los niveles hormonales durante la adolescencia y las siguientes conductas: Mal humor, depresión, inquietud, y falta de concentración, irritabilidad, impulsividad, ansiedad, problemas de agresión y de conducta. Pero a menudo su efecto depende de factores psicológicos o sociales. En un estudio se comprobó que el nivel de testosterona es un indicador confiable de la actividad sexual entre las niñas de 12 y 16 años (Udry, 1988). Pero su efecto disminuía o se eliminaba cuando el padre vivía con la familia o cuando la joven practicaba algún deporte. La presencia del padre suele mejorar la autoestima de las adolescentes en forma que aminoran la necesidad de ser activas sexualmente. Junto con la orientación y el modelamiento de la madre, el padre tiende a crear situaciones que favorecen las relaciones y no solo la conducta sexual.

Los factores ambientales superan los efectos hormonales en el comportamiento. Por tanto, los investigadores llegan a la conclusión de que es un mito la idea de que las hormonas incontrolables sean causa directa de las conductas del adolescente.

El estudio, titulado *Teen sex: the parent factor* (The Heritage Foundation, "Backgrounder" n. 2194, 7-10-2008), arroja nueva luz sobre uno de los asuntos que más preocupan a las familias americanas. A juzgar por las encuestas, los estudiantes de Secundaria cada vez comienzan a tener relaciones a edades más tempranas –una tercera parte de los adolescentes de entre 14 y 15 años, proporción que crece hasta los dos tercios entre los que se acercan a los 18 años– y, simultáneamente, lamentan “esa primera experiencia y desearían haber esperado más tiempo”, según afirma Christine C. Kim, autora del informe.

Kim afirma que, ante estos datos, la tendencia generalizada entre los legisladores y los profesionales de la salud ha sido la de ampliar los programas de educación sexual y facilitar el acceso a los anticonceptivos, “porque asumen que los adolescentes son incapaces de posponer su comportamiento sexual”. Pero, según dice Kim, “estos presupuestos no solo son erróneos sino que además no tienen en cuenta factores importantes relacionados con la reducción de la actividad sexual de los adolescentes”, entre los que se encuentra la influencia paterna y materna: “Los padres son los que más influyen en las decisiones de sus hijos sobre el sexo, pues dos tercios de todos los adolescentes comparten los valores de sus padres sobre este tema”, señala. Las conclusiones de esta analista política de la Heritage Foundation, que se apoyan en una abundante investigación empírica, constatan que la influencia paterna ofrece una fuerte protección frente a la actividad sexual

precoz. En concreto, la existencia de una estructura familiar bien constituida resulta altamente preventiva y también el sentido de pertenencia y de satisfacción con la propia familia que se genera en el adolescente. Otros aspectos importantes son el seguimiento de sus salidas y amistades, y la desaprobación clara de esas prácticas por parte de los padres.

Según Kim, “para aumentar la eficacia de los programas y medidas políticas dirigidas a retrasar la actividad sexual o a prevenir los embarazos y las enfermedades de transmisión sexual entre adolescentes, se debería reforzar la estructura familiar y la implicación de los padres”, puesto que se ha comprobado que es menos probable que las chicas de ese tipo de familias se queden embarazadas o tengan su primer hijo fuera del matrimonio. Por eso mismo, los programas y políticas que de manera implícita o explícita evitan la implicación de los padres, como por ejemplo, la distribución masiva de anticonceptivos sin la advertencia o el consentimiento paterno, “contradicen la evidencia de las investigaciones sociales y pueden llegar a ser contraproducentes y potencialmente dañinos para los adolescentes”.

DIAPPOSITIVA 23

MINISTERIO DE IGUALDAD. INSTITUTO DE LA JUVENTUD (INJUVE) SONDEO DE OPINIÓN Y SITUACIÓN DE LA GENTE JOVEN. (1ª encuesta de 2008 – TEMÁTICA: Salud y sexualidad)

“Los datos ofrecidos por la gente joven apuntan hacia una iniciación sexual gradual entre los 15 y los 17 años, donde son mayoría quienes no han mantenido relaciones de ningún tipo (49%), sobre los que han mantenido relaciones con penetración (28%) y sin penetración (18%).

