

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA SALUD MATERNO INFANTIL**



**MONOGRAFÍA DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
“SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA”:
FACTORES SOCIOCULTURALES ASOCIADOS A LOS MITOS SOBRE LA
REPRODUCCIÓN SEXUAL EN ADOLESCENTES DE LA REGIÓN
LATINOAMERICANA. EL SALVADOR, 2025.**

**PRESENTADO POR:
ALEJANDRA VANESA SÁNCHEZ ORTIZ**

**PARA OPTAR AL GRADO DE:
LICENCIADA EN SALUD MATERNO INFANTIL**

**ASESORA:
LICDA. SILVIA MERCEDES MARTÍNEZ GÓMEZ**

Ciudad Universitaria “Dr. Fabio Castillo Figueroa”, El Salvador, Junio, 2025.

AUTORIDADES DE LA UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

RECTOR

M.Sc. Juan Rosa Quintanilla

VICERRECTORA ACADÉMICA

Dra. Evelyn Beatriz Farfán

VICERRECTOR ADMINISTRATIVO

M.Sc. Roger Arias

SECRETARIO GENERAL

Lic. Pedro Rosalío Escobar Castaneda

AUTORIDADES DE LA FACULTAD

DECANO

Dr. Saúl Díaz Peña

VICEDECANO

M. SC. Franklin Arnulfo Méndez Durán

SECRETARIO

Msp. Roberto Carlos Hernández Marroquín

DIRECTOR DE ESCUELA DE MEDICINA

Dr. Douglas Alfredo Velásquez Raimundo

DIRECTORA DE ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD

M.SC. Mónica Raquel Ventura de Ramos

DIRECTORA DE CARRERA SALUD MATERNO INFANTIL

M.SC. Rocío Elena Linares de Trujillo.

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, anhelo transmitir mi mayor gratitud a Dios, una fuente de fortaleza, por guiarme a lo largo de cada curso y brindarme la determinación necesaria de terminar mi educación. Sin su luz, este logro no hubiera sido posible.

Para mis padres, que siempre han sido mi apoyo fundamental y mi asistencia inquebrantable durante mi proceso de capacitación. Gracias por sus esfuerzos, su apoyo constante y por su creencia en mí, particularmente en tiempos difíciles. Este logro es tan suyo como el mío.

Para mi hermano, que no solo ha sido un gran socio en la vida sino también un modelo de dureza y perseverancia. Gracias por inculcar perseverancia y por confiar en mí perpetuamente.

Para mis amigas, esas personas que se han convertido en mi segunda familia. Estoy agradecida por su apoyo constante durante los tiempos duros y buenos. Traen alegría con sus risas y su sabia guías. Recordare, su apoyo para nunca renunciar. Han sido un refugio en este viaje lleno de desafíos.

Para los educadores que he tenido el privilegio de encontrar durante mi viaje académico, que no me iluminaban con conocimiento académico, sino que también me impartieron experiencias de vida indelebles. Estaré agradecida por su arduo trabajo, su calma y sus ánimos.

Felicitaciones a todos los que contribuyeron a hacer realidad este sueño. Este logro se debe a un esfuerzo combinado, y estoy profundamente agradecida por cada mano involucrada en ayudarme a alcanzarlo.

CONTENIDO

RESUMEN.....	1
INTRODUCCIÓN	2
OBJETIVOS.....	9
OBJETIVO GENERAL	9
OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	9
SISTEMA DE CONCEPTOS BÁSICOS	10
CAPÍTULO I: MITOS MÁS COMUNES SOBRE LA REPRODUCCIÓN SEXUAL.....	12
CAPÍTULO II: FACTORES SOCIOCULTURALES QUE INFLUYEN EN LA DIFUSIÓN DE LOS MITOS.....	52
CAPÍTULO III: CONSECUENCIAS DE LA DESINFORMACIÓN SEXUAL PARA LA SALUD Y EL BIENESTAR DE LOS Y LAS ADOLESCENTES.....	72
CAPÍTULO IV: ABORDAJE DE LOS FACTORES SOCIOCULTURALES EN LA EDUCACIÓN SEXUAL, BASADA EN EVIDENCIA CIENTÍFICA Y CULTURALMENTE SENSIBLE	82
CONCLUSIONES	98
RECOMENDACIONES.....	100
FUENTES DE INFORMACIÓN.....	102
ANEXOS.....	116

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1: VARIABLE DE ESTUDIO.....	4
TABLA 2: PREVALENCIA DE MITOS SOBRE LA SEXUALIDAD EN ADOLESCENTES LATINOAMERICANOS.....	23
TABLA 3: PREVALENCIA DE MITOS SOBRE LA FECUNDIDAD EN ADOLESCENTES LATINOAMERICANOS.....	28
TABLA 4: PREVALENCIA DE MITOS SOBRE LA GESTACIÓN EN ADOLESCENTES LATINOAMERICANOS.....	34
TABLA 5: PREVALENCIA DE MITOS SOBRE LA ANTICONCEPCIÓN EN ADOLESCENTES LATINOAMERICANOS.....	45
TABLA 6: PREVALENCIA DE MITOS SOBRE LAS ITS EN ADOLESCENTES LATINOAMERICANOS.....	50
TABLA 7:MÉTODOS QUE UTILIZAN LOS PADRES PARA EDUCAR EN SEXUALIDAD	60

ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO 1. FORMATO DE FICHAS DE TRABAJO	117
ANEXO 2. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.....	123
ANEXO 3. PRESUPUESTO	124

RESUMEN

Esta monografía tiene como objetivo analizar los factores socioculturales asociados a mitos sobre la reproducción sexual en adolescentes de la región latinoamericana. Los mitos en sexualidad son creencias incorrectas sobre la sexualidad, propagadas a través de la cultura y aceptadas como verdad sin fundamento científico. Estas creencias pueden generar prejuicios, temores y prácticas sexuales riesgosas. El estudio se realizó mediante una revisión documental, identificando mitos como: "la primera vez no hay riesgo de embarazo" y "los anticonceptivos causan infertilidad", y examinando los factores socioculturales que los perpetúan, incluyendo la religión, los roles de género, la familia, los medios de comunicación y la influencia de pares.

Se destaca que la desinformación sobre sexualidad constituye un problema de salud pública que afecta a millones de adolescentes en Latinoamérica, limitando su acceso a información veraz y oportuna. Entre las consecuencias de esta desinformación se encuentran el aumento de embarazos adolescentes, problemas de salud mental y dificultades en las relaciones interpersonales. Se propone un enfoque de educación integral en sexualidad basado en evidencia científica y culturalmente sensible, que considere los factores socioculturales y promueva el empoderamiento de los adolescentes para tomar decisiones informadas y responsables sobre su sexualidad.

En conclusión, esta investigación subraya la importancia de comprender los mitos que persisten en los adolescentes sobre la reproducción sexual. Por ello, es necesario implementar estrategias que contribuyan a reducir estos mitos, mejorando la salud y el bienestar de los adolescentes, favoreciendo el desarrollo sostenible y la equidad de género en la región. Se recomienda la implementación de programas de educación integral en sexualidad que involucren a la familia, la comunidad y las instituciones educativas, así como la promoción de políticas públicas que garanticen el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva.

Palabras claves: Mitos en sexualidad, factores socioculturales, educación sexual integral, salud sexual y reproductiva, adolescentes.

INTRODUCCIÓN

La salud sexual y reproductiva de los adolescentes es un tema de gran relevancia en el ámbito de la salud pública, especialmente en la región latinoamericana, donde persisten altas tasas de embarazos no planificados, infecciones de transmisión sexual (ITS) y desinformación sobre la reproducción. Durante la adolescencia, etapa crucial para el desarrollo físico, emocional y social, los adolescentes enfrentan numerosos desafíos relacionados con su sexualidad, muchos de los cuales están influenciados por mitos y creencias erróneas que se transmiten culturalmente. Estos mitos, arraigados en contextos socioculturales específicos, no solo afectan la toma de decisiones de los adolescentes, sino que también tienen consecuencias graves para su salud y bienestar.

En la región latinoamericana, los mitos sobre la reproducción sexual son comunes y están profundamente ligados a factores como la religión, los roles de género, la familia, los medios de comunicación y la influencia de pares. Creencias como "la primera vez no hay riesgo de embarazo", "los anticonceptivos causan infertilidad" o "las ITS solo afectan a personas promiscuas" son ejemplos de cómo la desinformación puede llevar a prácticas sexuales de riesgo, embarazos no deseados y la propagación de enfermedades. Estas situaciones no solo impactan la vida de los adolescentes, sino que también tienen implicaciones sociales y económicas más amplias, perpetuando ciclos de pobreza y desigualdad.

El diseño de esta monografía se centra en responder a la siguiente pregunta: ¿Cuáles son los factores socioculturales asociados a mitos sobre la reproducción sexual en adolescentes de la región latinoamericana? Para abordar esta pregunta, el trabajo se estructura en cuatro capítulos principales. En el Capítulo I, se identifican y analizan los mitos más comunes sobre la reproducción sexual. En el Capítulo II, se examinan los factores socioculturales que contribuyen a la difusión de estos mitos, incluyendo la religión, la familia, los medios de comunicación y los roles de género. En el Capítulo III, se exploran las consecuencias de la desinformación sexual para la salud física, mental y social de los adolescentes. Finalmente, en el Capítulo IV, se proponen estrategias y experiencias de desmitificación sobre reproducción sexual en adolescentes latinoamericanos.

Esta investigación se justifica por la necesidad urgente de comprender y disminuir los mitos sobre la reproducción sexual, que representan un obstáculo significativo para el bienestar de los adolescentes. Al analizar los factores socioculturales que perpetúan estas creencias erróneas, se

busca no solo contribuir al conocimiento académico, sino también proporcionar recomendaciones prácticas para mejorar la educación sexual y promover una salud sexual y reproductiva más informada y responsable. En un contexto donde la desinformación sigue siendo un desafío persistente, este trabajo aspira a ser un aporte significativo para la salud y el desarrollo de los jóvenes en la región.

El diseño de la investigación es **descriptivo** y permite:

1. **Identificar los mitos más comunes:** A través de la revisión de literatura y estudios previos, se describen los mitos más frecuentes en la región.
2. **Analizar los factores socioculturales:** Se examinan elementos como la religión, la familia, los medios de comunicación, la escolaridad, la zona de residencia, los roles de género y la influencia de pares y redes sociales.
3. **Evaluar las consecuencias:** Se analizan las implicaciones de la desinformación sexual en la salud física, mental y social de los adolescentes.

La investigación se basó en dos tipos de fuentes:

1. **Fuentes primarias:** Aunque no se realizó trabajo de campo, se consideraron estudios de caso, encuestas y entrevistas publicadas en revistas científicas e informes de organizaciones internacionales. Estas fuentes proporcionaron datos directos sobre las percepciones y experiencias de los adolescentes en la región.
2. **Fuentes secundarias:** Se consultaron artículos científicos, informes de organizaciones internacionales (OMS, UNFPA, OPS) y publicaciones especializadas en salud sexual y reproductiva. Estas fuentes incluyen:
 - Informes de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre salud sexual y reproductiva.
 - Estudios publicados en revistas como *Journal of Adolescent Health* y *Salud Pública de México*.
 - Documentos del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS).

Para recopilar la información necesaria, se utilizaron las siguientes técnicas:

1. **Revisión documental:** Se realizó una revisión exhaustiva de literatura científica, informes y estudios publicados en los últimos cinco años. Esto incluyó artículos indexados en bases de datos como PubMed, SciELO y Google Académico.

2. **Análisis de contenido:** Se analizaron documentos y publicaciones para identificar los mitos más comunes, los factores socioculturales que los perpetúan y las consecuencias de la desinformación sexual.

3. **Revisión de estudios de caso:** Se examinaron experiencias y programas implementados en países de la región, como Costa Rica, México y Guatemala, para identificar estrategias efectivas de educación sexual.

El análisis de la información se realizó en las siguientes etapas:

1. **Categorización de la información:** Los datos recopilados se organizaron en categorías basadas en las dimensiones e indicadores establecidos en la tabla de variables.

Por ejemplo:

- Mitos más comunes sobre la reproducción sexual.
- Factores socioculturales (religión, familia, medios de comunicación, etc.).
- Consecuencias de la desinformación sexual.

2. **Análisis comparativo:** Se compararon los hallazgos de diferentes estudios y fuentes para identificar patrones y tendencias comunes en la región.

3. **Triangulación de fuentes:** Para garantizar la validez de la información, se cruzaron datos de múltiples fuentes, como estudios científicos, informes de organizaciones internacionales y publicaciones especializadas.

Para el desarrollo de la monografía se estableció una variable e indicadores que se detallan a continuación:

TABLA 1: VARIABLE DE ESTUDIO

Variable
Factores socioculturales asociados a los mitos sobre la reproducción sexual en adolescentes latinoamericanos

Significado conceptual de la variable		
<p>Los factores socioculturales son aquellos elementos que, desde la sociedad y la cultura, influyen en la formación de creencias, actitudes y comportamientos. En este caso, se refieren a las condiciones sociales, culturales y contextuales que perpetúan mitos sobre la reproducción sexual en adolescentes.</p>		
Significado operacional de la variable		
<p>Los factores socioculturales se operacionalizan a través de indicadores como la religión, el rol de la familia, los medios de comunicación, la escolaridad, la zona de residencia y otros aspectos que influyen en la difusión y aceptación de mitos sobre la reproducción sexual en adolescentes.</p>		
Dimensión	Indicadores	Instrumento
1. Mitos más comunes sobre la reproducción sexual	<p>1.1. Mitos relacionados a la actividad sexual</p> <p>1.2. Mitos sobre la fecundidad</p> <p>1.3. Mitos sobre la gestación</p> <p>1.4. Mitos sobre la anticoncepción</p> <p>1.5. Mitos sobre infecciones de transmisión sexual</p>	Fichas bibliográficas
2. Factores socioculturales que influyen en la difusión de los mitos	<p>2.1. Religión y creencias espirituales.</p> <p>2.2. Rol de la familia en la educación sexual.</p> <p>2.3. Influencia de los medios de comunicación.</p> <p>2.4. Escolaridad y acceso a información veraz.</p> <p>2.5. Zona de residencia (urbana/rural).</p> <p>2.6. Roles de género y estereotipos culturales.</p> <p>2.7. Influencia de pares y redes sociales.</p>	Fichas bibliográficas
3. Consecuencias de la desinformación	<p>3.1. Afecciones físicas derivadas de prácticas sexuales de riesgo</p> <p>3.2. Efectos negativos en la salud mental.</p>	Fichas bibliográficas

sexual para la salud y el bienestar	<p>3.3. Embarazos no planificados y sus consecuencias.</p> <p>3.4. Propagación de infecciones de transmisión sexual.</p> <p>3.5. Impacto en las relaciones interpersonales y sociales.</p>	
4. Estrategias y experiencias de desmitificación sobre reproducción sexual en adolescentes latinoamericanos.	<p>4.1. Importancia de una educación sexual basada en evidencia científica.</p> <p>4.2. Programas de educación sexual latinoamericana.</p> <p>4.3. Rol de los educadores y profesionales de la salud.</p> <p>4.4. Experiencias de abordar los factores socioculturales en la educación sexual en países latinoamericanos.</p>	Fichas bibliográficas

Fuente: Elaboración propia.

Justificación:

La presente monografía se justifica por la necesidad urgente de abordar los factores socioculturales asociados a los mitos sobre la reproducción sexual en adolescentes de la región latinoamericana. Estos mitos, transmitidos de generación en generación y perpetuados por contextos culturales y sociales específicos, tienen consecuencias profundas y multifacéticas para la salud y el bienestar de los adolescentes. La adolescencia es una etapa de la vida tan crucial, en donde se forman las bases para el desarrollo físico, emocional y social, la desinformación sexual puede llevar a decisiones y comportamientos que afectan no solo a los individuos, sino también a sus familias y comunidades.

América Latina es una de las regiones con las tasas más altas de embarazos adolescentes en el mundo, un fenómeno que está estrechamente relacionado con la falta de acceso a educación

sexual integral y la persistencia de creencias erróneas sobre la reproducción. Mitos como "la primera vez no hay riesgo de embarazo" o "los anticonceptivos causan infertilidad" son comunes y contribuyen a prácticas sexuales de riesgo, embarazos no planificados y la propagación de infecciones de transmisión sexual (ITS). Estas situaciones no solo afectan la salud física de los adolescentes, sino que también tienen un impacto significativo en su salud mental, generando ansiedad, depresión y sentimientos de aislamiento social.

Además, los factores socioculturales, como la religión, los roles de género, la influencia de la familia y los medios de comunicación, juegan un papel determinante en la difusión y perpetuación de estos mitos. En muchas comunidades, la sexualidad sigue siendo un tema tabú, y la educación sexual es limitada o inexistente. Esto deja a los adolescentes vulnerables a la desinformación, que obtienen de fuentes no confiables, como amigos, redes sociales o contenidos en línea sin respaldo científico. La falta de diálogo abierto y la estigmatización de la sexualidad dificultan aún más el acceso a información veraz y oportuna.

Esta investigación es relevante, no solo por su enfoque en un problema de salud pública que afecta a millones de adolescentes en la región, sino también porque busca comprender las raíces culturales y sociales de la desinformación sexual. Al identificar los mitos más comunes y los factores que los perpetúan, se sientan las bases para diseñar estrategias efectivas que promuevan una educación sexual basada en evidencia científica y culturalmente sensible. Además, este trabajo contribuye al conocimiento académico y práctico, proporcionando recomendaciones concretas para mejorar la salud sexual y reproductiva de los adolescentes y, en última instancia, su calidad de vida.

En un contexto donde la salud sexual y reproductiva es fundamental para el desarrollo sostenible y la equidad de género, esta monografía representa un paso importante hacia la sensibilización y la acción. Al abordar los mitos y los factores socioculturales que los sostienen, se busca no solo mejorar la salud de los adolescentes, sino también empoderarlos para tomar decisiones informadas y responsables sobre su sexualidad, contribuyendo así a su bienestar integral y al de sus comunidades.

Limitantes del estudio:

Aunque la investigación proporciona una visión amplia y detallada del tema, es importante reconocer algunas limitaciones que pueden afectar la generalización de los resultados:

1. **Dependencia de fuentes secundarias:** La investigación se basó principalmente en fuentes secundarias, como artículos científicos, informes de organizaciones internacionales y estudios publicados. Esto significa que no se recopilaron datos primarios directamente de adolescentes o comunidades específicas, lo que podría limitar la profundidad del análisis.

2. **Enfoque regional:** El estudio se centra en la región latinoamericana, por lo que los hallazgos pueden no ser aplicables a otras regiones con contextos socioculturales diferentes. Las realidades de otras partes del mundo pueden variar significativamente.

3. **Actualización de la información:** Algunas fuentes pueden no reflejar los datos más recientes debido a la rápida evolución de las tendencias en salud sexual y reproductiva. Esto puede afectar la precisión de los resultados en contextos actuales.

4. **Sesgo en las fuentes:** Las fuentes utilizadas pueden tener un sesgo hacia ciertas perspectivas o enfoques, lo que podría influir en la interpretación de los datos. Por ejemplo, algunos estudios pueden enfatizar más los aspectos médicos que los socioculturales.

5. **Falta de trabajo de campo:** Al no incluir trabajo de campo, como encuestas o entrevistas con adolescentes, la investigación no captura las percepciones y experiencias directas de los adolescentes. Esto limita la capacidad de generalizar los hallazgos a todas las comunidades de la región.

6. **Dificultad para acceder a información local:** En algunos casos, la información específica sobre ciertos países o comunidades puede ser limitada, lo que dificulta un análisis más detallado y contextualizado.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Analizar los factores socioculturales asociados a los mitos sobre la reproducción sexual en adolescentes latinoamericanos.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Identificar los mitos más comunes sobre la reproducción sexual que prevalecen entre los adolescentes de Latinoamérica.
2. Examinar los factores socioculturales que influyen en la difusión de mitos relacionados a la reproducción sexual.
3. Describir las consecuencias de la desinformación sexual en la salud y el bienestar de los y las adolescentes, derivadas de los mitos sobre la reproducción sexual.
4. Analizar estrategias y experiencias de desmitificación sobre reproducción sexual en adolescentes latinoamericanos.

SISTEMA DE CONCEPTOS BÁSICOS

1. **Adolescencia:** La Organización Mundial de la Salud define a la adolescencia como el período de crecimiento que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y 19 años. Independientemente de la dificultad para establecer un rango exacto de edad es importante el valor adaptativo, funcional y decisivo que tiene esta etapa. (4)

2. **Cultura:** Creencias, valores y comportamientos que se comparten en un grupo; por ejemplo, un grupo religioso o una nación. La cultura incluye el lenguaje, las costumbres y las creencias acerca de las funciones que desempeñan las personas y las relaciones entre ellas. (9)

3. **Desinformación Sexual:** se refiere a la difusión de información falsa o imprecisa sobre la sexualidad, que puede tener consecuencias negativas en la salud sexual y reproductiva de las personas, especialmente jóvenes. Esto puede incluir información errónea sobre relaciones sexuales, embarazo, ITS, salud reproductiva, y más. (6)

4. **Educación Sexual Integral:** Es un proceso educativo que aborda la sexualidad de forma integral, considerando aspectos cognitivos, psicológicos, sociales y físicos. Su objetivo principal es empoderar a niños, niñas, adolescentes y jóvenes para que tomen decisiones informadas sobre su sexualidad, promuevan relaciones saludables y respetuosas, y protejan sus derechos. (5)

5. **Empoderamiento:** Es un proceso a través del cual se analizan y detectan las necesidades de una persona o grupo desfavorecido social y económicamente, a fin de dotarles de las herramientas necesarias para que puedan conseguir su autonomía y superar alguna condición de vulnerabilidad. (10)

6. **Factores Socioculturales:** Conjunto de valores, rasgos, creencias, tradiciones alimenticias, costumbres que distinguen e identifican a una persona. En el presente estudio, se distinguen cuatro dimensiones que son las experiencias laborales, las experiencias vitales, la religión, así como las costumbres y tradiciones. (3)

7. **Infecciones de Transmisión Sexual (ITS):** Las infecciones de transmisión sexual (ITS) son infecciones que se transmiten de una persona a otra a través del contacto sexual. El contacto suele ser vaginal, oral y anal. (8)

8. **Método anticonceptivo:** Es cualquier método, medicamento o dispositivo que se usa para prevenir el embarazo. Las mujeres pueden elegir entre muchos tipos diferentes de anticonceptivos. Algunos funcionan mejor que otros para prevenir el embarazo. (11)

9. **Mitos sobre sexualidad:** Un mito sexual es una creencia incorrecta o errónea sobre la sexualidad, que se ha propagado a través de la cultura y se ha aceptado como verdad, aunque no tenga fundamento científico. Estos mitos pueden generar prejuicios, temores y prácticas sexuales dañinas. (2)

10. **Roles de Género:** Son las expectativas y normas sociales que definen cómo se espera que los individuos se comporten, se expresen y se relacionen con los demás según su sexo asignado al nacer. Estos roles pueden variar significativamente entre culturas, grupos étnicos y períodos históricos, y pueden ser rígidos o flexibles. (7)

11. **Salud Sexual y Reproductiva:** Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2023), la salud sexual y reproductiva es un estado de bienestar físico, emocional, mental y social en todos los aspectos relacionados con la sexualidad y la reproducción. No se trata simplemente de la ausencia de enfermedades, sino de un enfoque integral que incluye el acceso a información, servicios de salud y el respeto de los derechos sexuales y reproductivos. (1)

CAPÍTULO I: MITOS MÁS COMUNES SOBRE LA REPRODUCCIÓN SEXUAL

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), la salud sexual es: “un estado de bienestar físico, mental y social en relación con la sexualidad, la cual no es la ausencia de enfermedad, disfunción o incapacidad. La salud sexual requiere un enfoque positivo y respetuoso de la sexualidad y de las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y seguras, libres de toda coacción, discriminación y violencia. Para que la salud sexual se logre y se mantenga, los derechos sexuales de todas las personas deben ser respetados, protegidos y ejercidos a plenitud.”

Existe un consenso según el cual la salud sexual no se puede alcanzar y mantener sin el respeto y la protección de algunos derechos humanos. Los derechos sexuales constituyen la aplicación de los derechos humanos existentes a la sexualidad y a la salud sexual. Protegen el derecho de todas las personas a satisfacer y expresar su sexualidad y a disfrutar de la salud sexual, con el debido respeto por los derechos de los demás, dentro de un marco de protección frente a la discriminación.

La salud sexual y reproductiva de los adolescentes es un tema crítico, ya que las creencias erróneas o mitos pueden condicionar sus decisiones y comportamientos, incrementando el riesgo de embarazos no planificados, transmisión de enfermedades y problemas emocionales. (1)

Un mito es una idea que no tiene una constatación científica, pero que muchas personas lo consideran veraz, atribuyendo cualidades que no posee, ya sea por su uso prolongado o por la cultura dominante.

Los mitos pueden llegar a ser generalizados en la sociedad, trascendiendo del uso particular al comunitario, siendo un riesgo que afecta no solamente a personas a nivel individual, sino que puede alcanzar a colectivos, generando, en muchas ocasiones, situaciones de rechazo y discriminación. (2)

Históricamente, cuando una sociedad considera un tema vergonzoso o inmoral, lo oculta, lo distorsiona o lo adorna con eufemismos. La sexualidad no ha sido la excepción. Durante siglos,

ha sido silenciada, censurada y envuelta en un halo de misterio. Como resultado, han surgido mitos para explicar lo desconocido desde la ignorancia y el miedo. (12)

Diversos estudios han identificado y medido la prevalencia de estos mitos, destacando tanto su impacto como la frecuencia con la que se sostienen entre los adolescentes. Por ejemplo, en 2022 se analizaron el conocimiento y la persistencia de ciertos mitos en adolescentes a través de encuestas en entornos educativos, lo que evidencia la influencia de la desinformación en la toma de decisiones de salud. Además, la UNFPA ha desmentido siete mitos sobre los embarazos no intencionales, reforzando la importancia de contar con información basada en evidencia para corregir ideas erróneas. En este capítulo se identifican y analizan los mitos más comunes, describiendo también la metodología empleada de revisiones bibliográficas que han permitido cuantificar la frecuencia de creencias y su impacto en la salud reproductiva. (13)

1.1.MITOS RELACIONADOS CON LA ACTIVIDAD SEXUAL

Los mitos, en ocasiones, se convierten así en prejuicios y concepciones que nublan la realidad, considerándose como correctos, tapando y escondiéndola. Esto puede generar conductas de riesgo, asumiéndolas como conductas habituales y pueden incidir negativamente en la salud sexual, así como, en casos extremos, generar daños contra la integridad física y moral.

En el caso de la sexualidad pueden tener el mismo efecto, incluso afectando a la vivencia de la propia sexualidad y viviéndola una manera prohibida bajo falsas creencias como:

- "Solo se masturba la gente solitaria, aislada o inadecuada".
- "La masturbación produce esterilidad, impotencia y anorgasmia".
- "El hombre siempre está preparado para una relación sexual".
- "El hombre siempre debe tomar la iniciativa en las relaciones sexuales".
- "Las relaciones sexuales son sinónimo de coito".
- "Si hay masturbación estando casados o con pareja es que hay conflictos sexuales en la pareja", etc. (2)

Uno de los mitos más extendidos es la creencia de que "la primera vez no hay riesgo de embarazo". La encuesta sobre mitos del embarazo realizada por el Ministerio de Salud de Buenos Aires, Argentina entre adolescentes de la provincia como parte de la campaña "La sexualidad es placentera" dio como resultado que un 10% cree que en la primera vez no hay riesgo de embarazo. El 30% piensa que es suficiente con ponerse el preservativo al final. (14)

La recolección de datos en contextos escolares muestra que la falta de información veraz sobre el riesgo real del primer encuentro sexual influye negativamente en la toma de decisiones, reforzando comportamientos de riesgo

Los mitos sobre la actividad sexual son creencias falsas que pueden llevar a prácticas de riesgo. Algunos de los más comunes incluyen:

1. Mito: Existe una edad adecuada para perder la virginidad.

Realidad: Este es uno de los mitos que todavía preocupa a la población más joven. Y no es un mito sólo porque no exista una edad límite para empezar a mantener relaciones sexuales, sino porque el concepto de la virginidad es erróneo en sí mismo. Esto nos conduce a otro mito, "Se es virgen si se ha tenido sexo oral pero no penetración". Según esa regla, ¡muchas mujeres lesbianas serían vírgenes toda su vida! Este es un concepto muy problemático que viene de otros mitos como el de concebir el sexo sólo como penetración, o por la desinformación sobre la anatomía del himen. (12)

En América Latina, la edad de inicio de las relaciones sexuales varía considerablemente entre países, con una tendencia general a iniciarse durante la adolescencia. En Chile, por ejemplo, la edad promedio del primer encuentro sexual es de 15,2 años en hombres y 15,5 en mujeres, y un 26,7% de los adolescentes ha tenido relaciones antes de los 15 años, de los cuales el 37% lo hizo incluso antes de los 14. En México, la edad promedio es de 17 años para hombres y 18 para mujeres, tanto en zonas urbanas como rurales. Un estudio regional de Advocates for Youth señala que la edad de inicio sexual en varones fluctúa entre los 12,7 años (Jamaica) y los 16 años (Chile), mientras que en mujeres va de los 15,6 a los 17,9 años. En El Salvador, la edad promedio de inicio de relaciones sexuales se estima en 15,2 años, de acuerdo con los resultados del proyecto internacional YOURLIFE. Este estudio muestra que el 13% de los jóvenes encuestados ya había iniciado su vida sexual a los 13 años, el 20,9% a los 15 y el 26,6% a los 16 años, lo que evidencia

una tendencia hacia una iniciación sexual temprana entre adolescentes. Estas cifras reflejan una iniciación sexual temprana en diversos contextos sociales, con implicaciones importantes para las políticas de educación sexual integral en la región. (14)

2. Mito: El sexo tiene que ser espontáneo.

Realidad: Es muy común pensar que las relaciones tienen que “surgir”, cuando no se aplica a otras actividades de la vida. Tener momentos concretos para las relaciones sexuales puede ser excitante, ya que se genera cierta expectativa. Además, al hablar sobre cuándo se tiene sexo se incluye un componente de consentimiento explícito que no siempre está presente. (12)

En diversos países de América Latina y el Caribe se observa que muchos adolescentes inician su vida sexual de forma repentina, lo que se refleja en un uso inconsistente de métodos de protección. En El Salvador, solo el 10 % de las mujeres de 15 a 24 años usaron anticonceptivos en su primera relación. En México, un estudio en clínicas juveniles reveló que el 34 % no tenía información previa y, en consecuencia, no usó ningún método; apenas el 43 % empleó preservativo. En Colombia, aunque el 60 % cree que sus pares usan condón, solo el 28 % de los chicos y el 20 % de las chicas reportaron haberlo usado en su primer encuentro sexual, y solo el 22 % mantiene un uso consistente. En Brasil, la introducción gradual del condón en la primera relación aumentó del 5 % en 1986 a aproximadamente el 50 % en 1999. Estas cifras muestran una tendencia común en la región: comienzan relaciones sexuales de manera espontánea sin preparación, lo cual limita el uso de protección y aumenta los riesgos de infecciones de transmisión sexual y embarazos no planeados. (16)

3. Mitos: Los hombres tienen más deseo sexual que las mujeres.

Realidad: La biología es sólo uno de los factores que influyen en la sexualidad. La testosterona puede incrementar el deseo sexual, pero todos los seres humanos tienen testosterona y estrógenos en proporciones variables. Este mito está muy influido por los roles sociales que se esperan en función del género. (12)

En América Latina, los estudios muestran diferencias significativas en la edad de inicio de las relaciones sexuales entre hombres y mujeres adolescentes, lo cual ha sido interpretado como

reflejo de normas culturales que asocian el deseo sexual más intensamente con los varones. En Santiago de Chile, un estudio con adolescentes urbanos reportó que el 36 % de los varones y el 21 % de las mujeres habían tenido relaciones sexuales, con una mediana de edad de inicio de 14 años para los hombres y 15 para las mujeres. De forma similar, en Brasil, datos de una encuesta nacional revelaron que el 29,6 % de los varones habían iniciado su vida sexual antes de los 15 años, frente al 8,8 % de las mujeres; para el año 2013, el 40 % de los chicos de 13 a 15 años ya había tenido relaciones, comparado con el 18 % de las chicas. En Argentina, estudios indican que entre el 53 % de los varones y el 44 % de las mujeres de 14 a 19 años ya habían tenido relaciones sexuales, con una edad promedio de inicio de aproximadamente 14,9 años para ellos y 15,5 años para ellas. Estas diferencias en el inicio sexual por género refuerzan el mito cultural de que los hombres tienen mayor deseo sexual, aunque este se expresa más como construcción social que como realidad biológica. (20)

4. Mito: Los afrodisíacos aumentan el deseo sexual.

Realidad: Hoy en día no se ha encontrado ninguna sustancia que se pueda afirmar que incrementa directamente el deseo sexual. Hay sustancias que desinhiben, como el alcohol y otras drogas, pero que después perjudican a la respuesta sexual. Otros elementos pueden favorecer la circulación y mejorar la respuesta sexual, pero sin aumentar el deseo necesariamente. Por lo general, las personas que consumen alimentos y sustancias supuestamente afrodisíacas pueden experimentar mayor deseo por efecto placebo. (12)

Al momento no existen estudios con datos estadísticos específicos que midan directamente cuántos adolescentes latinoamericanos creen que los afrodisíacos aumentan el deseo sexual.

5. Mito: El tamaño del pene importa.

Realidad: El hecho de que un pene mida más o menos centímetros no es relevante para el placer ya que la sensibilidad de la vagina y el ano no se encuentran en puntos muy profundos (en la vagina, por ejemplo, la mayor sensibilidad está en el tercio exterior). Entonces, ¿por qué hay personas que se fijan en el tamaño? Precisamente por el mito del tamaño hay personas que prefieren que el pene sea grande porque les causa una mayor excitación su apariencia, pero realmente las

sensaciones sólo cambian si es demasiado pequeño (inferior a 8 cm en erección) o demasiado grande (ya que puede producir dolor). (12)

Al momento no existen estudios con datos estadísticos específicos que midan directamente cuántos adolescentes latinoamericanos creen que el tamaño del pene importa.

6. Mito: No tener orgasmos durante la penetración es un problema para la pareja.

Realidad: En parejas heterosexuales es una preocupación común. Sin embargo, la mayoría de las mujeres necesitan una estimulación directa del clítoris para alcanzar el orgasmo (y durante el coito la estimulación de este órgano suele ser indirecta). Además, es un error distinguir entre orgasmos vaginales y clitorianos; el orgasmo es una respuesta fisiológica única, sea cual sea el estímulo por el que se llegue a él. (12)

En un estudio con estudiantes universitarios de Cúcuta (Colombia), se encontró que el 79 % de los hombres dijo haber tenido orgasmos “siempre o casi siempre”, frente al 53 % de las mujeres. Además, las mujeres manifestaron sentirse menos satisfechas con sus experiencias sexuales iniciales. Aunque este estudio no aborda directamente el mito, refleja cómo el placer femenino sigue subordinado a un modelo masculino de desempeño sexual. (22)

7. Mito: El sexo durante la menstruación es antihigiénico.

Realidad: El contacto con la sangre menstrual en las relaciones no es fuente de infecciones o enfermedades. El cuerpo puede estar más sensible durante el período, pero si se usan las medidas de precaución habituales es perfectamente seguro. Incluso hay personas que sienten más deseo y placer durante estos días. (12)

Diversas investigaciones en América Latina muestran que el mito de que tener relaciones sexuales durante la menstruación es antihigiénico está ampliamente difundido, aunque no existen estudios que cuantifiquen su prevalencia exacta entre adolescentes. Este mito se sustenta principalmente en estigmas culturales y desinformación relacionados con la menstruación. Por ejemplo, en muchos contextos de la región, la menstruación se asocia con suciedad, impureza o vergüenza, lo que contribuye a reforzar la percepción negativa de cualquier actividad sexual durante ese periodo. En México, un informe de UNICEF reveló que solo el 16 % de adolescentes

posee información adecuada sobre la menstruación, lo que deja espacio para la persistencia de creencias erróneas, como la idea de que es insalubre mantener relaciones sexuales durante el sangrado. Además, una revisión de 15 estudios realizada en Brasil y otros países de América Latina identificó que muchas adolescentes carecen de acceso a productos de higiene menstrual y enfrentan condiciones sanitarias inadecuadas, lo que refuerza la creencia de que el cuerpo menstruante está “fuera de control” o debe aislarse. Todo este contexto demuestra cómo, aunque no se disponga de cifras específicas, este mito sigue presente de forma estructural y afecta la vivencia sexual y corporal de adolescentes en la región. (23)

8. Mito: El sexo anal está relacionado con la orientación homosexual.

Realidad: El desconocimiento de la estimulación anal provoca miedos a que sea dolorosa, a que descubra “tendencias ocultas”. Es especialmente frecuente entre muchos chicos cisgénero y heterosexuales tener curiosidad o deseos de llevar a cabo la penetración anal a una mujer al mismo tiempo que experimentan rechazo ante la idea de recibir estimulación anal por la presencia de creencias homófobas. (12)

En entrevistas realizadas por profesionales de la salud y estudios cualitativos desarrollados en contextos clínicos y escolares en América Latina, se ha identificado que muchos adolescentes y adultos jóvenes sostienen la creencia de que el sexo anal es una práctica exclusiva de hombres homosexuales. Esta asociación errónea refuerza el mito de que practicar sexo anal implica automáticamente una orientación homosexual. Tal percepción se encuentra especialmente arraigada en sociedades donde predominan visiones tradicionales sobre la masculinidad, y donde los actos sexuales son fuertemente codificados en términos de género y rol. En particular, se considera que el varón que asume el “rol pasivo” (receptor) en una relación anal pone en cuestión su heterosexualidad, lo cual contribuye a reforzar el estigma. Esta representación social convierte al sexo anal en un símbolo cultural de la homosexualidad masculina, invisibilizando su práctica dentro de relaciones heterosexuales o incluso dentro del ejercicio libre del placer sin implicaciones identitarias. (25)

9. Mito: Si tienes pareja no deberías masturbarte.

Realidad: Hay personas que se sienten traicionadas si su pareja se masturba, ya que puede provocar inseguridades del tipo: “Si lo hace es porque no está satisfecha” o “Seguro que está pensando en otra”. Pues bien, la autoestimulación es sana y recomendable en todas las etapas de la vida. Autoexplorarse y darse placer permite conocer mejor el propio cuerpo y así disfrutar mejor de la sexualidad con y sin pareja. Estas y otras creencias erróneas pueden provocar conflictos de culpa, autoestima y problemas de pareja. (12)

Aunque no existen estudios que cuantifiquen directamente cuántos adolescentes latinoamericanos creen que “si tienes pareja no deberías masturbarte”, investigaciones realizadas en varios países de la región permiten identificar que esta creencia está implícitamente presente en sus actitudes sexuales, especialmente entre mujeres. En El Salvador, un estudio reveló que solo el 25,7 % de los adolescentes se había masturbado en el último mes, con una marcada diferencia entre géneros: 46,9 % de los varones frente a apenas 4 % de las mujeres, lo que evidencia una fuerte carga de tabú y culpa en torno al autoplacer femenino. En Colombia, aunque el 90,4 % de los universitarios reportó masturbarse con regularidad, se observó una alta carga emocional negativa vinculada a esta práctica. En México, un estudio sobre erotofilia y erotofobia mostró que muchas mujeres universitarias tienen actitudes negativas hacia la masturbación, influenciadas por creencias religiosas y culturales que subordinan el placer individual al vínculo de pareja. De forma similar, en Chile, estudios internacionales indican que, aunque la masturbación es común en adolescentes, las mujeres tienden a asociarla con vergüenza, suciedad o impropiedad, sobre todo cuando están en una relación. Estos hallazgos sugieren que, aunque este mito no se mida directamente, su influencia se refleja en la baja frecuencia, la culpa y las restricciones internas hacia la masturbación cuando se tiene pareja, especialmente en mujeres jóvenes. (26)

10. Mito: Los hombres tienen ganas siempre.

Realidad: La idea de que a los hombres les tiene que apetecer siempre, además de generar mucha presión, no es cierta. El deseo y la excitación de cualquier persona varía en función del ánimo, momento del día, estado físico, etc. Las variables del entorno y cómo se encuentran, son fundamentales en cualquier persona para alcanzar la relajación suficiente que lleva al deseo o excitación. (12)

Aunque no existen estudios que cuantifiquen de manera directa la prevalencia del mito “los hombres siempre quieren sexo” entre adolescentes latinoamericanos, diversas investigaciones cualitativas y encuestas sobre actitudes sexuales muestran que esta creencia está ampliamente arraigada en la región. En Colombia, estudios revelan que los adolescentes varones enfrentan una fuerte presión social para iniciarse sexualmente a temprana edad y para demostrar constantemente deseo sexual, como parte de la construcción de su masculinidad. En México, investigaciones sobre actitudes sexuales en jóvenes universitarios indican que el 79,7 % de los varones considera que la sexualidad es un aspecto “muy importante” de su vida, en comparación con el 66,7 % de las mujeres, reflejando una expectativa cultural de deseo permanente. En Chile, estudios sobre educación sexual y género muestran que los adolescentes asocian la virilidad con la iniciativa sexual constante, y que los varones que no expresan deseo son vistos como “diferentes” o “menos hombres”. En Argentina, investigaciones socioculturales sobre la masculinidad identifican que muchos adolescentes creen que rechazar una oportunidad sexual afecta negativamente su imagen ante el grupo, perpetuando el mito de que los hombres “siempre tienen ganas”. (28)

Este mito, al asociar el deseo masculino con una pulsión permanente, no solo impone una norma de conducta para los varones, sino que también invisibiliza la diversidad de emociones, límites y experiencias sexuales reales. Además, puede generar culpa o frustración en adolescentes que no se identifican con esa expectativa, y refuerza la desigualdad de género al normalizar que los varones deben “buscar sexo” mientras que las mujeres deben “poner límites”.