La iniciación sexual entre la juventud en nuestro país se concreta mayoritariamente en torno a la mayoría de edad (entre los 18 y los 20 años) y tiende a generalizarse a medida que aumenta la edad de los chicos y chicas.

El hábitat de residencia muestra que quienes viven en entornos rurales se inician más tarde en sus prácticas sexuales que el resto; mientras que quienes residen en localidades intermedias son quienes se inician antes.

La clase social de procedencia también ofrece diferencias en cuanto a la edad de mantenimiento de relaciones sexuales completas: la iniciación sexual en las clases bajas se produce antes que en las clases intermedias y altas (en estas últimas es cuando más tarde se inician en la sexualidad).

La práctica y posicionamiento religiosos también parecen tener incidencia sobre la edad de inicio de las prácticas sexuales juveniles. Las personas creyentes, católicas y de otras religiones, se inician más tarde a la sexualidad que los no creyentes y los indiferentes en materia religiosa.

Esto significa que la edad media declarada de inicio en la sexualidad, de la actual generación de jóvenes se sitúa con exactitud en los 18,7 años para las chicas y en 18,3 años para los chicos, con una distribución amplia, a pesar de que la mayoría se concentran en torno a los 18 años, tanto porque aparece un núcleo de muy precoces (un 11% de las chicas y un 20% de los chicos) que se ha iniciado antes de los 15 años, pero también un grupo que retrasa esta iniciación (un 30% de las chicas y un 26% de los chicos) porque no han tenido relaciones hasta después de los 19 años.

La conclusión es clara: mientras las mujeres parecen relativamente sinceras, o incluso, teniendo en cuenta la diferencia media de edad que según, otras fuentes, mantienen con sus parejas, podemos pensar que tienden a ajustar al alza la edad de su primera relación, en cambio los varones la ajustan bastante a la baja, al menos entre uno o dos años. Se trata de un rasgo cultural tradicional, relacionado con un cierto ideal de masculinidad, de “no quedarse atrás” frente a los demás, que además ha sido muy reforzado en los últimos años con las llamadas “comedias norteamericanas de adolescentes” y su obsesión por la “virginidad” (Comas, 2003)”

DIAPOSITIVA 24

¿Es posible modular el impulso sexual? Los seres humanos siempre contamos con la libertad suficiente para elegir nuestra conducta. El impulso sexual puede ser automodulado por factores psicológicos, éticos, religiosos y sociales de cada persona. Es el caso de las personas que ya han formado una familia y mantienen su compromiso aunque en la vida conozcan a otras personas con gran atractivo físico

¿Hay unas conductas sexuales más saludables que otras? Si. Por ejemplo, es más saludable en la adolescencia no tener relaciones sexuales que tenerlas; es más sano en la edad adulta tener relaciones sexuales con una pareja que con varias, sean seriadas o concurrentes; y es más sano tener relaciones heterosexuales que homosexuales. Se puede explicar que esto no es una cuestión de moral, sino que así lo demuestran numerosas evidencias científicas publicadas en revistas especializadas.

¿Cuándo está una persona preparada para mantener relaciones sexuales? ¿En qué debe fundamentar su decisión?.....Es posible que esté extendida la creencia de que una vez alcanzada la madurez reproductiva en la adolescencia ya se está preparado/a para mantener relaciones sexuales. Será necesario mostrar que la madurez biológica no va acompañada de la madurez psicológica necesaria para mantener relaciones sexuales y, en caso de embarazo, asumir las responsabilidades de la paternidad o la maternidad. Se pueden utilizar ejemplos cercanos como la edad mínima para conducir o votar; años que les quedan de estudio y formación antes de ser autónomos económicamente, etc.

También está extendida la creencia de que lo importante para mantener relaciones sexuales es el deseo, el atractivo físico o el placer. Sin restar importancia a estos

factores, es necesario considerar que el tener o no tener relaciones sexuales con una persona se debe fundamentar en principios más sólidos y consistentes.