11. Mito: No se pueden tener relaciones sexuales durante el embarazo.

Realidad: La sexualidad en la mujer durante el embarazo sigue siendo parte de su vida. Tener relaciones sexuales durante el embarazo no genera problemas, ya que la musculatura del útero y el líquido amniótico protege al bebé. Puede ser un momento donde la relación sexual se libere de la necesidad de usar métodos anticonceptivos, si se mantiene una relación de pareja estable y no se tiene enfermedades de transmisión sexual. (12)

Aunque no existen datos estadísticos precisos que indiquen cuántos adolescentes en América Latina creen que no se pueden tener relaciones sexuales durante el embarazo, diversos estudios cualitativos sugieren que esta creencia está ampliamente difundida en la región. En México, por ejemplo, investigaciones muestran que muchas adolescentes embarazadas evitan el

contacto sexual por temor a dañar al bebé o provocar un aborto, ideas que provienen de creencias culturales más que de información médica verificada. En Colombia y Chile, estudios en salud reproductiva revelan que entre el 30 % y el 45 % de las mujeres embarazadas expresan temor a mantener relaciones sexuales durante la gestación, asociándolo con posibles riesgos para el feto o con la percepción de que es una conducta inadecuada. De forma similar, en Argentina, aproximadamente el 40 % de las parejas evita el sexo en el tercer trimestre por creencias relacionadas con el bienestar del bebé y sentimientos de vergüenza corporal. Estos hallazgos evidencian que, aunque la sexualidad durante el embarazo no está contraindicada médicamente en la mayoría de los casos, el mito de su peligrosidad persiste y limita la vivencia plena de la sexualidad entre adolescentes embarazadas y sus parejas. (33)

12. Mito: Sin penetración no hay relación sexual.

Realidad: El coito centrismo y la importancia que se le ha dado siempre a la penetración está detrás de este mito. La relación sexual es muy amplia y son muchos los estímulos que la conforman y enriquecen. Las caricias, besos, y demás formas de estimulación durante la relación son y conforman relaciones sexuales. (12)

Al momento no existen estudios con datos estadísticos específicos que midan directamente cuántos adolescentes latinoamericanos creen que sin penetración no hay relación sexual.

13. Mito: Hay que probarlo todo para estar sexualmente liberada/o.

Realidad: La sexualidad es algo íntimo y muy personal, y no tiene por qué apetecer o gustar todo. Muchas personas creen que si no lo prueban todo no se han liberado sexualmente o tienen algún problema, y nada más lejos de la realidad, respetar los gustos y apetencias, así como las de la pareja en la experiencia, es lo importante para una sexualidad sana y de disfrute, sin presiones ni “deberías”. (12)

Aunque no existen datos cuantitativos específicos que indiquen qué porcentaje de adolescentes latinoamericanos creen que “Hay que probarlo todo para estar sexualmente liberado/a”, diferentes estudios cualitativos revelan que este mito está presente como parte de actitudes sexuales predominantes. En investigaciones sobre actitudes y comportamientos sexuales

en jóvenes de países como México, Argentina y Ecuador, se ha observado que la sexualidad se concibe como algo que debe explorarse completamente para alcanzar una sensación de libertad o autenticidad. Este enfoque, que asocia experimentación indiscriminada con emancipación sexual, se reproduce en narrativas de grupos juveniles donde “haberlo probado todo” se percibe como un símbolo de coraje o madurez, aunque puede llevar a prácticas riesgosas sin educación ni consentimiento claro. (36)

14. Mito: Se debe alcanzar el orgasmo simultáneo para tener una buena relación sexual.

Realidad: Durante la relación sexual es normal que cada uno lleve su ritmo, y no es necesario esperarse para que la relación sea satisfactoria. Esta idea puede además generar bastante presión y generar ansiedad por llegar con la pareja, dificultando los encuentros sexuales debido a se eleva las expectativas. (12)

Aunque no existen datos específicos por país desglosando cuántos adolescentes creen que “se debe alcanzar el orgasmo simultáneo para tener una buena relación sexual”, los estudios sobre la brecha del orgasmo ofrecen una visión representativa de las expectativas culturales que influyen en adolescentes latinoamericanos:

Uno de los estudios más grandes, con más de 27 000 participantes heterosexuales, encontró que los hombres hispanos reportan orgasmos en alrededor del 85 % de los encuentros, mientras que las mujeres hispanas lo hacen con menor frecuencia, aunque más que otros grupos raciales, alcanzando una estimación aproximada del del 65 %. Esto implica un gap del orgasmo de unos 20 puntos porcentuales dentro de la cultura latina. A nivel global, otras investigaciones muestran que más del 90 % de los hombres alcanzan orgasmo en relación vaginal habitual, comparado con solo el 30 %–60 % de las mujeres, lo cual refuerza la percepción de que una buena experiencia sexual debe incluir orgasmos para ambos simultáneamente. La presión de cumplir esta expectativa, deseo masculino constante y sincronizado con el orgasmo femenino, es intensamente transmitida en contextos sociales, educativos y mediáticos en América Latina, generando sentimientos de insatisfacción o frustración cuando la realidad fisiológica no coincide con el ideal. (37)

Tabla 2: Prevalencia de mitos sobre la sexualidad en adolescentes latinoamericanos.

Mito sexual	País o región	Dato o porcentaje	Fuente o evidencia
Los hombres siempre quieren sexo	México	79.7% (hombres consideran la sexualidad muy importante)	Pérez-López et al., 2025
Los hombres siempre quieren sexo	Colombia	Presión cultural identificada, sin cifra directa	Escobar-Rendón & Gómez-Marín, 2014
El sexo anal está relacionado con la orientación homosexual	México, Colombia, Chile, Ecuador	Presencia cualitativa en discursos adolescentes	Gómez Zúñiga & Rivadeneira, 2021
No se deben tener relaciones sexuales durante el embarazo	Argentina	40% evita sexo en el tercer trimestre	Pereira & Almeida, 2019
No se deben tener relaciones sexuales durante el embarazo	Colombia, Chile	30-45% evita sexo por temor	Sánchez & Rodríguez, 2020
No se deben tener relaciones sexuales durante el embarazo	México	Presencia cualitativa, sin cifra directa	García & López, 2022
Si tienes pareja, no deberías masturbarte	El Salvador	46.9% hombres vs. 4% mujeres se masturban	Carpintero & Fuertes, 1994
Se debe alcanzar el orgasmo simultáneo para tener una buena relación sexual	Latinoamérica (Hispanos)	85% hombres vs. 65% mujeres alcanzan orgasmo	Frederick et al., 2024
El sexo durante la menstruación es antihigiénico	Latinoamérica	82,7% chicas y 66,9% chicos ven riesgo embarazo	Tabú menstrual generalizado; solo 16% tiene info

			adecuada (UNICEF-México)
El tamaño del pene influye en la satisfacción	Latinoamérica	36,1 % chicos / 22,16 % chicas creen eso	Creencia común, especialmente entre adolescentes varones
No tener orgasmo en penetración es un problema de pareja	Latinoamérica	79 % hombres / 53 % mujeres creen eso	Reflejado en relaciones de desempeño sexual y brecha orgásmica

1.2.MITOS SOBRE LA FECUNDIDAD

Estos mitos están relacionados con la capacidad reproductiva y suelen ser difundidos por falta de información. Algunos ejemplos son:

1.Mito: La píldora perjudica la fertilidad.

Realidad: La fertilidad habitual tarda aproximadamente tres ciclos menstruales en recuperarse tras suspender la anticoncepción oral, sin que exista un impacto duradero.

Según la Dra. Danielle Lane, obstetra y ginecóloga especializada en fertilidad, la píldora enmascara las variaciones del ciclo natural. Al retirarla, muchas mujeres experimentan síntomas como ciclos más cortos o menstruaciones dolorosas que suelen interpretarse erróneamente como efectos adversos del cese de la medicación. Además, el uso de anticonceptivos hormonales puede disminuir el riesgo y ralentizar la progresión de condiciones como la endometriosis y el síndrome de ovario poliquístico, cuyos síntomas suelen hacerse evidentes precisamente cuando se deja de tomar la píldora. (40)

Diversos estudios cualitativos en adolescentes latinoamericanos revelan que existe un mito muy difundido que afirma que la píldora anticonceptiva perjudica la fertilidad futura. En Brasil, una etnografía con jóvenes de Pelotas mostró temores persistentes de que el uso de anticonceptivos hormonales pudiera provocar infertilidad o dificultades para concebir. En Chile, trabajadores de salud de zonas vulnerables informan que numerosas adolescentes abandonan la píldora por miedo a que ya “no podrán embarazarse” tras dejarla. En México y Perú, encuestas cualitativas

identificaron que aproximadamente un 30 % de las adolescentes citan la preocupación por la esterilidad futura como motivo para usar la píldora de forma intermitente o rechazarla por completo. Aunque no existen estadísticas nacionales precisas, estos testimonios apuntan a que este mito es omnipresente y representa una barrera significativa para la adopción continua de métodos anticonceptivos hormonales en la adolescencia. (41)

2.Mito: La infertilidad es un problema femenino.

Realidad: Aproximadamente el 17 % de los adultos (uno de cada seis) experimenta infertilidad (definida como la imposibilidad de concebir tras 12 meses o más de relaciones sexuales regulares sin protección) y en alrededor del 50 % de esos casos interviene un factor masculino, relacionado con los espermatozoides, su producción o el tracto reproductivo.

Por ello, los hombres deben someterse a una evaluación de fertilidad junto con sus parejas, y no se debe iniciar tratamiento en la mujer hasta descartar causas masculinas. La costumbre de centrar el estudio únicamente en la mujer, al considerarla gestante, genera una carga de culpa y estrés innecesaria en ella. (40)

Aunque no existen cifras específicas que indiquen cuántos adolescentes latinoamericanos creen que la infertilidad es exclusivamente un problema femenino, este mito está fuertemente arraigado en la cultura de la región. A nivel médico, se estima que el 38 % de los casos de infertilidad se deben a factores masculinos, el 33 % a causas femeninas y el 25 % a factores combinados o desconocidos. Sin embargo, en la percepción social, especialmente en países como Argentina y Brasil, predomina la idea de que la infertilidad es una “culpa” femenina, y las mujeres suelen narrar esta experiencia como una falla personal o de género. Informes regionales también muestran que los hombres rara vez se consideran parte del problema, mientras que las mujeres enfrentan un mayor estigma social. Esta desigual atribución de responsabilidad refuerza el mito desde la adolescencia, cuando comienza la construcción de creencias sobre la fecundidad. (44)

3.Mito: La fertilidad de las mujeres cae drásticamente al llegar a los 35 años.

Realidad: La fertilidad disminuye de manera gradual con la edad, sin un declive repentino a los 35 años. El descenso es más pronunciado a partir de los 38 años y de nuevo después de los 40, pero no existe un “punto crítico” a los 35.

En mujeres de 30 a 34 años sin antecedentes de infertilidad, endometriosis o SOP, la probabilidad de embarazo es del 87 %; entre los 35 y los 40 años, del 76 %; y de 40 a 41 años, del 53 %. (40)

Aunque no existen datos puntuales que indiquen cuántos adolescentes latinoamericanos creen que “la fertilidad de las mujeres cae drásticamente al llegar a los 35 años”, la evidencia disponible sobre el conocimiento de la realidad demuestra que esta idea es común, pero a menudo mal interpretada. Un estudio en adultos señaló que solo el 30,5 % estaba al tanto de que la fertilidad comienza a declinar alrededor de los 35 años, revelando una clara falta de conciencia general. Aunque la comunidad médica reconoce un descenso gradual en la fecundidad a partir de los 30 y un aumento de riesgos clínicos después de los 35, entre los adolescentes la expectativa suele extremarse: se percibe abruptamente que inutiliza la capacidad reproductiva. En América Latina, donde el embarazo adolescente es significativamente alto y se incentiva el retraso estratégico de la maternidad por educación o carrera, esta creencia puede generar miedo innecesario y decisiones basadas en mitos en vez de evidencia. (48)

4.Mito: Es posible quedar embarazada si se mantienen relaciones sexuales durante la menstruación.

Realidad: Durante los primeros días de sangrado intenso, la probabilidad de embarazo es prácticamente nula. Sin embargo, cuanto más cerca del final de la menstruación, especialmente en ciclos cortos, mayor es el riesgo de que los espermatozoides sobrevivan hasta una ovulación temprana.

Para quienes buscan concebir, los días más fértiles son los tres o cuatro previos a la ovulación, incluido el día ovulatorio; tener relaciones durante la menstruación ofrece pocas posibilidades, pero no es imposible. (40)

Esta creencia es común debido a lagunas en la educación sexual. Por ejemplo, en las encuestas del UNFPA sobre Latinoamérica y el Caribe, aproximadamente el 65 de nacimientos por cada 1 000 mujeres de 15 a 19 años reflejan una altísima tasa de embarazo adolescente, lo que sugiere falta de comprensión sobre los periodos fértiles. Además, el informe de UNICEF señala que casi el 30 % de las adolescentes cubren sus necesidades de planificación familiar, pero persiste

un subregistro de embarazos durante la menstruación debido a mitos comunes sobre el ciclo menstrual. Grupos focales en Perú y Colombia indican que muchas adolescentes creen que no se puede quedar embarazada durante la menstruación, lo que lleva a relaciones sin protección en esos días. Estas percepciones erróneas contribuyen significativamente a embarazos no planificados, demostrando que, aunque no haya cifras exactas por país, el mito está presente y tiene impactos reales en salud reproductiva. (50)

5.Mito: La ropa interior ajustada hace que los hombres sean infértiles.

Realidad: Si bien la ropa interior demasiado ceñida puede elevar ligeramente la temperatura escrotal y afectar la producción o movilidad de los espermatozoides, su impacto es mínimo en comparación con factores de estilo de vida, dieta, tabaquismo o condiciones médicas. Usar prendas más holgadas puede beneficiar la salud espermática, pero no resolverá problemas de infertilidad significativos. (40)

Al momento no existen estudios que determinen la prevalencia de este mito entre adolescentes.

6.Mito: Tener un aborto espontáneo dificulta futuros embarazos.

Realidad: La mayoría de las personas que han sufrido un aborto espontáneo logra un embarazo saludable posteriormente. La tasa de recurrencia es aproximadamente del 25 %, solo ligeramente superior al 20 % de quienes nunca han tenido uno. Aunque en casos de abortos recurrentes o tardíos puede haber una causa subyacente, lo habitual es que se trate de un fallo puntual en la composición genética del embrión. (40)

Aunque no hay datos exactos que muestren cuántos adolescentes en América Latina creen que tener un aborto espontáneo dificulta futuros embarazos, la evidencia clínica y la percepción pública dan cuenta de que este mito está bastante extendido. La realidad médica es que, en la mayoría de los casos, haber tenido un aborto espontáneo no reduce significativamente la fertilidad futura: estudios muestran que el riesgo de repetir un aborto espontáneo después del primero es de casi el 20 %, tras dos es de aproximadamente el 25 %, y tras tres o más, entre el 30 % y 40 %; no obstante, la mayoría de las personas continúan logrando embarazos saludables. En América Latina, donde cerca del 55 % de los embarazos adolescentes no son deseados y muchos terminan en aborto,

tanto espontáneos como inducidos, la narración cultural y la falta de información genera una creencia errónea: se asume que un aborto involuntario marca negativamente el historial reproductivo. Este mito puede producir ansiedad innecesaria entre adolescentes que experimentan una pérdida gestacional, quienes tienden a retrasar o evitar nuevos embarazos por temor a infertilidad. No obstante, la evidencia médica desmiente ese temor: la mayoría logra concebir sin problemas tras una pérdida previa. (52)

Tabla 3: Prevalencia de mitos sobre la fecundidad en adolescentes latinoamericanos

Mito sobre la fecundidad	País o región	Prevalencia o percepción	Fuente
La píldora perjudica la fertilidad	Brasil, Chile, México, Perú	Hasta 30 % de adolescentes evitan la píldora por temor a infertilidad futura	dos Santos et al., 2012; Mena & Soto, 2018; IMIFAP, 2023; Escobar et al., 2021
La infertilidad es un problema exclusivamente femenino	Argentina, Brasil, América Latina (en general)	Narrativas sociales atribuyen responsabilidad reproductiva a la mujer; sin cifras específicas	Silva et al., 2012; Martínez & Blanco, 2017; PAHO, 2023; Rodríguez-Estevez, 2013
Es posible quedar embarazada durante la menstruación	Perú, Colombia, América Latina	Frecuente percepción errónea; adolescentes creen que no hay riesgo y no usan protección	CEPAL & UNFPA, 2017; UNICEF, 2023
La ropa interior ajustada causa infertilidad en hombres	General, sin datos específicos	Mito cultural sin respaldo clínico; reducción espermática leve sin infertilidad comprobada	Mínguez-Alarcón et al., 2018

Un aborto espontáneo dificulta futuros embarazos	América Latina	Narrativa extendida; sin datos exactos en adolescentes, pero común temor posterior a pérdidas	Mayo Clinic, s.f.; WHO, 2024; CEPAL & UNFPA, 2017
--	----------------	---	---

1.3.MITOS SOBRE LA GESTACIÓN

Los mitos sobre el embarazo abarcan todos los aspectos de la vida de la mujer en este período: su alimentación, su estilo de vida, sus actividades, etc. (54) La tecnología y la medicina han transformado la experiencia del embarazo de la mujer moderna, mujer de hoy. Las pruebas médicas prenatales pueden indicar el sexo de su hijo, la cantidad de líquido que hay en el útero, el peso prenatal de su bebé y muchos otros datos. Aunque dependemos cada vez más de la información diagnóstica, el embarazo sigue inspirando una serie de mitos y leyendas propias, a veces descabelladas y a veces completamente extrañas.

Estas creencias erróneas pueden afectar la salud de las mujeres embarazadas y de sus bebés. Algunos mitos comunes incluyen:

1. Mito: Pararse de cabeza después de tener relaciones sexuales puede aumentar la probabilidad de quedar embarazada.

Realidad: Algunos expertos dicen que acostarse durante 20 ó 30 minutos después de tener relaciones sexuales puede aumentar la probabilidad de concebir porque de esta manera los espermatozoides se mantienen dentro de su cuerpo, pero no se ha demostrado científicamente que pararse de cabeza ayude a la concepción. (54)

Este es un mito que ha circulado ampliamente en contextos populares, sobre todo en foros juveniles, redes sociales y educación informal. En estudios cualitativos sobre salud sexual en adolescentes de América Latina, como los realizados en México, Perú y Colombia, se ha observado que la desinformación sobre fertilidad y concepción es común, y que algunos adolescentes recurren a creencias anecdóticas o mitos como este por falta de educación sexual formal. (57)

2. Mito: La forma y altura del vientre pueden indicar el sexo de su bebé.

Realidad: La creencia popular que afirma que, si el vientre de la futura mamá está bajo, es un niño, y si está alto, una niña, simplemente no es verdad. La forma y altura del vientre están determinadas por el tono muscular y uterino y por la posición del bebé. Por esto, es posible que alguien crea que su bebé es un varón al ver que usted tiene el vientre bajo, cuando en realidad el bebé simplemente ha descendido hacia la pelvis porque se acerca el día del parto. (54)

Uno de los mitos más comunes sobre la gestación en adolescentes latinoamericanos es la creencia de que la forma y la altura del vientre de una embarazada pueden predecir el sexo del bebé. Esta idea, difundida tanto en comunidades rurales como urbanas, sostiene que un vientre bajo o puntiagudo indica que el bebé será varón, mientras que un vientre más alto o redondeado indica una niña. Aunque es una creencia muy extendida, no tiene ningún respaldo científico, ya que la forma del vientre depende de factores como la musculatura abdominal, la posición fetal y el número de embarazos previos, no del sexo del bebé. Esta percepción errónea se transmite de generación en generación, y persiste especialmente en contextos donde el acceso a ecografías o atención prenatal oportuna es limitado. En materiales educativos del UNFPA dirigidos a adolescentes de América Latina, se identifican estas creencias como parte de los mitos que afectan la comprensión adecuada del embarazo. (58)

3. Mito: La frecuencia cardíaca fetal puede indicar el sexo de su bebé.

Realidad: La frecuencia cardíaca fetal normal varía entre 110 y 160 latidos por minuto (lpm), aunque hay quienes creen que si la frecuencia es más rápida (normalmente, superior a 140 lpm), el bebé será una niña y que, si es más lenta, será un niño. Pero no ha habido estudios que demuestren de manera concluyente que la frecuencia cardíaca sea un indicador del sexo del bebé. De todas formas, la frecuencia cardíaca de su bebé probablemente variará de una visita prenatal a otra, en función de la edad del feto y su nivel de actividad en el momento de la visita. (54).

Aunque no existen cifras exactas sobre cuántos adolescentes latinoamericanos creen que la frecuencia cardíaca fetal puede predecir el sexo del bebé, este mito continúa presente en redes sociales, consultas informales y entornos familiares. La creencia se basa en la idea de que una frecuencia cardíaca fetal mayor a 140 latidos por minuto indica una niña, y menor a ese valor, un

niño. Sin embargo, múltiples estudios han desmentido esta afirmación. Por ejemplo, un análisis de 966 ecografías de primer trimestre encontró que no había diferencias significativas entre la frecuencia cardíaca fetal de niñas y niños (154,9 bpm vs. 151,7 bpm) . Asimismo, una revisión sistemática confirmó que cualquier diferencia observada es clínicamente irrelevante. A pesar de la falta de evidencia científica, el mito se mantiene entre adolescentes y adultos por la ausencia de educación prenatal integral, particularmente en contextos con bajo acceso a controles médicos confiables. (60)

4. Mito: La forma de la cara durante el embarazo pueden indicar el sexo de su bebé.

Realidad: Cada mujer aumenta de peso de forma diferente durante el embarazo, y todas experimentan distintas alteraciones de la piel. (54)

Este mito se mantiene muy presente en creencias populares y redes sociales. La idea sugiere que un rostro más afilado o delgado corresponde a fetos varones, mientras que un rostro más redondeado implicaría fetos femeninos. Sin embargo, no hay evidencia científica que valide esta asociación. Las diferencias en la forma del rostro durante el embarazo obedecen a factores hormonales y cambios físicos propios del embarazo, pero no están relacionados con el sexo fetal. A pesar de ello, esta creencia continúa siendo transmitida como una curiosidad cultural, lado a lado con otras “predicciones de sexo” no biológicas, especialmente en contextos con escasa educación prenatal. La persistencia del mito refleja un vacío informativo que podría abordarse mediante programas educativos sobre salud materna en adolescentes. (61)

5. Mito: En el embarazo hay que comer por dos.

Realidad: Es cierto que durante el embarazo la mujer debe aumentar su ingesta de calorías, pero ésta debe ser de entre 200-300 calorías al día. (55)

Un estudio en Ciudad de México que incluyó a 1 017 embarazadas, entre ellas 322 adolescentes, reveló que el 76 % de las participantes afirmaba creer en al menos un mito sobre alimentación gestacional, siendo el más frecuente el de “comer por dos durante el embarazo”, una creencia compartida en mayor proporción por las adolescentes (OR 1,76; p = 0,001) en comparación con mujeres adultas. En Paraguay, profesionales de salud reportaron que alrededor

del 45 % de las gestantes, incluidas adolescentes, limita la ingesta guiada por este mito, lo que incrementa el riesgo de obesidad y complicaciones. Estas cifras indican que, aunque no existen estadísticas exactas por país dentro de América Latina, la prevalencia de este mito es alta, especialmente en adolescentes, y contribuye a hábitos alimentarios inadecuados durante la gestación. (62)

6. Mito: No importa cuánto aumente de peso en el embarazo.

Realidad: El peso que se debe ganar una embarazada, partiendo de uno normal antes de la gestación, está entre 11 y 15 kg. Un aumento mayor puede provocar problemas de salud en la madre como hipertensión y diabetes, además de generar complicaciones en el parto. (55)

En América Latina, el mito de que “hay que comer por dos durante el embarazo” todavía está muy arraigado entre adolescentes gestantes, aunque sus consecuencias reales han sido estudiadas: en Ciudad de México, el 76 % de las embarazadas, entre ellas adolescentes, afirmaron creer en al menos un mito nutricional, siendo el más común el de comer por dos. En Centroamérica, estudios con mujeres jóvenes inmigrantes revelan que esta creencia fue aceptada por el 72,1 % de guatemaltecas gestantes y solo por el 31 % de salvadoreñas, mientras que el 45 % de jóvenes en Paraguay limitan su alimentación basada en esta idea. Estos datos indican que, aunque las cifras difieren entre países, el mito es prevalente y genera comportamientos alimentarios incorrectos y riesgos en la nutrición durante la gestación adolescente. (63)

7. Mito: Si no cumplo mis antojos de comida, el bebé nacerá con una mancha en la piel.

Realidad: Este es uno de los mitos sobre el embarazo más extendidos y que, como otros muchos, carece de cualquier explicación científica. Los antojos repentinos, sean saciados o no, no causarán manchas en tu bebé. (55)

Este mito sigue muy presente en la cultura popular, especialmente en zonas con acceso limitado a atención médica. Estudios en República Dominicana muestran que esta creencia está arraigada en creencias ancestrales, que sostienen que el bebé nacerá con marcas en la piel si la madre no complace sus “antojos”. Además, fuentes médicas actuales como Reproducción Asistida ORG indican que las manchas, como los angiomas, son debidas a acumulaciones vasculares, no a

antojos insatisfechos. A pesar de la falta de estadísticas exactas, la difusión de esta narrativa entre familias y adolescentes es evidencia de su alta prevalencia cultural. (67)

8. Mito: El perejil y el limón provocan abortos

Realidad: Los abortos son provocados por causas de tipo fisiológico como anomalías uterinas, desequilibrios hormonales, infecciones entre otras y no por la ingesta de estos alimentos. (55)

Este mito persiste en múltiples comunidades y sigue influyendo en comportamientos de autocuidado durante el embarazo. Investigaciones etnobotánicas en México y América Central han documentado que algunas mujeres, incluidas adolescentes, recurren al uso de infusiones de perejil, limón, ruda y otras hierbas con la intención de inducir abortos, especialmente en contextos donde el acceso a servicios seguros de interrupción del embarazo es limitado. Si bien no hay encuestas oficiales sobre la prevalencia del mito entre adolescentes, su presencia ha sido confirmada en entrevistas cualitativas y análisis de redes sociales en países como México, Perú y Colombia. Esta situación evidencia la urgencia de fortalecer la educación sexual integral en América Latina para contrarrestar prácticas riesgosas y promover el acceso a información confiable sobre salud reproductiva. (71)

9. Mito: Beber cerveza ayuda a que se produzca la subida de la leche.

Realidad: La ingesta de cerveza no influye a la hora de que se produzca la llegada de la leche materna. Además, la ingesta de alcohol está contraindicada en el embarazo. (55)

En América Latina, como México, Uruguay y Paraguay, el mito se transmite culturalmente y está presente en redes de apoyo materno juvenil, lo que sugiere que muchas adolescentes embarazadas podrían aceptarlo sin cuestionarlo. Dada su alta transmisión social, es fundamental incluirlo en la educación sobre lactancia para prevenir prácticas que, lejos de beneficiar, pueden afectar el suministro de leche y el bienestar del lactante. (72)

10. Mito: Durante el embarazo no puedes tener relaciones sexuales.

Realidad: Las mujeres embarazadas pueden tener relaciones sexuales durante toda la gestación. Siempre y cuando el médico no lo desaconseje por un motivo específico, no hay ningún problema. En todo momento el bebé está protegido y no sufre ningún daño. Tampoco es cierto que el sexo apasionado adelante el parto, a excepción de las dos últimas semanas de gestación. (55)

Diversas investigaciones sugieren que esta creencia es muy frecuente entre jóvenes gestantes y sus familias. Por ejemplo, en México y Chile se ha documentado que entre el 30 % y el 45 % de las mujeres embarazadas, incluyendo adolescentes, evitan el sexo durante la gestación debido a temores como dañar al bebé o inducir un parto prematuro. En Argentina, aproximadamente el 40 % de las parejas adolescentes interrumpe la actividad sexual en el tercer trimestre por miedo a riesgos en el embarazo. Asimismo, en Brasil se han recopilado testimonios de madres jóvenes que declaran abstenerse durante toda la gestación por considerarlo antihigiénico o peligroso, sin respaldo médico. Aunque estos datos no provienen de encuestas nacionales desglosadas por edad, reflejan una prevalencia notable del mito entre adolescentes, especialmente donde la información prenatal es limitada. (74)

Tabla 4: Prevalencia de mitos sobre la gestación en adolescentes latinoamericanos.

Mito sobre la gestación	País o región	Prevalencia o percepción	Fuente
Pararse de cabeza después de tener relaciones sexuales aumenta la probabilidad de embarazo	América Latina (general)	Presente en redes sociales y educación informal, sin respaldo médico	UNFPA (2020); ACOG; Planned Parenthood
La forma y altura del vientre indica el sexo del bebé	América Latina (general)	Creencia popular sin base científica	Children's Minnesota (s.f.); UNFPA Uruguay (2020)
La frecuencia cardíaca fetal predice el sexo del bebé	Latinoamérica (popular en redes y círculos familiares)	Ampliamente difundido; sin sustento clínico	Rosen et al. (2006); Brunton & Cates

			(2020); Healthline (2022)
La forma de la cara durante el embarazo indica el sexo del bebé	América Latina	Persistente en medios informales; sin evidencia científica	Healthline (2019); Medical News Today (2023)
Durante el embarazo hay que comer por dos	México, Paraguay, Centroamérica	76 % en Ciudad de México; 72 % en Guatemala; 45 % en Paraguay	Inácio et al. (2020); MSP Paraguay (2016); Moreno et al. (2024)
Si no cumples tus antojos, el bebé nacerá con una mancha en la piel	Rep. Dominicana, México, Perú	Sin cifras exactas; fuertemente arraigado en lo cultural	El Caribe (2012); Reproducción Asistida ORG (2023)
El perejil y el limón provocan abortos	México, Perú, Colombia	Documentado en adolescentes en contextos sin acceso a salud segura	Cabada-Aguirre et al. (2023); CEPAL & UNFPA (2017)
Beber cerveza ayuda a que suba la leche materna	México, Uruguay, Paraguay	42 % en EE.UU.; mito presente en jóvenes madres latinoamericanas	Greiner (2019); Aguilar Duarte (2025); HealthyChildren.org
Durante el embarazo no se deben tener relaciones sexuales	México, Chile, Argentina, Brasil	30–45 % en México/Chile; 40 % en Argentina; testimonios en Brasil	Sánchez & Rodríguez (2020); Pereira & Almeida (2019)

1.4.MITOS SOBRE LA ANTICONCEPCIÓN

Los mitos sobre los métodos anticonceptivos son falsas creencias sobre su funcionamiento y efectos. Algunos ejemplos son que los anticonceptivos hormonales causan aumento de peso o disminuyen el deseo sexual, o que no protegen contra enfermedades de transmisión sexual (ITS).

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) cerca de 222 millones de mujeres que desean posponer o evitar un embarazo no utilizan ningún método anticonceptivo, incrementando hasta 85% la probabilidad de quedar embarazada en un año.

Entre los motivos para no utilizar métodos anticonceptivos se encuentran la dificultad para acceder a éstos, la oposición a su uso por razones culturales o religiosas, y en gran parte por mitos y prejuicios que existen alrededor de los métodos anticonceptivos modernos, generando miedo y desinformación entre las mujeres de todas las edades y estratos sociales.

La esterilidad, el temor a las hormonas, el aumento de peso y los efectos secundarios son algunas de las creencias que exponen las mujeres respecto a la utilización de los métodos anticonceptivos. Los mitos sobre los métodos anticonceptivos pueden desalentar su uso o llevar a prácticas ineficaces. Algunos ejemplos son:

1. Mito: Todos los anticonceptivos son ideales para cualquier mujer.

Realidad: No todos los anticonceptivos hormonales son iguales, ni todos son para todas las mujeres, por ello es importante recibir la correcta consejería anticonceptiva de un médico especialista y así elegir el adecuado. (76)

Diversas investigaciones cualitativas evidencian que esta percepción está extendida, incluso entre jóvenes que buscan orientación sobre salud reproductiva. En México, un estudio con adolescentes embarazadas y jóvenes señalaron que muchas asumían que cualquier método disponible sería seguro y adecuado para ellas, sin evaluar factores como edad, efectos secundarios o antecedentes personales. En Guanajuato, México, entre adolescentes de 14 a 20 años, se observó que un 60 % de las participantes no estaba consciente de que ciertos métodos (como la píldora combinada o el implante) tienen contraindicaciones dependiendo de la salud de la usuaria. Situaciones similares se describen en Brasil y Argentina, donde programas de salud sexual reportan que muchos adolescentes creen que todos los anticonceptivos son intercambiables y adecuados, lo que deriva en abandono, efectos secundarios no previstos o mala adherencia. (79)

2. Mito: Los anticonceptivos hormonales provocan aumento de peso.

Realidad: Aunque algunas mujeres pueden tener variaciones mínimas en su peso, no está probado científicamente que los anticonceptivos puedan aumentar el peso. Incluso, algunos anticonceptivos ayudan a no retener líquidos. (76)

Múltiples estudios y revisiones confirman que esta percepción influye negativamente en su uso, especialmente entre mujeres jóvenes. Una revisión sistemática de 49 ensayos clínicos aleatorizados señaló que la mayoría de las usuarias experimenta cambios de peso inferiores a 2 kg tras seis a doce meses de uso, sin que se considere un efecto clínicamente significativo para la salud. Sin embargo, una encuesta en Ecuador encontró que 62 % de mujeres jóvenes reportaron peso al iniciar anticonceptivos hormonales, aunque atribuible en parte a retención de líquidos y apetito, y no al método en sí. En Brasil, un estudio con adolescentes que usaron inyectables durante un año demostró que la mayoría ganó menos del 5 % de su peso corporal, aunque las usuarias con sobrepeso presentaron tendiendo a ganar más. Estas percepciones, especialmente entre adolescentes preocupadas por la imagen corporal, han llevado a discontinuaciones prematuras o rechazo al método, lo que subraya la urgencia de aclarar en educación sexual que el aumento de peso no es un efecto generalizado ni inevitable de los anticonceptivos hormonales. (81)

3. Mito: Si se toma pastillas anticonceptivas disminuye el deseo sexual.

Realidad: Aunque se han reportado algunos casos, esto dependerá del tipo de compuesto de tu método. Sin embargo, muchas mujeres dicen tener aumento en la libido ya que tienen la certeza y tranquilidad de no quedar embarazadas. (76)

Estudios realizados en la región ofrecen indicadores relevantes. En México, por ejemplo, una revisión en *Ginecología y Obstetricia* reportó que, entre usuarias jóvenes de anticonceptivos hormonales orales combinados, entre el 5 % y el 32 % declararon disminución del deseo sexual. En Brasil, encuestas con mujeres adolescentes que utilizan inyectables muestran una percepción similar, aunque la mayoría no realizó seguimiento clínico sistemático. Estudios globales complementarios, como el metaanálisis con 8 422 mujeres, reportan que 14,7 % experimenta menor libido, mientras que la mayoría no sufre cambios o incluso registra aumento. Estos datos resaltan que, aunque el efecto sobre la libido no es universal, existe una proporción significativa de usuarias jóvenes en América Latina preocupadas por una reducción en su deseo sexual al usar

métodos hormonales. Esa preocupación, especialmente entre adolescentes, puede impactar en la continuidad del método. (89)

4. Mito: Los anticonceptivos causan infecciones y provocan más sangrado.

Realidad: Los anticonceptivos no potencializan tener infecciones, pero a excepción del condón (masculino o femenino), no protegen contra enfermedades de transmisión sexual. En cuanto al sangrado, la mayoría ayudan a regular el ciclo menstrual, disminuir la cantidad de volumen y, en algunos, casos puede desaparecer. (76)

Una encuesta realizada en México reveló que muchas jóvenes creían que cualquier método anticonceptivo podría causar infecciones o desequilibrar el ciclo menstrual, lo que desencadena miedo y abandono del método. En Chile, un análisis de DIU hormonales halló que los sangrados irregulares fueron la razón principal de interrupción entre adolescentes, quienes carecían de información adecuada para manejarlos. Estudios en Brasil también identificaron que más del 34 % de las mujeres suspendieron el método debido a efectos adversos no explicados. Aunque estas cifras no se desglosan por edad, reflejan una percepción generalizada entre mujeres jóvenes y adolescentes en la región de que los anticonceptivos implican riesgos de infecciones y sangrado excesivo, lo cual impacta negativamente en su uso continuado. (76)

5. Mito: Los anticonceptivos causan desajustes hormonales.

Realidad: Puede ocurrir por un mal uso o abuso, por ello, siempre deben ir acompañados de una valoración médica previa. (76)

Diversos estudios reflejan que esta percepción está extendida en la región. En México, por ejemplo, una investigación mostró que solo el 8,2 % de las adolescentes respondieron correctamente preguntas sobre el uso de anticonceptivos hormonales, lo que indica un bajo nivel de información y una mayor predisposición a creer en efectos secundarios como “desequilibrios hormonales”. En Perú y Chile, investigaciones cualitativas revelan que más del 30 % de las adolescentes abandonan el uso de métodos hormonales por temor a malestares o alteraciones del ciclo, muchas veces confundiendo efectos secundarios normales con riesgos graves. Además, se ha señalado que la falta de educación sexual científica y la difusión de mitos en redes sociales

refuerzan la idea de que estos métodos “alteran las hormonas”, lo cual impacta directamente en la adherencia al tratamiento y en la toma de decisiones informadas sobre salud reproductiva. (95)

6. Mito: Existe una relación directa entre los anticonceptivos hormonales y cáncer.

Realidad: No se ha establecido una relación directa entre el uso de anticonceptivos hormonales y el desarrollo de cáncer, esto obedece a factores de riesgo personales y hereditarios. Incluso algunos anticonceptivos orales pueden considerarse como un factor protector indirecto de cáncer de endometrio, cáncer de ovario y cáncer de colon. Por ello, es importante acudir con el especialista para elegir un método individualizado, de acuerdo con la condición de salud, hábitos y estilo de vida, así como factores de riesgo. (76)

En México, la campaña “Mitos y prejuicios limitan uso de anticonceptivos” de Bayer reportó que uno de los mitos más frecuentes entre mujeres, incluyendo jóvenes, es el vínculo entre el uso de métodos hormonales y el cáncer, aunque los expertos aclaran que ningún método anticonceptivo hormonal incrementa el riesgo de cáncer, y de hecho algunos pueden proteger contra ciertos tipos como endometrio u ovario. Además, un consenso latinoamericano sobre anticoncepción señaló que las usuarias adolescentes deben recibir información precisa sobre estos riesgos inexistentes, para evitar que el mito interfiera con el uso del método seguro y eficaz. Esto evidencia que, aunque no se miden en cifras, existe una preocupación significativa entre adolescentes causada por este mito, lo que puede obstaculizar decisiones informadas sobre salud reproductiva. (96)

7. Mito: Necesitas un período de descanso entre uno y otro anticonceptivo.

Realidad: Los “descansos” no son necesarios ya que los anticonceptivos modernos tienen microdosis de hormonas que no se acumulan en el organismo. Por el contrario, suspender el anticonceptivo puede resultar en embarazo no planificado. (76)

En México, una guía de consejería en salud reproductiva reveló que alrededor del 35 % de adolescentes usuarias de métodos hormonales creían que hacer pausas entre anticonceptivos era necesario para evitar efectos secundarios o “dejar descansar al cuerpo”. En Colombia, entrevistas con personal de salud indicaron que muchas adolescentes pedían suspender el uso de

anticonceptivos entre un método y otro, motivadas por creencias erróneas como que el cuerpo se habitúa o se puede “intoxicar” si no se descansa. Asimismo, en Perú y Brasil, este mito fue identificado entre los tres más frecuentes en adolescentes junto con los de que los anticonceptivos “engordan” o “causan infertilidad”, todos sin sustento clínico. Este tipo de creencias puede llevar a interrupciones innecesarias en el uso de anticonceptivos, aumentando el riesgo de embarazos no planificados. (87)

8. Mito: En mujeres jóvenes, como las adolescentes, no se recomienda el uso de anticonceptivos, menos los de larga duración como el dispositivo intrauterino DIU o implante.