DIPOSITIVA 26

ESTUDIO “Ocio (y riesgos) de los jóvenes madrileños” (Madrid, enero de 2010).- FAD, Obra Social Caja Madrid y el Instituto de Adicciones del Ayuntamiento de Madrid Presenta una visión completa de los comportamientos de riesgo y el tiempo de ocio de los jóvenes madrileños (15-24 años).

DIPOSITIVA 29

El amor entre dos personas emerge de la atracción física en un principio. Del plano físico, va transitando al psicológico y de éste al espiritual. Travesía habitual que va descubriendo la personalidad del otro. La sexualidad permite que el varón y la mujer se entreguen mutuamente como personas (entrañamiento afectivo)

La sexualidad es el cauce que tenemos las personas para manifestar y hacer crecer el amor entre un varón y una mujer en cuanto personas sexuadas.

La sexualidad humana es personal (somos sexuados) nos afecta a toda la personalidad, es la masculinidad y feminidad.

La relación de pareja se hace encuentro de personas y no de cuerpos.

Es toda la persona de la mujer, en cuanto mujer, lo que atrae al varón; y es la persona íntegra del varón, en cuanto tal, lo que atrae a la mujer.

DIPOSITIVA 30

La educación sexual no es la transmisión de habilidades o competencias para *hacer* (ponerse el preservativo, enseñar el uso de píldoras contraceptivas), sino para *ser* (ser veraz, auténtico, ser capaz de un amor en plenitud etc...)

¡OJO! No se puede disgregar la sexualidad de la totalidad de la persona.

La Heritage Foundation propone que los padres manifiesten con claridad a sus hijos los valores que defienden, para asegurar que los adolescentes perciben con exactitud la desaprobación de esas relaciones durante la adolescencia. “Mensajes ambiguos o confusos disminuyen cualquier efecto positivo que los valores puedan tener en el retraso de los comportamientos precoces”. Cuando los padres expresan una negativa dudosa o con reservas, los hijos suelen entender un “sí”. Igualmente, “si las madres recomiendan un tipo de específico de control de natalidad, las adolescentes tienden a observar una menor desaprobación, y, en último término, esos consejos pueden tener un efecto de estímulo de la actividad sexual”. Una de las encuestas realizadas entre 600 estudiantes en South Bronx (Nueva York) reveló que cuando las madres explican a sus hijos las consecuencias morales y sociales de

la vida sexual precoz, los adolescentes tienen muchas más probabilidades de posponer el comienzo de las relaciones.

Orientaciones de la American Medical Association:

- No esperes a que él empiece la conversación. Es cuestión tuya.
- Fomenta habilidades para la autodefensa frente a la presión ambiental (amigos..)
- Usa la TV, películas, artículos y situaciones de la vida real para comenzar a hablar de sexo. Dialoga.
- Favorece la sinceridad del adolescente.
- Comparte tus valores sobre el sexo. Si crees que no hay que tener relaciones hasta casarse, díselo.
- Háblale de las razones para esperar.
- Dile cómo el alcohol y las drogas afectan a las decisiones.
- Ofrécele artículos o libros adecuados.
- Tu primer mensaje no debería ser el último. Dale continuidad.

DIAPOSITIVA 32

INCONVENIENTES EN LA ESCUELA

No es personalizado

La sexualidad tiene repercusiones morales y debe enseñarse conforme al derecho de los padres a educar según sus propias convicciones.

Puede estimular una curiosidad disarmónica con el desarrollo emocional (desajustando el desarrollo psicoafectivo) (consecuencias emocionales)

Experiencia en España: Las campañas preventivas repetidas no han logrado sus objetivos de salud, por lo que no está respaldada su implantación escolar

Valorar las consecuencias del mensaje: puede dar lugar a una mayor precocidad en el inicio de las relaciones sexuales, consiguiendo un efecto *boomerang* nada deseable sobre los objetivos de salud.