Realidad: Las adolescentes son un grupo de alto riesgo para tener embarazos no planeados, en la actualidad los colegios internacionales de ginecología y los programas nacionales de salud recomiendan en este grupo de edad el uso de anticonceptivos de larga duración por su alta tasa de satisfacción y continuidad. (76)

Este mito es muy frecuente y limita el acceso a métodos altamente eficaces. En América Latina, solo el 6,4 % de las mujeres en edad reproductiva usan DIU, con tasas más bajas entre adolescentes, lo que indica barreras de percepción y acceso. Estudios cualitativos mostraron que los profesionales de salud a menudo desaconsejan el DIU en jóvenes sin hijos debido a creencias sobre complicaciones futuras, y entre adolescentes latinas cerca del 50–80 % expresan reticencias hacia los LARC por miedo al dolor, efectos secundarios o percepciones erróneas. Estos hallazgos demuestran que el mito influye directamente en la baja adopción de métodos de larga duración en adolescentes latinoamericanas, lo cual tiene implicaciones importantes en su salud reproductiva. (88)

9. Mito: Los métodos reversibles de acción prolongada causan infertilidad o dificultad para embarazarme al suspenderlo.

Realidad: Los métodos anticonceptivos hormonales inhiben temporalmente la ovulación y con ello el embarazo. No se produce ningún efecto acumulativo de las hormonas en el organismo, al dejar de tomarlas, la mujer ovula normalmente y recupera su capacidad fértil. (76)

Aunque no hay cifras específicas exclusivamente de adolescentes latinoamericanos, un metaanálisis de estudios realizados en países de ingresos medios y bajos, incluyendo varios en Latinoamérica, reveló que aproximadamente el 37 % de las participantes creía que los métodos anticonceptivos reversibles de larga duración (DIU o implante) causan infertilidad. En México, el uso de LARC entre adolescentes fue de solo el 11,9 % en 2018-2019, lo cual puede reflejar también las barreras de percepción y acceso a estos métodos. Además, estudios cualitativos en Perú y Brasil han identificado que muchas adolescentes temen que estos métodos “afecten su capacidad de concebir en el futuro”. Estos datos indican que este mito es significativo y ejerce un impacto considerable en la toma de decisiones sobre anticoncepción entre adolescentes latinoamericanas. (92)

10. Mito: El coito interrumpido es un método anticonceptivo eficaz.

Realidad: La marcha atrás es uno de los métodos menos eficaces, porque a veces es difícil determinar correctamente cuándo hay que retirar el pene, lo que puede provocar que se eyacule estando éste aún dentro de la vagina. Otras parejas confían erróneamente en que hacer una ducha vaginal después de las relaciones sexuales previene el embarazo. Segundos después que el semen caiga en la vagina, los espermatozoides comienzan un proceso de transporte, de manera que a los cinco minutos ya se encuentran en las trompas donde finalmente pueden unirse al óvulo. Por muy rápido que se hiciera una ducha vaginal postcoital, nunca sería suficientemente pronto como para evitar la concepción. (77)

Aunque no hay cifras claras solo para adolescentes latinoamericanos, la evidencia regional muestra que el mito de que “el coito interrumpido es un método anticonceptivo eficaz” sigue muy presente entre los jóvenes. En México 2018–19, en el último contacto sexual, el 23,8 % de las adolescentes reportaron usar métodos tradicionales como el coito interrumpido o el método del ritmo, frente al 40,9 % que usó métodos modernos como hormonales o DIU. Adicionalmente, un estudio etnográfico en Latinoamérica estimó que el uso del retiro se practica en una proporción significativa de relaciones coitales, con una prevalencia mensual aproximada de 13 % de todas las parejas, y puede alcanzar hasta el 25 % en episodios de relaciones adolescentes de riesgo. Estos datos subrayan que, aunque no sea un método ideal ni efectivo, el retiro se utiliza frecuentemente en la región y refuerza la percepción errónea de su eficacia, lo que contribuye a una alta tasa de embarazos no deseados entre adolescentes con acceso limitado a métodos confiables. (97)

11. Mito: Los preservativos caseros pueden evitar el embarazo.

Realidad: De cada 100 parejas con uso común de preservativo durante un año, 15 tendrán un embarazo y 85 lo habrán evitado. Sin embargo, algunas parejas creen que haciendo preservativos “caseros” con film plástico, globos o similares pueden evitar embarazos, lo cual no es cierto. (77)

Esta creencia persiste como parte de una desinformación generalizada en salud sexual. En América Latina, aproximadamente 1 de cada 5 adolescentes entre 15 y 19 años ha estado embarazada, lo cual refleja un uso insuficiente o inadecuado de métodos anticonceptivos confiables. En Colombia, estudios muestran que solo entre el 30 % y el 42 % de los jóvenes usan condón de forma consistente, y hasta un 70 % tuvo al menos una relación sexual sin protección en el último año, lo que indica una posible presencia de métodos caseros o erróneos como sustitutos. Aunque no se especifica el uso de preservativos improvisados, el contexto de bajo acceso a información y educación sexual integral en países como Perú, Honduras y República Dominicana favorece la propagación de este tipo de mitos, contribuyendo al riesgo elevado de embarazos no planificados entre adolescentes. (98)

12. Mito: El DIU es sólo apto para mujeres que hayan tenido hijos.

Realidad: Los dispositivos intrauterinos (DIU) tienen tasas de falla del 1-2% con 5 años de uso para los de cobre e inferior al 1% para los liberadores de hormonas (levonorgestrel). A pesar de la alta efectividad, algunas mujeres dudan si éste pudiera ser un buen método anticonceptivo para ellas, pues creen que el DIU sólo es apto para mujeres que ya han tenido hijos. La realidad es que las directrices médicas de la OMS nos dicen que el DIU se puede usar en mujeres nulíparas. (77)

En América Latina, persiste el mito de que “el DIU es únicamente apto para mujeres que ya han tenido hijos”, lo cual genera barreras significativas para su uso entre adolescentes. En un estudio realizado en centros de salud para adolescentes en Nicaragua, alrededor del 25 % de los participantes, tanto hombres como mujeres, creía que solo las mujeres que ya habían tenido hijos podían usar el DIU. En Brasil, aproximadamente el 25–30 % de mujeres jóvenes encuestadas afirmó haber escuchado comentarios negativos sobre el DIU o creencias similares transmitidas por familiares y amigos. Aunque la Organización Mundial de la Salud y organismos regionales de

salud reproductiva recomiendan el uso del DIU también en adolescentes sin hijos, estas percepciones erróneas siguen siendo comunes y limitan su acceso, evidenciando la necesidad de fortalecer la educación anticonceptiva basada en evidencia en la región. (84)

13. Mito: Colocar y retirar el DIU es doloroso.

Realidad: El 80% de las mujeres describen que el procedimiento de colocación fue indoloro o moderadamente doloroso, con una intensidad de 2,7 sobre 10 en las mujeres nulíparas y 1,9 en las que ya habían tenido hijos. El DIU está hecho de un material muy flexible, pero de alta tecnología para impedir que se salga una vez insertado. (77)

En América Latina, la percepción de que “colocar o retirar el DIU es doloroso” es un mito persistente entre adolescentes y jóvenes, aunque el dolor experimentado varía según cada caso y no representa un impedimento clínico para su uso. En un estudio en clínicas juveniles de México y Colombia, aproximadamente el 65–70 % de las adolescentes reportaron miedo al dolor como una barrera para aceptar el DIU, aunque aquellas que sí lo usaron indicaron que el procedimiento fue tolerable con acompañamiento adecuado. En Brasil, una investigación cualitativa reveló que el 80 % de mujeres jóvenes nulíparas creía que el procedimiento sería “doloroso o traumático”, lo que las desmotivaba a adoptarlo como método. Por su parte, en Perú, el Ministerio de Salud reportó que solo el 3 % de adolescentes usuarias de métodos anticonceptivos optan por el DIU, en parte debido a barreras percibidas como dolor, miedo o falta de información. Aunque el dolor durante la inserción puede ser real, la evidencia muestra que suele ser moderado y que con un manejo adecuados analgésicos, información clara y apoyo médico, la mayoría de adolescentes puede tolerarlo sin complicaciones. El mito persiste porque no se comunica de forma accesible que el dolor no es necesariamente severo ni duradero. (86)

14. Mito: El hombre puede notar o sentir el DIU en la penetración.

Realidad: Sólo en pocas ocasiones, el compañero percibe los hilos del DIU, lo que en general se debe a hilo muy corto, siendo en estos casos la solución tan sencilla como cortar aún más el hilo y dejar el extremo dentro del cuello. (77)

En un estudio realizado en centros de salud sexual de Brasil y México, profesionales reportaron que muchas adolescentes y sus parejas expresaban temor a que el DIU “molestara” al hombre durante el coito, lo que llevó al rechazo del método antes de siquiera intentarlo. Asimismo, en Perú, el Ministerio de Salud identificó este mito como uno de los obstáculos para el uso del DIU

entre mujeres jóvenes, mencionando que el 35 % de adolescentes atendidas en servicios de planificación familiar expresaron miedo a que su pareja “sintiera el hilo” o lo confundiera con un objeto extraño. Si bien es cierto que los hilos del DIU pueden sentirse si no están recortados correctamente, la mayoría de los hombres no percibe el dispositivo durante las relaciones sexuales y, si lo hacen, el problema puede corregirse fácilmente. No obstante, la persistencia de esta creencia en la región contribuye a la baja aceptación del DIU entre adolescentes, reforzando barreras culturales más que físicas. (86)

15. Mito: Usar DIU provoca infecciones genitales e infertilidad.

Realidad: Se ha observado que el riesgo de infección pélvica (EIP) relacionada con la inserción del DIU es de 3 casos por cada 1.000, y que tiene lugar antes de los 20 días desde la inserción, tras los cuales la infección se considera relacionada con la actividad sexual y no con el DIU. Estudios a largo plazo muestran que, en mujeres usuarias de DIU, la ocurrencia de EIP con DIU de cobre fue similar a la de no usuarias de DIU, mientras que en el caso del DIU con hormona fue aún menor. La recuperación de la fertilidad es inmediata tras la retirada de todo tipo de DIU. (77)

Los datos observacionales y opiniones de profesionales en la región indican que este mito es común y constituye una barrera real. En un estudio en Nicaragua, aproximadamente el 20 % de jóvenes consideraba que el DIU podría causar infecciones o dañar el útero. En centros de salud de Brasil y México, se reportó que muchas adolescentes y profesionales de salud tienen la percepción de que el DIU está asociado con enfermedades del tracto reproductivo, aunque los datos epidemiológicos demuestran que el riesgo adicional para trastornos como la enfermedad inflamatoria pélvica (EIP) es menos de 1 por cada 100 mujeres al año, y que no hay evidencia de infertilidad posterior a su uso. Además, el uso profiláctico de antibióticos no ha demostrado reducir infecciones tras la inserción del DIU. Aunque el miedo al DIU persiste entre las adolescentes por esta creencia errónea, la evidencia clínica y las directrices internacionales aseguran que los DIU no aumentan significativamente las infecciones ni afectan la fertilidad futura. (88)

Tabla 5: Prevalencia de mitos sobre la anticoncepción en adolescentes latinoamericanos.

Mito anticonceptivo	País(es)	Porcentaje	Fuente
Todos los anticonceptivos son ideales para cualquier mujer	Región latinoamericana	Sin datos cuantitativos; mito reportado ampliamente	FLASOG (2022)
Los anticonceptivos hormonales provocan aumento de peso	Brasil, México	Entre 45% y 60% lo creen (estimación cualitativa)	Diniz (2020); Gutiérrez & Salazar (2021)
Las pastillas anticonceptivas reducen el deseo sexual	México, Colombia	Entre 30% y 50% de adolescentes lo creen	Villalobos et al. (2020); FLASOG (2022)
Los anticonceptivos causan desajustes hormonales	Región andina	30% a 40% expresan temor por 'desbalance hormonal'	Reyes et al. (2023)
El DIU solo es apto para mujeres con hijos	Nicaragua, Brasil, Perú	25% a 35% adolescentes creen esto	Diniz (2020); MINSA Perú (2022); MINSA Nicaragua (2015)
Colocar y retirar el DIU es doloroso	México, Colombia, Brasil, Perú	65% a 80% temen dolor moderado o severo	Diniz (2020); Gutiérrez & Salazar (2021); FLASOG (2022)
El hombre puede sentir el DIU durante la penetración	Perú, México, Brasil	Hasta 35% lo expresan como preocupación	MINSA Perú (2022); Diniz (2020)
El DIU provoca infecciones genitales e infertilidad	Nicaragua, Brasil	20% a 30% lo creen	Diniz (2020); MINSA Nicaragua (2015)
El coito interrumpido es un método eficaz	México, Colombia	10% a 25% lo usan como método ocasional	Villalobos et al. (2020); Halpern-Felsher et al. (2000)

Los preservativos caseros evitan embarazos	Colombia, Perú	Sin cifra directa; mito inferido en estudios cualitativos	Sánchez et al. (2018); UNFPA (2005)
--	----------------	---	-------------------------------------

1.5.MITOS SOBRE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS)

Los mitos sobre las infecciones de transmisión sexual (ITS) son comunes y pueden llevar a una mala comprensión sobre la prevención y el tratamiento. Algunos mitos comunes incluyen la creencia de que las ITS solo se transmiten durante la penetración o que el uso del condón es 100% efectivo. Otros mitos falsos son que las ITS siempre tienen síntomas visibles, que solo las personas con muchas parejas sexuales están en riesgo o que las ITS solo se transmiten a personas jóvenes.

A pesar de los avances que se han obtenido, especialmente en las sociedades libres y desarrolladas, las ITS en general siguen siendo motivo de discriminación, tabúes y en algunas situaciones, de violencia doméstica.

Y no es un problema que se pueda minimizar o tratar superficialmente porque tiene que ver con la calidad de vida de cada persona, apoyando esta afirmación con las estimaciones de la Organización Mundial de la Salud según las cuales cada día se producen más de un millón de ITS.

A continuación, se presentan algunos de los tópicos que nos alejan de la verdad:

1. Mito: Las ITS se contraen en los baños públicos.

Realidad: Las ITS se transmiten sólo de persona a persona. No se puede infectar por sentarse en un baño o tocar cualquiera de los objetos y superficies que lo componen. (99)

Este mito persiste entre adolescentes latinoamericanos, aunque no tiene respaldo científico. Las ITS no se transmiten por contacto casual como sentarse en inodoros o compartir baños; requieren contacto directo con fluidos corporales durante relaciones sexuales sin protección. En una revisión sistemática de 15 estudios realizados en América Latina, se encontró una alta prevalencia de ITS entre jóvenes de 10 a 25 años: entre 2,1 % y 30,1 % tenían clamidia, 0 % a

2,9 % gonorrea, 0 % a 0,7 % sífilis, y hasta 55,6 % presentaban VPH (Human Papilloma Virus). Estas cifras reflejan que la transmisión ocurre por contacto sexual y no por el uso de baños públicos. La persistencia de este mito evidencia vacíos en educación sexual, lo que subraya la necesidad de estrategias formativas que desmitifiquen falsas creencias y promuevan el uso correcto del preservativo como método preventivo principal. (100)

2. Mito: No se pueden tener dos ITS a la vez.

Realidad: Es posible tener más de una ITS al mismo tiempo (coinfección). Debido a que la primera infección que se contraiga si no se trata correctamente debilita el sistema inmunitario teniendo menos defensas para proteger de nuevas infecciones. (99)

El mito de que “no se pueden tener dos infecciones de transmisión sexual (ITS) a la vez” persiste entre adolescentes en América Latina, aunque es totalmente falso desde el punto de vista clínico. La evidencia muestra que las coinfecciones son frecuentes en esta población. Investigaciones en Brasil han documentado que adolescentes pueden presentar coinfecciones como clamidia y gonorrea simultáneamente, lo cual complica el diagnóstico y tratamiento. Este mito refleja una falta de educación sexual integral, ya que muchos adolescentes creen erróneamente que las ITS ocurren de forma aislada o que una sola infección “protege” de otras. En realidad, la presencia de una ITS puede incluso aumentar la probabilidad de adquirir otra, especialmente cuando no se utilizan métodos de protección como el preservativo. (101)

3. Mito: Con un análisis general se puede descartar las ITS y el VIH.

Realidad: Esta afirmación es completamente falsa. En un análisis general se buscan distintos parámetros (colesterol, triglicéridos, glóbulos rojos, blancos, etc.), pero para saber si existe cualquier ITS o VIH es necesario hacer las pruebas específicas de cada una de ellas para un diagnóstico correcto y certero. (99)

El mito de que “un análisis general (por ejemplo, un análisis de sangre o examen físico) permite descartar todas las infecciones de transmisión sexual (ITS) y el VIH” es común entre adolescentes latinoamericanos debido a la falta de conocimiento sobre pruebas específicas. Sin embargo, las ITS requieren pruebas particulares como PCR para VIH o cultivo/clamidias, exudado

uretral o serología y muchas infecciones pueden ser asintomáticas y pasar desapercibidas sin exámenes específicos. De hecho, una revisión con datos de la región mostró que hasta el 30 % de adolescentes y jóvenes entre 10 y 25 años presentan clamidia, y de ese conjunto, más del 50 % también tienen VPH, lo que evidencia la coinfección y la necesidad de pruebas diferenciadas. Este mito refleja una falsa sensación de seguridad que puede llevar a la falta de diagnóstico y tratamiento oportuno, poniendo en riesgo la salud sexual de los jóvenes. Por ello, es fundamental promover la educación sexual integral, que incluya información sobre la variedad de ITS y la necesidad de realizar pruebas específicas e informadas. (100)

4. Mito: Los medicamentos anticonceptivos evitan este tipo de infecciones.

Realidad: Es otra información errónea, la píldora anticonceptiva lo único que impide es el embarazo. Para evitar las ITS siempre hay que usar preservativo o barreras de látex que es el único método válido. (99)

El mito de que “los anticonceptivos hormonales (como pastillas o inyectables) evitan las infecciones de transmisión sexual (ITS)” es común entre adolescentes latinoamericanos, pero carece totalmente de fundamento científico. Por ejemplo, en un estudio realizado en Chile se encontró que, aunque el 69,9 % de las adolescentes usuarias de inyectables reconocían su eficacia para prevenir embarazos, muchas creían erróneamente que también les protegían de las ITS; sin embargo, solo un 18 % continuaba utilizando condón con su MAC (anticonceptivo hormonal) específicamente para prevenir infecciones. Esta falsa creencia es peligrosa, dado que las ITS requieren barreras físicas como el preservativo. La prevalencia de esta percepción entre adolescentes se ve reforzada por la alta incidencia de ITS en la región y la persistente dependencia en métodos anticonceptivos sin barrera. De manera complementaria, una revisión de salud sexual juvenil en América Latina encontró que la falta de educación integral está directamente relacionada con el uso inconsistentes de condón y la confusión entre anticoncepción y protección ante ITS. (102)

5. Mito: Son infecciones que las tienen exclusivamente determinados colectivos.

Realidad: Cualquier persona que tenga prácticas sexuales sin preservativo está expuesta al VIH y demás ITS sin importar ni su género, ni su orientación sexual, ni su profesión, ni su clase social, ni su entorno. (99)

El mito que “las ITS afectan únicamente a determinados colectivos” como hombres que tienen sexo con hombres, trabajadores sexuales o personas con múltiples parejas es común entre adolescentes latinoamericanos, aunque está lejos de la realidad biológica. En América Latina y el Caribe, cada día se diagnostican cerca de 30 nuevos casos de ITS en adolescentes, y las infecciones como clamidia, gonorrea y VPH están presentes de manera generalizada en esta población. Además, el estigma social alimenta esta creencia: al identificar erróneamente las ITS con “comportamientos de riesgo exclusivos”, muchos jóvenes desconocen que pueden contraerlas mediante relaciones heterosexuales sin protección. Estudios han demostrado que los niveles de ITS entre adolescentes no discriminan por orientación o grupo social, sino por prácticas de riesgo relaciones sin condón, múltiples parejas o actividad sin educación sexual integral. Esto revela que la creencia de que “no me puede pasar a mí porque no soy parte de un grupo específico” refleja desinformación y fomenta conductas desprotegidas entre adolescentes, lo que hace urgente incorporar enfoques educativos que desmonten estigmas y fomenten la prevención responsable. (103)

6. Mito: La misma ITS se puede contraer una sola vez.

Realidad: Esta afirmación también es falsa porque es posible contraer gonorrea o sífilis, hacer el tratamiento y curarlas logrando una inmunidad temporal, pero nunca definitiva. Es decir que se puede volver a infectar (reinfeción) de esas mismas ITS en una nueva práctica sexual desprotegida. Por eso, lo recomendado es usar siempre protección porque no existe la inmunidad permanente. (99)

El mito de que “solo se puede contraer una ITS una sola vez” está muy arraigado entre adolescentes latinoamericanos, aunque la realidad es completamente diferente. Las reinfecciones y coinfecciones son comunes: una revisión sistemática con datos de América Latina y el Caribe reportó prevalencias de clamidia en 2,1 % a 30,1 %, y más del 50 % de estas infecciones coexistía

con VPH, lo que evidencia la posibilidad de múltiples ITS simultáneas o recurrentes. En Brasil, se documentó que entre adolescentes se presentan coinfecciones como clamidia y gonorrea con frecuencia, y estudios globales han encontrado reinfección por clamidia en hasta 17% de adolescentes tratados en un periodo de dos años. Este mito refleja un grave desconocimiento sobre la naturaleza de las ITS, y puede inducir a la falsa seguridad y la omisión de pruebas periódicas; por el contrario, las guías clínicas recomiendan detección específica y continua debido a la alta reincidencia en la población joven. (101)

7. Mito: Las ITS se transmiten solamente entre las personas jóvenes.

Realidad: Otra de las falacias populares: las bacterias, los virus, los agentes patógenos en general, que provocan estas infecciones no discriminan ni por edad, ni por sexo, ni por ninguna característica socio cultural. Por lo tanto, en cualquier etapa de la vida se puede contraer una ITS. (99)

El mito sobre “las ITS se transmiten exclusivamente entre personas jóvenes” es falso y peligroso, ya que pueden afectar a cualquier persona sexualmente activa sin importar la edad. No obstante, existe una percepción errónea entre adolescentes latinoamericanos de que solo grupos “jóvenes” están en riesgo. Además, más de la mitad de las ITS detectadas en este grupo ocurrían de forma asintomática y en coinfección, lo cual muestra que las ITS no se limitan a la adolescencia ni a la juventud, sino que su gravedad y frecuencia pueden persistir a lo largo de la vida, afectando a distintos rangos etarios. Este mito alimenta una falsa seguridad en otras edades y motiva la omisión de protección y detección en poblaciones adultas; por el contrario, las ITS están ligadas a prácticas sexuales de riesgo, no a la edad, lo cual subraya la necesidad de una educación sexual integral que incluya a todas las generaciones. (103)

Tabla 6: Prevalencia de mitos sobre las ITS en adolescentes latinoamericanos.

Mito sobre ITS	País(es)	Porcentaje	Fuente
Las ITS se contraen en baños públicos	América Latina (general)	No cuantificado; mito común en estudios cualitativos	Rodríguez-Monguí et al. (2022)

No se pueden tener dos ITS a la vez	Brasil, América Latina	Hasta 17% reinfección por clamidia (Gutmacher, 2001)	Rodríguez-Monguí et al. (2022); PLOS ONE (2023)
Con un análisis general se descartan todas las ITS y el VIH	Latinoamérica (general)	Prevalencia de ITS hasta 55% (VPH)	Rodríguez-Monguí et al. (2022)
Los anticonceptivos hormonales previenen ITS	Chile	Solo 18% usaba condón junto con anticonceptivos	Andrade et al. (2017)
Las ITS afectan solo a ciertos colectivos	Latinoamérica (general)	30 casos nuevos diarios en adolescentes	UNICEF (2023); Rodríguez-Monguí et al. (2022)
Solo se puede tener una ITS una vez	Brasil, América Latina	Reinfección por clamidia hasta 17%	Gutmacher Institute (2001); PLOS ONE (2023)
Las ITS solo se transmiten entre personas jóvenes	América Latina y el Caribe	Clamidia 2.1–30.1%; VPH hasta 55.6%	Rodríguez-Monguí et al. (2022)

Los mitos más comunes sobre la reproducción sexual, desde la idea de que “la primera vez no hay riesgo de embarazo” hasta creencias erróneas sobre anticoncepción e infecciones de transmisión sexual, persisten por la carencia de información veraz y la fuerza de la tradición oral. Estos mitos no solo distorsionan la comprensión de la sexualidad, sino que fomentan prácticas de riesgo que afectan la salud física, mental y social de los adolescentes. Superar estas concepciones requiere desmitificar sistemáticamente cada creencia, sustentándose en datos científicos y promoviendo espacios de diálogo abierto. En el siguiente capítulo, se analizarán los factores socioculturales que contribuyen a la difusión de estos mitos.

CAPÍTULO II: FACTORES SOCIOCULTURALES QUE INFLUYEN EN LA DIFUSIÓN DE LOS MITOS

Los mitos sobre la reproducción sexual no surgen de manera aislada; están profundamente arraigados en los contextos socioculturales de las comunidades. En América Latina, factores como la religión, el rol de la familia, los medios de comunicación, la escolaridad, la zona de residencia y los roles de género juegan un papel crucial en la perpetuación de estas creencias erróneas.

Como seres sociales, la humanidad se ha encargado de adoptar una serie de normas, posturas y actitudes para así coexistir con los demás. Parte de ellas son aprendidas desde muy jóvenes, las cuales dependiendo del país y lugar donde se vive puede variar, sin embargo, hay algo que se comparte entre sí: el cómo se aprende. Ya sea de familiares, maestros y amigos, el entorno tiene gran influencia en el desarrollo como seres humanos y en eso se basa el estudio sociocultural.

El término sociocultural hace referencia a la interacción entre los aspectos sociales y culturales que influyen en la forma en que las personas piensan, actúan y se relacionan dentro de una sociedad. Engloba costumbres, valores, tradiciones, creencias, normas y conocimientos que son compartidos y transmitidos de generación en generación, definiendo así la identidad de una comunidad.

El significado sociocultural se refiere a la interpretación y valor que una sociedad le da a sus prácticas, símbolos y comportamientos. Por ejemplo, una danza tradicional no es solo una coreografía; representa la historia, las emociones y los valores de un pueblo.

Una **práctica sociocultural** es una acción colectiva que refleja y refuerza la identidad cultural de un grupo. Estas prácticas incluyen desde festivales locales, rituales religiosos y expresiones artísticas, hasta hábitos cotidianos como la forma de saludar o compartir una comida.

El **contexto sociocultural**, por su parte, abarca el entorno en el que las personas desarrollan sus relaciones y construyen su realidad. Incluye factores históricos, económicos, políticos y culturales que influyen en la forma en que una sociedad se organiza y se comunica. Por ejemplo, el contexto sociocultural de un país afectará su sistema educativo, su estilo de vida y sus expresiones culturales.

La comprensión de lo sociocultural es clave para desentrañar las complejidades de nuestras acciones y la forma en que interactuamos socialmente, mostrando cómo los procesos de socialización definen nuestra identidad y cómo nos movemos en diferentes contextos culturales.

Aspectos que define lo sociocultural:

1. Estudio de grupos humanos: Investiga cómo los individuos en un grupo son moldeados por su cultura nativa.

2. Características y patrones culturales: Examina las tradiciones, costumbres e ideales que definen a una comunidad.

3. Diversidad regional: Reconoce que la cultura puede variar significativamente incluso dentro de la misma sociedad. (105)

La cultura, entendida como el conjunto de conocimientos, prácticas y formas de vida propias de un grupo, provee el sustrato simbólico en que nacen los mitos; estos forman parte del “sedimento popular de la cultura” que refleja la identidad colectiva de una comunidad.

La tradición oral es la vía primordial de creación y difusión de los mitos, permitiendo su adaptación constante: al transmitirse de generación en generación, los relatos se alargan, se acortan o cambian nombres y detalles, generando múltiples versiones que enriquecen el imaginario colectivo. Este mecanismo depende directamente de las interacciones sociales y del compromiso de ancianos y narradores para mantener viva la narración, pues sin una red de transmisión oral los mitos corren el riesgo de desaparecer.

La transculturación, entendida como la recepción y adopción de formas culturales ajenas que pueden sustituir o hibridar las propias, introduce elementos externos en la creación de nuevos mitos o en la transformación de los existentes. La globalización y la modernidad, junto con el uso de nuevas tecnologías e Internet, configuran un entorno donde surgen “mitos modernos” (leyendas urbanas, viralizaciones en redes) y se reconfiguran los tradicionales, a veces favoreciendo su revitalización o, por el contrario, llevando a su pérdida por desinterés

Más allá de explicar un origen o fenómeno, el mito cumple una función social de cohesión: refuerza el sentido de pertenencia y transmite normas, ideales y miedos compartidos, actuando como “modelo sagrado” que guía comportamientos y refuerza la identidad colectiva. (106)

Este capítulo profundiza en cómo estos factores influyen en la difusión de mitos entre los adolescentes, utilizando evidencia científica y estudios recientes.

2.1. RELIGIÓN Y CREENCIAS ESPIRITUALES

Religión y espiritualidad son conceptos parecidos, pero no idénticos. A menudo, la religión se considera más institucional, más estructurada y relacionada con rituales y prácticas más tradicionales. La espiritualidad se refiere a lo intangible e inmaterial, por lo que se considera un término más general que no se asocia con ningún grupo u organización en particular. Puede referirse a sentimientos, pensamientos, experiencias y comportamientos relacionados con el alma o con la búsqueda de lo sagrado.

La religión tradicional implica la rendición de cuentas y la responsabilidad. La espiritualidad tiene menos requisitos. Hay personas que rechazan la religión tradicional, pero se consideran espirituales.

El nivel de participación religiosa es mayor entre las personas de la tercera edad que entre cualquier otro grupo de edad. Más de la mitad asisten a servicios religiosos semanalmente o más a menudo. Para este grupo de personas, la comunidad religiosa es la fuente más común de apoyo social aparte de la familia, y la implicación en organizaciones religiosas es el tipo de actividad de voluntariado social más frecuente, más habitual que todas las demás formas de voluntariado social juntas. (107)

Las doctrinas organizadas de las religiones presentan a menudo los mitos como narraciones **verdaderas** y **normativas**, impartiendo un marco interpretativo que los hace indiscutibles para los creyentes. Una mitología, en este sentido, no solo explica orígenes o fenómenos (“cosmogonías”), sino que legitima prácticas y valores comunitarios. (108)

La religiosidad popular en América Latina se caracteriza por su mestizaje cultural y su vivacidad estética, resultado de la imposición del catolicismo europeo y la resistencia indígena, a

la que luego se incorporaron elementos de las religiones africanas. Este sistema devocional sincrético no solo preserva saberes y cosmovisiones negadas por la religión oficial, sino que también actúa como anclaje estratégico para legitimar nuevas narrativas religiosas y seculares en un contexto global interconectado. (109)

En la actualidad, con tanta tentación e información al alcance, muchas mujeres encuentran complicado mantener las enseñanzas tradicionales y, por ello, deciden explorar nuevas rutas en su vida sexual. Al manifestarse el despertar hormonal y al establecerse los primeros vínculos afectivo-sexuales, emerge el deseo, la atracción química y la curiosidad por experimentar. En este momento suele surgir un fuerte conflicto entre las normas morales, espirituales o religiosas y la intención de iniciarse en la vida sexual.

Muchas de estas mujeres viven su sexualidad cargada de culpa y pensamientos de pecado, con un pudor excesivo que les impide conectarse con su propio placer. Esa tensión interna a menudo deriva en disfunciones sexuales como:

- **Anorgasmia**, es decir, la dificultad o la imposibilidad de alcanzar el orgasmo.
- **Problemas de excitación y lubricación**, pues la respuesta fisiológica depende directamente de la relajación y la entrega al estímulo.
- **Falta de deseo sexual**, producto de la autocensura de los impulsos eróticos.
- **Dolor o imposibilidad para el coito**, derivado del bloqueo corporal asociado al miedo o la culpa.

Cuando las creencias religiosas inducen un sentimiento de culpa o de pecado ante la idea de mantener relaciones íntimas, esas mujeres no logran desconectarse de sus propios juicios internos. Permanecen en constante autoevaluación como si sus padres o guías espirituales las observaran y las juzgaran y, por ende, no consiguen abandonarse al momento presente.

Como estrategia inconsciente para “protegerse” de esa contradicción, muchas aprenden a contraer de forma involuntaria los músculos de la vagina, impidiendo así la penetración y bloqueando el coito. Esto confirma que el cerebro, principal órgano sexual, controla los “permisos” que cada persona se otorga para disfrutar: si los pensamientos eróticos están coartados, el deseo se inhibe y puede desembocar en rechazo e incluso aversión al sexo.

Para que se den la lubricación y la excitación, el cuerpo necesita responder al estímulo erótico a través de la relajación y la conexión con las propias sensaciones. Sin embargo, cuando los pensamientos de culpa distraen la atención, esa respuesta fisiológica no llega a producirse. (110)

En Colombia, la sexualidad ha sido tradicionalmente considerada como un tema tabú que ha generado repercusiones sociales, económicas, políticas y personales. De acuerdo con una investigación, el 71 % de la población colombiana son católicos y, dentro de este porcentaje, el 61 % son católicos practicantes. Conocido el impacto social que ha tenido la religión católica durante las últimas décadas en este país, estudios algunos han pretendido explorar cómo la religión, como constructo social que influye en la toma de decisiones, los valores y las creencias de las personas, puede delimitar en los individuos aspectos personales e interpersonales.

Algunas investigaciones han identificado que la religión, a partir de experiencias espirituales, modelos de conducta y redes de apoyo social, promueven normas morales que permiten retrasar el inicio de la vida sexual en los jóvenes católicos. La religión, como uno de los principales agentes socializadores, se ha convertido en un sistema que regula la conducta sexual de los jóvenes a través de la internalización de las normas morales, la vigilancia y la estigmatización.

Las prácticas religiosas, al caracterizarse por tener una visión tradicionalista de la actividad sexual, siguen considerándose un factor predictivo en las conductas sexuales de los adolescentes. En México se encontró que los jóvenes creyentes practicantes de la religión católica tuvieron una conducta sexual más conservadora que los católicos creyentes no practicantes. Un estudio realizado en Chile en 2017 analizó la asociación entre religiosidad y comportamientos sexuales en adolescentes. Se entrevistaron a 5.231 adolescentes, con una mediana de edad de 16 años, en su mayoría mujeres y estudiantes.

Los resultados indicaron que la afiliación religiosa, ya sea católica o evangélica, se asoció con un retraso en el inicio de la actividad sexual y una menor probabilidad de tener múltiples parejas sexuales en comparación con aquellos sin afiliación religiosa. Sin embargo, también se observó que los adolescentes religiosos tenían una mayor probabilidad de no usar condón durante las relaciones sexuales, en comparación con sus pares no religiosos. (111)

Otras investigaciones han resaltado que las motivaciones de los adolescentes para iniciar su sexualidad se relacionan con la búsqueda de placer, la afirmación de la identidad, el fortalecimiento de vínculos, la curiosidad y el amor. han encontrado que los adolescentes hombres asumen su primera relación sexual sin mayor trascendencia en su significado, mientras que para las motivaciones de las mujeres para iniciar su vida sexual estuvo mayormente vinculada a cuestiones emocionales. En Colombia, se encontró una relación entre el inicio de la vida sexual de los adolescentes hombres y las creencias tradicionales sobre la masculinidad hegemónica.

Siguiendo esta misma línea, se ha asegurado que los jóvenes católicos, a pesar de que son conscientes de las normas de su religión sobre la actividad sexual premarital, tienden a separar la moral aprendida de su práctica. Esta manera en la que los jóvenes conciben la sexualidad denota un cambio considerable respecto a la forma en que ellos significan esta experiencia. A pesar de que algunas investigaciones han planteado una relación entre el inicio de la vida sexual y el abandono de sus prácticas religiosas, lo cierto es que actualmente no existen estudios suficientes que permitan establecer esta relación. No obstante, autores como Hardy y Raffaelli han afirmado que esta experiencia en los jóvenes podría alterar tanto el modo en el que se relacionan con sus compañeros de la iglesia como la manera en la que significan sus creencias.

En otra investigación, se encontró una relación negativa entre el uso del condón y la adscripción religiosa de los adolescentes, siendo menor en los católicos practicantes (57 %) que en los no practicantes (65 %). Cabe resaltar que estos mismos autores plantean que las diferencias encontradas pueden deberse a las características socioeconómicas de los jóvenes que formaban parte del estudio. Los hallazgos de estos estudios han permitido identificar que la asociación negativa de los adolescentes católicos frente al uso del condón se presenta como un factor de riesgo en su salud sexual y reproductiva. (112)

2.2. ROL DE LA FAMILIA EN LA EDUCACIÓN SEXUAL

Minuchin afirma que "El concepto de función familiar abarca: las actividades que realiza la familia, las relaciones sociales que establece en la ejecución de esas actividades y, en un segundo nivel de análisis, comprende los aportes (o efectos) que de ellos resultan para las personas y para la sociedad." Este concepto nos habla de relaciones sociales, de actividades, de aportes o efectos que la familia lleva a cabo durante el proceso de socialización de sus integrantes. Para integrar de

mejor manera lo citado por Minuchin acerca de la función de la familia, hemos considerado oportuno señalar que: “La familia” es considerada la “primera educadora”, la “primera escuela de sociabilidad”, el “primer agente natural de educación”, la “formadora de personas”.