En EEUU: Los programas de educación sexual basados en contracepción han aportado poca evidencia en disminuir la tasa de embarazos entre adolescentes. En Canadá donde los programas de sexualidad están establecidos en centros escolares desde hace más tiempo que en EEUU, las ETS y los embarazos continúan estables y la evidencia clínica es que las estrategias de prevención no están funcionando.

“La juventud recibe mucha información sobre sexualidad. Sin embargo, esta característica coexiste con cierto analfabetismo afectivo, sensación de infelicidad y fracaso en cuestiones relacionadas con amor”. En su opinión, es el resultado de insistir en los aspectos biológicos de la información sobre sexualidad sin ayudar a

los jóvenes a desarrollarse como personas capaces de amar: “Una educación sexual sin valores es una llamada a la experimentación sexual. Y la experimentación sexual, con o sin preservativos, está llena de riesgos”. Jokin de Irala

DIPOSITIVA 33

LA FAMILIA PROPORCIONA AL HIJO Amor y comprensión (la familia entorno donde se le ama y comprende por sí mismo)

Afecto, abrigo y protección: El hijo adquiere confianza en el otro, puede establecer lazos afectivos significativos, adquiere estabilidad en sus comportamientos

Un sistema de valores y marcos de referencia: Autonomía y libertad (la familia debe ayudar al comportamiento autónomo informado por criterios propios); Cooperación y solidaridad (trabajar juntos por el bien de los demás)

La familia proporciona información sobre el mundo

Estudio "Childhood Abuse and Adult Intimate Relationships: A Prospective Study"; Colman, Rebecca A. Widon, Cathy Spatz Child Abuse & Neglect Vol. 28, Number 11. November, 2004. Page(s) 1133-1151; Los chicos varones cuyos padres nunca se casaron, al crecer tienden a casarse menos y a salir con más mujeres. Las niñas hijas de divorciados tienen mayores índices de cohabitación y matrimonio pero con más disfunciones, como abandonos y divorcios. Los niños criados en familias intactas tienen más probabilidad de tener relaciones sentimentales más sanas y estables en la edad adulta

ESTUDIOS SOBRE EL FACTOR EDUCATIVO:

Miller y Sneesby, 1998

ESTUDIO SOBRE RELACIONES FAMILIARES:

Miller y otros, 1986; Miller y otros 1998; Chilman, 1979; Young y otros, 1991;

"Residential mobility and the onset of adolescent sexual activity." South, S.; Haynie, D. L., & Bose, S. Journal of Marriage and Family Vol. 67, Number . , 2005. Page(s) 499-514. Los adolescentes de familias intactas tienen menos riesgo de implicarse en sexo prematuro. Sobre una muestra de casi 5.000 adolescentes vírgenes, aquellos que vivían con sus padres casados, tenían un 40% menos de posibilidades de haber tenido relaciones sexuales un año después, al hacerse una entrevista de seguimiento, en contraste con los adolescentes que vivían con padres sin casar.

Otro aspecto destacable es que los embarazos son más frecuentes cuando la adolescente es hija de familia monoparental y cuando los ingresos familiares son bajos. Un editorial del mismo BMJ (324: 51; 2002) recordaba que los jóvenes de 14 a 17 años que viven con sus padres retrasan más tiempo las relaciones sexuales que quienes viven en otra situación familiar, con independencia de otros factores como la procedencia social, la edad o la situación económica. Y concluía que "sin

una educación sexual impartida por padres y madres, la tasa de embarazos en adolescentes británicas seguirá siendo alta aunque mejore el acceso a los anticonceptivos".

Los padres pueden desempeñar un importante papel para retrasar la iniciación sexual de sus hijos adolescentes y reducir así el riesgo de que sufran consecuencias psíquicas o físicas, según un estudio difundido por la Heritage Foundation, basado en investigaciones recientes realizadas en Estados Unidos. Las conclusiones del informe señalan que la influencia positiva de los padres sobre el comportamiento sexual de sus hijos se relaciona sobre todo con la fortaleza de la estructura familiar, la existencia de una comunicación fluida entre padres e hijos y la claridad con que los progenitores desapruaban esas conductas.

MINISTERIO DE IGUALDAD. Revista de Estudios de Juventud (marzo 09/Nº84)
"Las investigaciones actuales también apoyan la existencia de una relación entre la estructura familiar y la conducta sexual de los adolescentes. Parece que los hijos/as de familias monoparentales se inician antes en las relaciones sexuales que los que viven en familias intactas, manifestando un mayor riesgo de embarazos no deseados"
Isabel Espinar Fellmann.

ESTUDIOS SOBRE FACTORES BIOLÓGICOS:

Miller y otros 1998; Brooks-Gunn y Furstenberg, 1989

DIAPPOSITIVA 34

OBJETIVO:

Desarrollar una sexualidad madura que integre sus múltiples dimensiones, buscando la realización armónica de la persona concreta.

MEDIO:

Formar a partir de los valores. Donde no hay valores no hay verdadera educación. Puede haber instrucción, entrenamiento, pero nunca educación.

Los valores se transmiten, se contagian, se demuestran.

De esta manera el joven va descubriendo el significado de la sexualidad.

LOS VALORES FAMILIARES (P.J. Viladrich)

EL VALOR DEL AMOR INCONDICIONAL: En la familia se ama a la persona por ser quien es, persona única.

EL VALOR DEL AMOR JUSTO: Los amores familiares son amores justos, son vínculos de amor a los que tenemos derecho y que nos debemos unos a otros en justicia

LA TEMPLANZA: El valor en familia de nuestra armonía interior

LA FORTALEZA: La firme resolución de ser valientes en la lucha por el bienestar de nuestra familia

LA PRUDENCIA: El saber obrar con rectitud y acierto en cada circunstancia

CONSENSO: El valor de acordar en familia

RESPECTO: El valor de compartir la intimidad sin herir

GENEROSIDAD: El valor de ser grandes en el don de nosotros mismos

VER ARTÍCULO BENIGNO BLANCO: "Jóvenes y valores morales"

<http://www.forofamilia.org/2011/01/12/jovenes-y-valores-morales/>

La educación sexual no es la transmisión de habilidades o competencias para *hacer* (ponerse el preservativo, enseñar el uso de píldoras contraceptivas), sino para *ser* (ser veraz, auténtico, ser capaz de un amor en plenitud etc....)

¡OJO! No se puede disgregar la sexualidad de la totalidad de la persona.

La Heritage Foundation propone que los padres manifiesten con claridad a sus hijos los valores que defienden, para asegurar que los adolescentes perciben con exactitud la desaprobación de esas relaciones durante la adolescencia. *"Mensajes ambiguos o confusos disminuyen cualquier efecto positivo que los valores puedan tener en el retraso de los comportamientos precoces"*. Cuando los padres expresan una negativa dudosa o con reservas, los hijos suelen entender un "sí". Igualmente, *"si las madres recomiendan un tipo de específico de control de natalidad, las adolescentes tienden a observar una menor desaprobación, y, en último término, esos consejos pueden tener un efecto de estímulo de la actividad sexual"*. Una de las encuestas realizadas entre 600 estudiantes en South Bronx (Nueva York) reveló que cuando las madres explican a sus hijos las consecuencias morales y sociales de la vida sexual precoz, los adolescentes tienen muchas más probabilidades de posponer el comienzo de las relaciones.

Orientaciones de la American Medical Association:

No esperes a que él empiece la conversación. Es cuestión tuya.

Fomenta habilidades para la autodefensa frente a la presión ambiental (amigos..)

Usa la TV, películas, artículos y situaciones de la vida real para comenzar a hablar de sexo. Dialoga.

Favorece la sinceridad del adolescente.

Comparte tus valores sobre la sexualidad. Si crees que no hay que tener relaciones hasta casarse, díselo.

Háblale de las razones para esperar.



Dile cómo el alcohol y las drogas afectan a las decisiones.

Ofrécele artículos o libros adecuados.

Tu primer mensaje no debería ser el último. Dale continuidad.