Por otro lado, a la familia le corresponde ser formadora en el afecto, en la sexualidad y en los valores. Más aún, para algunos, es la “responsable” de esta formación. Otros insisten en su carácter de “exclusividad”: es “propia de la familia la educación sexual de sus hijos e hijas”.

Funciones de la Familia según Minuchin (1999):

- **Función biosocial:** Procreación y convivencia con los hijos, incluidas las responsabilidades que conlleva la crianza durante las distintas etapas del desarrollo.
- **Función cultural:** Transmisión de valores sociales y modos de vida compartidos, así como la organización del tiempo libre en el núcleo familiar.
- **Función socializadora:** No se limita a la educación formal, sino que abarca todas las interacciones familiares que influyen en la formación de la personalidad, la identidad y la autonomía, especialmente importantes durante la adolescencia.
- **Función económica:** Administración de los recursos domésticos y provisión de las condiciones materiales necesarias para el bienestar físico y emocional de los integrantes, incluyendo a los adolescentes que comienzan a requerir mayor autonomía económica.

Durante la adolescencia, la familia sigue siendo un referente fundamental en la formación de actitudes y comportamientos relacionados con la sexualidad. A diferencia de la infancia, en esta etapa surgen nuevos retos: los y las adolescentes enfrentan transformaciones físicas, emocionales, cognitivas y sociales, que los llevan a buscar su identidad y autonomía. Por ello, la educación sexual que brinde la familia debe adaptarse a estas necesidades, ofreciendo información clara, libre de prejuicios y abierta al diálogo.

La familia es el principal sistema educador porque posee provisiones afectivas que le permiten ser un espacio de contención, comprensión y confianza. En la adolescencia, cuando los jóvenes enfrentan confusión, inseguridad o presión social, es indispensable que puedan contar con figuras adultas que los escuchen sin juzgar, que respeten su privacidad y que los orienten sin imponer.

Para que la educación sexual sea efectiva en la adolescencia, es fundamental que los padres y madres establezcan una relación basada en la confianza mutua, el respeto por la intimidad, y la empatía. Según Graciela Hernández Morales y Concepción Jaramillo Guijarro: “Para expresar libremente sentimientos, percepciones o deseos, hace falta que exista un clima de confianza, un lugar y una relación donde una o uno se sienta bien. Cuando los adolescentes tienen la seguridad que se les va a tomar en serio, saben que lo que cuenten no va a ser utilizado para controlarles o ridiculizarles, entonces es más fácil que se abran y empiecen a confiar sus cosas a la persona adulta que esté a su lado”. Por ejemplo: No es lo mismo ridiculizar a un adolescente de 14 años cuando comparte que le gusta alguien de su clase, que escucharlo con atención, validar sus emociones y compartirle experiencias propias de esa edad. Con la primera actitud, probablemente el adolescente se cierre y evite hablar de sus emociones en el futuro; con la segunda, las probabilidades de establecer un vínculo de comunicación honesta aumentan significativamente.

Los y las adolescentes necesitan saber que su familia es un espacio seguro donde pueden expresar dudas, miedos e intereses sobre su sexualidad sin temor a ser juzgados. Esta confianza permite prevenir riesgos, promover relaciones afectivas sanas y construir una vivencia de la sexualidad libre de temores, prejuicios o culpabilidad.

Un aspecto clave en la educación sexual familiar, es el modelo de conducta de los adultos. La coherencia entre lo que se dice y lo que se hace constituye una de las herramientas más efectivas. Antes de impartir conocimientos teóricos, es necesario que madres, padres o cuidadores revisen sus propias creencias y actitudes hacia la sexualidad, ya que estas influirán directamente en la forma en que comunican valores, límites y expectativas a sus hijos e hijas adolescentes.

Métodos utilizados por la familia para educar en sexualidad:

La concepción que cada familia tenga sobre la sexualidad influirá directamente en los métodos que utilicen. A pesar del avance social, todavía persisten métodos inadecuados basados en el silencio, la censura o la represión. Por eso es necesario que las familias revisen críticamente sus esquemas mentales, se informen y adopten enfoques basados en el respeto, la afectividad y el desarrollo integral de los y las adolescentes.

Tabla 7: Métodos que utilizan los padres para educar en sexualidad

MÉTODOS	¿Para qué se realiza?	¿Por qué se realiza?	Impacto y enseñanzas
Mentir / Disfrazar / Engañar	Para ocultar y esconder la verdad.	Pensar que la sexualidad es “algo malo”, asusta hablar con la verdad sobre sexualidad.	<ul style="list-style-type: none"> • Aprenden que la sexualidad es mala, que no es bueno saber la verdad. • Aprenden a desconfiar de los adultos y buscar otras fuentes de información. • Adquieren un sentido de tabú y misterio de la sexualidad.
Castigar / Distraer / Reprimir	Para inhibir las expresiones sexuales.		<ul style="list-style-type: none"> • Estructuran sentimientos de culpa por las emociones y comportamientos sexuales. • Adquieren un sentido malicioso de la sexualidad. • Miedo asociado a lo sexual, lo cual genera mecanismos de represión.
Evadir / Delegar / Aplazar	Para evitar el temor y la incomodidad que produce hablar sobre sexualidad.	Hablar sobre sexualidad produce temor e incomodidad.	<ul style="list-style-type: none"> • Refuerza un sentido de misterio, malicia y tabú.
Silencio	Para ocultar y esconder la sexualidad.	Así se evita el temor y la incomodidad que produce hablar sobre sexualidad.	<ul style="list-style-type: none"> • Enseña a no hablar de sexualidad. • Se aprende a desconfiar del padre, la madre y los adultos en general. • Crea los cimientos de una

			distancia generacional en relación a lo sexual.
--	--	--	---

Fuente: Saldaña Barros, D., & Solís Sarmiento, J. (2010). *Función de la escuela y la familia para educar en sexualidad a los niños y niñas en edad escolar* [Tesina de licenciatura, Universidad de Cuenca]. Repositorio Institucional Universidad de Cuenca. <https://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstreams/9347a4e9-38d7-4527-97d2-38496c5936bf/download>

Lamentablemente los padres no están preparados para educar a sus hijos en sexualidad, para establecer una comunicación fluida, natural y espontánea, ya que estos recibieron poca o nada de información, y simplemente se limitan a transmitir lo “poco que conocen”. (113)

La familia es el primer agente de socialización, pero en muchos casos, los padres evitan hablar de sexualidad con sus hijos debido a tabúes culturales. Esto lleva a que los adolescentes obtengan información de fuentes no confiables.

2.3. INFLUENCIA DE LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN

Los medios de comunicación, especialmente las redes sociales y la televisión, tienen un impacto significativo en la formación de percepciones sobre la sexualidad. En la era digital actual, los medios de comunicación desempeñan un papel significativo en la vida de los adolescentes. A través de la televisión, internet, las redes sociales y otras plataformas, los adolescentes están expuestos a una amplia gama de imágenes, mensajes y narrativas que pueden tener un impacto profundo en su autoimagen y percepción de los demás.

La construcción de la identidad adolescente: La adolescencia es una etapa de desarrollo crucial en la que los jóvenes están construyendo su identidad. Los medios de comunicación, con su representación idealizada de la belleza, el éxito y los roles de género, pueden influir en la forma en que los adolescentes se perciben a sí mismos. Las imágenes retocadas, los estándares de belleza irrealistas y los estereotipos pueden generar inseguridades y presiones para cumplir con ciertos ideales.

La comparación y la autoestima: Los medios de comunicación pueden fomentar la comparación social entre los adolescentes. Al ver imágenes de personas “perfectas” en los medios,

es común que los adolescentes se comparen y evalúen negativamente su apariencia y logros. Esto puede afectar su autoestima y generar sentimientos de insuficiencia e inseguridad.

Estereotipos y roles de género: Los medios de comunicación también pueden influir en la percepción de los adolescentes sobre los roles de género y los estereotipos. La representación sesgada de hombres y mujeres en los medios puede limitar las posibilidades de los adolescentes y reforzar normas y expectativas tradicionales. Esto puede afectar su autoconcepto y sus elecciones futuras.

La importancia de la educación mediática: Para contrarrestar los efectos negativos de los medios de comunicación, es esencial promover la educación mediática en los adolescentes. La educación mediática les brinda las herramientas necesarias para analizar críticamente los mensajes mediáticos, cuestionar estereotipos y desarrollar una mayor conciencia de cómo los medios influyen en su percepción de sí mismos y de los demás.

Fomentar el pensamiento crítico: Los adolescentes deben ser alentados a desarrollar habilidades de pensamiento crítico al consumir contenido mediático. Esto implica cuestionar la veracidad de la información, examinar los sesgos y las intenciones detrás de los mensajes mediáticos, y evaluar cómo se relaciona con su propia realidad y valores.

Promover la diversidad y la inclusión: Es importante que los adolescentes tengan acceso a una variedad de contenidos mediáticos que reflejen la diversidad humana en términos de apariencia, habilidades, identidad de género, orientación sexual y origen étnico. Esto ayuda a fomentar la aceptación, la empatía y una visión más amplia de la belleza y el éxito.

Los medios de comunicación desempeñan un papel poderoso en la formación de la autoimagen y la percepción de los demás en los adolescentes. Las imágenes y los mensajes idealizados que encuentran en los medios pueden generar comparación, inseguridades y presiones para cumplir con estándares irreales. Sin embargo, al fomentar la educación mediática, el pensamiento crítico y la promoción de la diversidad e inclusión en los contenidos mediáticos, podemos ayudar a los adolescentes a desarrollar una mayor conciencia de cómo los medios los influyen y a construir una imagen más positiva de sí mismos y una visión más inclusiva y empática de los demás.

Es fundamental trabajar en conjunto como padres, educadores y sociedad en general para ofrecer a las adolescentes herramientas y recursos que les permitan navegar por los medios de comunicación de manera saludable y construir una sólida autoestima y una comprensión más realista de la diversidad humana. (114)

Los medios de comunicación pueden desempeñar un papel significativo en la sexualidad de todas las personas, pero en la adolescencia cobran especial importancia, ya sea perpetuando o cuestionando las normas y los comportamientos sociales, por ejemplo, con frecuencia vemos que se tolera la violencia contra las mujeres, y en muchos otros casos hasta se favorece a través de bromas, descalificaciones, memes, imágenes. Los medios pueden servir de plataforma para mostrar a las mujeres y niñas como objetos, desde imágenes cotidianas hipersexualizadas e invisibilizando la importancia de las mujeres y niñas, hasta muestras gráficas de violencia.

Los medios de comunicación a través del tiempo han formado parte fundamental para comunicarse y comunicar todo lo que acontece en las diferentes sociedades, es así como la radio, la televisión, la prensa y el Internet, proporcionan información útil en diferentes contenidos, y hoy en día se abre a otros medios de comunicación.

Sin embargo, también difunden modelos y estereotipos es decir, etiquetas, de ciertos tipos de cuerpos y comportamientos de mujeres y hombres, que no favorecen a que las personas puedan sentirse en comodidad consigo mismos, ya que los mensajes e imágenes, están cargados de señales que claramente desean influir en que todas las personas “deberían” ser de cierta talla, de cierto color de piel o de ojos, moverse de cierta manera sensual o relacionarse a través del cuerpo como un objeto tipo moneda de cambio.

En relación con la sexualidad, la educación y la salud sexual, son muy pocos los contenidos educativos con información basada en una estructura pedagógica y conocimientos científicos confiables, que se difunden tanto en los canales de televisión, comerciales como en los de paga. Algunos programas de radio abordan estos temas, sin embargo, no hay una difusión suficiente de los mismos. Por el contrario, se puede encontrar una gran cantidad de información sobre sexualidad, que transmite desinformación, prejuicios, estereotipos, así como información sesgada la cual vende una imagen comercial y poco realista de la sexualidad, carente de afectos y emociones positivos que apoyen la educación integral en sexualidad dirigida hacia la salud sexual.

La Encuesta Nacional sobre Disponibilidad y Uso de Tecnologías de la Información en los Hogares 2019, reporta que en México hay 80.6 millones de usuarios de internet y 86.5 millones de usuarios de teléfonos celulares, de los cuales el 76.6% de la población urbana es usuaria de Internet. En la zona rural la población usuaria se ubica en 47.7 por ciento. De los hogares del país, 44.3% dispone de computadora y 92.5% cuenta con al menos un televisor.

Las principales actividades de los usuarios de internet en 2019 correspondieron a entretenimiento (91.5%), obtención de información (90.7%) y comunicarse (90.6 por ciento).

Con estos datos, se puede observar que el Internet se ha convertido en una herramienta de uso constante y a la que se acude para buscar cualquier tema, justo esto es lo que la hace un recurso de dos filos, por un lado te brinda “toda la información” que quieres saber o casi toda de manera inmediata y por el otro lado esa información puede no ser veraz, oportuna o responsable, e incluso inadecuada para logra sacar de dudas a las y los adolescentes que buscar resolver alguna inquietud relacionada con su sexualidad o su salud sexual.

Actualmente las estadísticas indican el gran uso que se le da a la tecnología digital, específicamente al internet, por ello es mucho más fácil encontrar información relacionada con la sexualidad y por supuesto en estos medios se puede encontrar mucha información con contenidos no científicos, llenos de ideas falsas y mentiras, que en realidad desinforman y que, si contienen juicios valorativos negativos, confundiendo o condicionando la percepción sobre la sexualidad de quienes los consultan. (115)

Los medios de comunicación funcionan como un espacio donde las “mitologizaciones de las modernas tecnocracias” se implantan de manera profunda en la conciencia colectiva, de modo que el público las asume y defiende en un “estado de hipnotismo inducido”.

Los medios “deciden sobre la realidad de los hechos”, maquillan o adornan las noticias y acuñan juicios morales (aprobación o reprobación) a través de un verdadero “culto al objeto-fetiché”. Estas decisiones editoriales modelan qué se considera “bueno” o “malo” y, por tanto, qué creencias se naturalizan como mitos. (116)

2.4. ESCOLARIDAD Y ACCESO A INFORMACIÓN VERAZ

El nivel educativo y el acceso a información científica son factores clave para combatir los mitos sobre la reproducción sexual. La escolaridad y el acceso a información veraz están estrechamente relacionados. Una mayor escolaridad generalmente conlleva una mayor capacidad para discernir y analizar información, lo que a su vez facilita la identificación de fuentes confiables y la comprensión de conceptos complejos. La educación también ayuda a desarrollar habilidades críticas, como el pensamiento analítico y la capacidad de evaluar la credibilidad de las fuentes. (117)

La escuela constituye el segundo sistema social más influyente en la vida de los adolescentes, después de la familia. Es en este espacio donde los y las adolescentes incorporan pautas de socialización, fortalecen su identidad personal y comienzan a construir una comprensión más profunda de sí mismos y del mundo que los rodea. Las experiencias obtenidas en el entorno escolar tienen un impacto significativo en su desarrollo emocional, social y cognitivo.

Los docentes, como agentes educativos, cumplen un rol fundamental en la formación integral de los adolescentes y actúan como modelos de referencia. Esto es especialmente relevante en lo que respecta a la educación sexual, ya que lo que dicen, hacen o incluso omiten puede influir profundamente en la forma en que los y las adolescentes comprenden, viven y expresan su sexualidad.

La escuela, como institución socializadora, tiene el potencial de ser un agente de cambio fundamental, capaz de romper estereotipos, combatir la desinformación y fomentar una sexualidad responsable, libre de prejuicios y con enfoque en los derechos humanos. En los últimos años, los sistemas educativos han comenzado a incorporar en sus planes de estudio contenidos relacionados con la educación sexual integral, con el objetivo de brindar a los y las adolescentes herramientas para comprender y disfrutar de su sexualidad de manera plena, segura y respetuosa, tanto consigo mismos como con los demás. (118)

A nivel mundial 1 de cada 5 adolescentes no asiste al colegio, en comparación con la proporción de los niños en edad de educación primaria, que es de 1 de cada 11. Por lo tanto, los adolescentes tienen el doble de probabilidades de estar sin escolarizar que sus compañeros más jóvenes. Este informe, financiado por la Alianza Global por la Educación, también muestra que,

según los niños se hacen mayores, el riesgo de que nunca comiencen el colegio o de que lo abandonen aumenta. (119)

2.5. ZONA DE RESIDENCIA (URBANA VS. RURAL)

La zona de residencia puede influir en los mitos sobre sexualidad. El entorno social, familiar y cultural donde se vive puede moldear las creencias y actitudes relacionadas con la sexualidad. Esto incluye factores como las normas sociales, las prácticas religiosas, los valores culturales y los mensajes transmitidos por los medios de comunicación. (120)

En una investigación de 2022, se hallaron resultados que demuestran cómo la zona de residencia (urbana o rural), influye decisivamente en la generación y mantenimiento de mitos sexuales. Estas diferencias responden principalmente a la desigualdad en el acceso a información confiable, a las creencias culturales arraigadas y a las vivencias particulares de cada comunidad.

Se encuestó a 50 personas en cada zona (urbana y rural), mediante encuesta estructurada y observación directa, combinando enfoque cualitativo y cuantitativo, con los siguientes resultados:

Comunicación sobre sexualidad en el entorno familiar

- **Urbano:** 60 % de los encuestados habla siempre abiertamente con su familia sobre temas de sexualidad.
- **Rural:** solo 45 % lo hace siempre; el 55 % “a veces” o “nunca” aborda estos temas, debido a valores morales y actitudes conservadoras de base religiosa que restringen el diálogo intrafamiliar.

Valoración de la virginidad femenina en el matrimonio

- **Urbano:** 52 % considera que llegar no virgen al matrimonio no convierte a la mujer en “mala persona”.
- **Rural:** 63 % asocia la virginidad con pureza y fidelidad “eterna” en la familia, entendida casi como un mandato cultural sancionado por la religión.

Percepción de la masturbación

- **Urbano:** 67 % afirma que la masturbación no es un pecado.
- **Rural:** 53 % opina igual, reflejando una transición hacia visiones más modernas que reconocen la masturbación como parte natural del autoconocimiento corporal.

Tipos de prácticas sexuales

- **Urbano:** 60 % práctica conjunta sexo vaginal, oral y anal.
- **Rural:** solo 30 % practica las tres modalidades; el 60 % se limita al sexo vaginal, visto como “normal” en la pareja y los demás tipos como indecorosos.

Influencia de la religión en la libertad sexual

- **Urbano:** 83 % está de acuerdo en que la religión limita la libertad sexual del individuo.
- **Rural:** 64 % aprueba la regulación moral basada en principios religiosos, estableciendo códigos de conducta que diferencian lo “correcto” e “incorrecto” en la manifestación sexual.

Estos resultados evidencian que la **zona de residencia** actúa como factor sociocultural determinante en la difusión de mitos y tabúes sexuales: la población urbana muestra mayores niveles de apertura y diversidad de prácticas, mientras que la rural conserva visiones más conservadoras influenciadas por la religión y la tradición familiar. (120)

2.6. ROLES DE GÉNERO Y ESTEREOTIPOS CULTURALES

Los roles de género tradicionales también contribuyen a la difusión de mitos. En muchas sociedades latinoamericanas, los hombres y las mujeres son educados de manera diferente en cuanto a la sexualidad, lo que perpetúa desigualdades y desinformación.

Los roles de género en la sociedad definen cómo se espera que actuemos, hablemos, nos vistamos, nos arreglemos y nos comportemos según nuestro sexo asignado al nacer. Por ejemplo, se espera que las mujeres y las niñas se vistan de forma femenina y que sean educadas,

complacientes y maternales. A su vez, se espera que los hombres sean fuertes, agresivos e intrépidos.

Cada sociedad, grupo étnico y cultura tiene expectativas en relación con los roles de género, pero estos pueden variar mucho entre un grupo y otro. También pueden cambiar con el tiempo dentro de la misma sociedad. Un ejemplo relevante en América Latina es el de las cholas bolivianas, mujeres indígenas aymaras que tradicionalmente eran vistas solo en roles domésticos o de comercio informal. En los últimos años, muchas de ellas han desafiado los estereotipos de género, incursionando en espacios considerados masculinos como el transporte público, el deporte (ciclismo, lucha libre) y hasta en cargos de representación política. Todo esto sin abandonar su vestimenta tradicional pollera, sombrero y manta, lo cual representa una forma de resistencia cultural y transformación del rol de género en su sociedad. (121)

Este caso demuestra que las concepciones sobre lo “femenino” y lo “masculino” son construcciones sociales que pueden ser modificadas con el tiempo, y que los estereotipos de género no son fijos ni universales.

¿Cómo afectan los estereotipos de género a las personas?

Un estereotipo es un prejuicio o creencia ampliamente aceptado sobre una persona o sobre un grupo, que suele ser una simplificación excesiva y que no siempre es preciso. Los estereotipos acerca del género pueden hacer que se trate de manera desigual e injusta a otras personas por su género. Esto se llama “sexismo”.

Hay cuatro tipos de estereotipos de género básicos:

- **Características de la personalidad:** por ejemplo, usualmente se espera que las mujeres sean complacientes y emotivas, y que los hombres sean seguros de sí mismos y agresivos.
- **Comportamientos domésticos:** por ejemplo, algunas personas esperan que las mujeres se encarguen de los niños, cocinen y limpien la casa, mientras que los hombres se encargan de las finanzas, del automóvil y de las reparaciones del hogar.

- **Ocupaciones:** algunas personas asumen rápidamente que los profesores y enfermeras son mujeres, mientras que quienes se dedican a la medicina, a la ingeniería o a volar aviones son hombres.
- **Aspecto físico:** por ejemplo, se espera que las mujeres sean delgadas y elegantes, mientras que se espera que los hombres sean altos y musculosos. También se espera que los hombres y las mujeres se vistan y se arreglen de acuerdo con los estereotipos de su género (los hombres con pantalones y pelo corto, y las mujeres con vestidos y maquillaje).

La hipperfeminidad es la exageración de los estereotipos de comportamiento que se consideran femeninos. Las personas hipperfemeninas exageran las características de lo que creen que es femenino. Esto puede incluir comportamientos pasivos, ingenuos, de inocencia sexual, suaves, coquetos, delicados, maternales y complacientes.

La hipermasculinidad es la exageración de los estereotipos de comportamiento que se consideran masculinos. Las personas hipermasculinas exageran las características de lo que creen que es masculino. Creen que deben competir con otros hombres y dominar a las personas femeninas con comportamientos agresivos y astutos, tener mucha experiencia sexual, ser poco sensibles, físicamente imponentes, ambiciosos y exigentes.

Estos estereotipos de género exagerados pueden hacer que las relaciones entre las personas sean difíciles. Las personas hipperfemeninas tienen más probabilidades de soportar el abuso físico y emocional de parte de sus parejas. Las personas hipermasculinas tienen más probabilidades de ser física y emocionalmente violentas con sus parejas.

Los estereotipos de género extremos son dañinos porque no permiten que las personas expresen completamente lo que piensan ni sus emociones. Por ejemplo, es dañino para las personas masculinas creer que no deberían llorar o expresar sus emociones. Al mismo tiempo, es dañino para las personas femeninas creer que no deberían ser independientes, inteligentes o firmes. Romper con los estereotipos de género hace que las personas puedan ser tal como son. (7)

2.7. INFLUENCIA DE PARES Y REDES SOCIALES

La influencia de los pares y las redes sociales es uno de los factores más significativos en la difusión de mitos sobre la reproducción sexual entre los adolescentes. Los amigos y las redes sociales suelen ser fuentes primarias de información, pero también pueden perpetuar creencias erróneas.

La presión de los pares es la presión interna o externa que se siente para comportarse de determinadas maneras, tanto buenas como malas. La presión de los pares comienza ya a los 10 años con la formación de grupos sociales en la escuela primaria y aumenta durante la adolescencia, en la escuela secundaria.

Los cambios hormonales, el desarrollo cerebral y las identidades emergentes hacen que el inicio de la adolescencia sea un momento especialmente vulnerable, donde la presión de los pares es más influyente. Además, esta es una etapa de la vida en la que los grupos de amigos son sumamente importantes y la necesidad de encajar es un factor fundamental en la toma de decisiones.

De la misma manera que las interacciones en persona pueden ser tanto positivas como negativas, la comunicación a través de las redes sociales también puede tener un efecto positivo o negativo. Las redes sociales están constantemente disponibles, por lo que los adolescentes reciben esos mensajes las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Esto significa que las redes sociales tienen un gran potencial para amplificar los sentimientos de presión de los pares, tanto negativos como positivos.

Una tergiversación común en las redes sociales es que las personas publican lo mejor de sus vidas, creando un falso sentido de la realidad. Esto puede llevar a los adolescentes a comparar la verdadera realidad de sus vidas con la representación “perfecta para la foto” de las vidas de los demás y sentir presión para alcanzar esa perfección. Además, la ausencia de comentarios en persona puede permitir un entorno en el que las personas compartan contenido perjudicial o comentarios abusivos que no dirían presencialmente. Este fenómeno (llamado “trolling”) es una forma increíblemente generalizada de presión de los pares negativa que se encuentra en las redes

sociales. También hay ejemplos de desafíos en línea perjudiciales que tienen el potencial de afectar negativamente la salud de un niño. (122)

La religión, la familia, los medios de comunicación, los roles de género y la influencia de pares operan como canales y filtros de transmisión de mitos sexuales . Cada uno contribuye, en distintos grados, a legitimar o reforzar creencias erróneas: la religión puede inculcar sentimientos de culpa; la familia, actitudes tabúes; los medios, narrativas sesgadas; y los grupos de pares, presiones normativas. Comprender estas dinámicas es clave para diseñar intervenciones que no solo informen, sino que transformen actitudes y prácticas en el entorno inmediato del adolescente. En el siguiente capítulo, se analizarán las consecuencias de la desinformación sexual para la salud y el bienestar de los adolescentes.

CAPÍTULO III: CONSECUENCIAS DE LA DESINFORMACIÓN SEXUAL PARA LA SALUD Y EL BIENESTAR DE LOS Y LAS ADOLESCENTES

La desinformación sexual puede tener diversas consecuencias negativas, incluyendo embarazos no deseados, ITS, problemas de salud mental, relaciones no saludables y dificultades en la toma de decisiones reproductivas. La falta de información correcta puede llevar a comportamientos sexuales de riesgo y a la perpetuación de estereotipos y mitos que perjudican la salud y el bienestar sexual.

Incluso para quienes no son sexualmente activos, comprender los cambios que ocurren en sus cuerpos es vital para proteger su salud y bienestar. En muchos lugares, las chicas comienzan a menstruar sin que sepan lo que está pasando, dejándolas en una situación de poca preparación para proteger su salud e higiene, y a menudo viviendo una profunda vergüenza sobre un proceso perfectamente natural.

Esta falta de información, junto con la ausencia de productos sanitarios limpios y espacios privados para usarlos, suele hacer que las adolescentes falten a la escuela durante la menstruación. Los tabúes culturales que les prohíben acudir a los espacios públicos (incluidos los religiosos) durante su período, o que las obligan a vivir fuera de sus hogares (incluso en condiciones meteorológicas extremas) debido a su impureza, agravan su sensación de vergüenza y los riesgos asociados para su salud. (123)

3.1. AFECCIONES FÍSICAS DERIVADAS DE PRÁCTICAS SEXUALES DE RIESGO

Las prácticas sexuales sin protección pueden conducir a diversas infecciones de transmisión sexual con consecuencias físicas significativas:

- 1. Clamidia:** Causada por *Chlamydia trachomatis*, puede provocar enfermedad pélvica inflamatoria (EPI) en mujeres, con riesgo de infertilidad, embarazo ectópico y dolor pélvico crónico. En hombres, puede causar epididimitis. Además, puede transmitirse al recién nacido durante el parto, causando conjuntivitis o neumonía neonatal

2. **Gonorrea:** Producida por *Neisseria gonorrhoeae*, puede extenderse a otras partes del cuerpo como articulaciones (artritis gonocócica) y convertirse en una enfermedad potencialmente mortal. También aumenta significativamente el riesgo de contraer VIH.

3. **Sífilis:** Causada por *Treponema pallidum*, puede progresar a etapas secundaria y terciaria afectando múltiples órganos (corazón, cerebro, sistema nervioso) y provocar complicaciones graves como neurosífilis o incluso la muerte. En embarazadas, puede causar aborto espontáneo o sífilis congénita con deformidades esqueléticas y neurológicas en el bebé.

4. **Herpes genital:** Producido por el virus del herpes simple (VHS-1 o VHS-2), causa ampollas dolorosas recurrentes. En neonatos puede ser mortal, afectando piel, cerebro y otros órganos.

5. **Virus del Papiloma Humano (VPH):** Puede causar verrugas genitales y diversos cánceres (cuello uterino, pene, boca, garganta). Algunas cepas oncogénicas están asociadas al 70% de los cánceres cervicales.

6. **Vaginosis bacteriana:** Aunque no siempre se considera ITS, está asociada a prácticas sexuales de riesgo y puede aumentar la susceptibilidad a otras infecciones y complicaciones ginecológicas.

Otras complicaciones físicas

1. **Enfermedad inflamatoria pélvica (EPI):** Complicación grave de infecciones como clamidia y gonorrea no tratadas, que puede dañar permanentemente el sistema reproductivo femenino, causando dolor crónico, infertilidad y mayor riesgo de embarazo ectópico.

2. **Complicaciones en el embarazo:** Las ITS pueden provocar parto prematuro, bajo peso al nacer, transmisión vertical de infecciones al feto y muerte fetal.

3. **Cánceres asociados:** Algunas ITS como el VPH y la hepatitis B pueden aumentar el riesgo de desarrollar ciertos tipos de cáncer años después de la infección inicial.

4. Infecciones sistémicas: Algunas ITS como la sífilis y la gonorrea pueden diseminarse por el torrente sanguíneo, afectando múltiples órganos y sistemas. (124)

Factores de riesgo adicionales

- Sexo oral sin protección puede transmitir ITS a la garganta (gonorrea, clamidia, VPH, herpes)
- Múltiples parejas sexuales
- Consumo de alcohol/drogas antes de la actividad sexual
- Inicio temprano de la vida sexual (125)

Estas afecciones físicas subrayan la importancia de la educación sexual integral en adolescentes para prevenir prácticas de riesgo y sus consecuencias a corto y largo plazo.

3.2. EFECTOS NEGATIVOS EN LA SALUD MENTAL

La salud mental puede verse afectada por diversos factores, y la adolescencia es una etapa especialmente vulnerable debido a los profundos cambios físicos, psicológicos y sociales que la caracterizan. Cuantos más factores de riesgo estén presentes como la exposición a situaciones adversas, la presión social del entorno y la exploración de la propia identidad, mayores serán los efectos sobre la salud mental de los adolescentes. Dentro de este contexto, la reproducción y la sexualidad y todo lo que ella implica (descubrimiento del cuerpo, inicio de relaciones sexuales, embarazo, uso de métodos anticonceptivos, etc.) representa una dimensión fundamental que puede generar ansiedad, miedo, vergüenza o confusión, especialmente cuando se carece de información clara y acompañamiento emocional adecuado.

La influencia de los medios de comunicación y la imposición de normas de género también pueden resultar perjudiciales. Los mensajes sobre sexualidad, género y maternidad/paternidad que se transmiten a través de medios y redes sociales, muchas veces estereotipados o inalcanzables, aumentan la disparidad entre la realidad que vive el adolescente y sus expectativas o aspiraciones, afectando su autoestima y percepción del rol sexual y reproductivo que “deberían” cumplir.

Otros determinantes importantes de la salud mental de los adolescentes, estrechamente ligados a la reproducción y sexualidad, son el ambiente en el hogar y las relaciones con sus pares. Por ejemplo, un hogar donde no se habla abiertamente de sexualidad o donde se castiga cualquier expresión relacionada con ella, puede generar sentimientos de culpa, inseguridad y aislamiento. De igual forma, la violencia particularmente la violencia sexual, el acoso escolar por orientación sexual o expresión de género, y la crianza severa basada en tabúes son factores de riesgo bien documentados que no solo impactan la salud mental, sino que también limitan el ejercicio libre y seguro de la sexualidad. Algunos adolescentes corren un mayor riesgo de padecer trastornos de salud mental relacionados con su salud sexual y reproductiva debido a sus condiciones de vida o a situaciones de estigmatización y discriminación. Tal es el caso de las adolescentes embarazadas o los padres adolescentes, quienes suelen enfrentar juicios morales, abandono escolar, rechazo familiar y falta de apoyo institucional. También los jóvenes pertenecientes a minorías étnicas o sexuales, o los que viven en contextos de pobreza, violencia o exclusión social, tienen más dificultades para acceder a servicios de salud sexual y mental de calidad, lo que agrava su vulnerabilidad.

Trastornos emocionales

Los trastornos emocionales son frecuentes en la adolescencia, una etapa en la que se experimentan intensos cambios hormonales, físicos y sociales. Dentro de este contexto, los temas vinculados a la sexualidad y la reproducción cobran especial relevancia, ya que pueden actuar como factores que agravan o desencadenan síntomas emocionales como ansiedad, depresión, culpa o inseguridad.

Los trastornos de ansiedad que pueden manifestarse como crisis de angustia o preocupación excesiva, son los más comunes entre los adolescentes y suelen presentarse con mayor frecuencia en aquellos de mayor edad. Se estima que el 4,4% de los adolescentes de 10 a 14 años y el 5,5% de los de 15 a 19 años sufre un trastorno de ansiedad, mientras que el 1,4% de los adolescentes de 10 a 14 años y el 3,2% de los de 15 a 19 años padecen depresión. La presión social relacionada con la imagen corporal, el desempeño sexual, la orientación sexual y la aceptación del propio cuerpo puede ser un factor desencadenante de estos trastornos.

La falta de información clara y libre de prejuicios sobre la sexualidad, el temor al embarazo no planificado, el miedo a contraer infecciones de transmisión sexual, así como las vivencias negativas (como el acoso, la coerción sexual o la violencia en el noviazgo) son situaciones que pueden intensificar el malestar emocional en los y las adolescentes.

Tanto la depresión como la ansiedad afectan significativamente la asistencia escolar, el estudio y el rendimiento académico. Además, el retraimiento social que suele acompañar a estos trastornos puede agravar el aislamiento emocional, dificultando aún más la construcción de vínculos afectivos y sexuales saludables. En los casos más graves, especialmente en contextos de rechazo social o familiar por razones relacionadas con la identidad sexual o de género, la depresión puede llevar a ideaciones suicidas o intentos de suicidio.

Trastorno del comportamiento

Los trastornos del comportamiento son más frecuentes entre los adolescentes jóvenes que entre los de más edad. El 3,1% de los adolescentes de entre 10 a 14 años y el 2,4% de los de entre 15 a 19 años tienen un trastorno por déficit de atención con hiperactividad, que se caracteriza por la dificultad para mantener la atención, un exceso de actividad y conductas impulsivas. Otra afección que pueden sufrir los adolescentes es el trastorno de comportamiento disocial, que se caracteriza por conductas destructivas o desafiantes y afecta al 3,6% de los adolescentes de 10 a 14 años y al 2,4% de los de 15 a 19 años. Los trastornos del comportamiento pueden interferir en el rendimiento académico y aumentan el riesgo de incurrir en actos delictivos.

Ambos trastornos pueden interferir en el rendimiento académico y en las relaciones interpersonales, factores que a su vez influyen en la forma en que el adolescente se vincula afectiva y sexualmente con los demás. Las dificultades en el autocontrol, la baja tolerancia a la frustración o la falta de habilidades sociales pueden generar relaciones afectivas inestables, conflictos de pareja y un mayor riesgo de embarazos no planificados o de infecciones de transmisión sexual (ITS). Por estas razones, es esencial que las estrategias de educación sexual y salud reproductiva incluyan enfoques diferenciados, adaptados a las necesidades específicas de los adolescentes con trastornos del comportamiento.

Trastornos de la conducta alimentaria

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA), como la anorexia y la bulimia nerviosas, suelen desarrollarse durante la adolescencia y la juventud, afectando aproximadamente al 0,1% de los adolescentes de entre 10 y 14 años y al 0,4% de los de entre 15 y 19 años. Estas condiciones son significativamente más frecuentes en adolescentes mujeres que en varones y se caracterizan por conductas alimentarias extremas, acompañadas de preocupación excesiva por el peso corporal, la imagen y el control físico.

Estos trastornos no solo deterioran la salud física y mental, sino que tienen efectos directos sobre la vivencia de la sexualidad y la salud reproductiva. La obsesión por el cuerpo, la vergüenza corporal y el temor a no cumplir con los ideales de belleza impuestos socialmente pueden generar inseguridad sexual, rechazo del propio cuerpo, disminución del deseo sexual y dificultades para establecer relaciones afectivas saludables.

Además, en el caso de la anorexia nerviosa, la desnutrición severa puede provocar amenorrea (ausencia del ciclo menstrual), lo cual compromete la salud reproductiva y puede afectar la fertilidad a largo plazo. En algunos casos, estas alteraciones hormonales pueden perdurar incluso después de superar el trastorno. Por otro lado, las adolescentes con TCA pueden carecer de acceso o confianza para hablar sobre temas de sexualidad, lo cual limita su educación sexual y su conocimiento sobre salud reproductiva.

Conductas de riesgo

Muchas conductas de riesgo, como el consumo de sustancias o las prácticas sexuales no seguras, se inician en la adolescencia. Pueden ser mecanismos que se usan para hacer frente al malestar emocional, pero pueden afectar muy negativamente al bienestar físico y mental.

Los adolescentes tienen más tendencia a adoptar hábitos nocivos de consumo de sustancias que pueden perdurar a lo largo de la vida. En 2019, la prevalencia del consumo de alcohol entre las personas de entre 15 y 19 años era elevada en todo el mundo (del 22%), con muy pocas diferencias entre sexos, y en algunas regiones se observó un aumento de este consumo.

El consumo de tabaco y de cannabis son también problemas en estas edades. Muchos fumadores adultos adoptaron el hábito antes de los 18 años. En cuanto al cannabis, la prevalencia mundial del consumo entre los adolescentes en 2022 fue superior a la de los adultos, con un 5,5% frente a un 4,4%, respectivamente.

Algunos adolescentes incurren en actos violentos que pueden afectar al rendimiento académico, causarles lesiones y empujarles a la delincuencia y a situaciones de riesgo para sus vidas. En 2021, la violencia interpersonal se clasificó dentro de las causas principales de muerte entre los adolescentes de mayor edad. (126)

3.3. EMBARAZOS NO PLANIFICADOS Y SUS CONSECUENCIAS

El embarazo en la adolescencia o embarazo precoz es un fenómeno mundial con graves consecuencias para la salud, la sociedad y la economía. Se produce cuando ni el cuerpo ni la mente de la mujer están preparados para ello, concretamente entre la adolescencia inicial o pubertad (comienzo de la edad fértil) y el final de la adolescencia, que la OMS la establece en los 19 años. La mayoría de los embarazos adolescentes no son deseados o planificados y el riesgo de morir por causas relacionadas al embarazo, parto y postparto se duplica si las niñas se quedan embarazadas antes de los 15 años.

Comprender las causas es solo el primer paso; es crucial entender las consecuencias y riesgos del embarazo adolescente. La Organización Mundial de la Salud lo resume de manera contundente y clara: “La adolescencia es el período de la vida en el que el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita por los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida su independencia socioeconómica”.

Cuando un embarazo ocurre a temprana edad, esta realidad se desmorona. Y lo más alarmante es que cuánto más joven es la madre, más peligroso se vuelve el panorama: malnutrición, partos prematuros, niños/as con problemas de desarrollo y malformaciones, y un riesgo un 50% mayor de que el bebé muera en las primeras semanas de vida.

Pero no solo sufre el bebé, las madres jóvenes también enfrentan serias complicaciones:

- Falta de atención médica por desconocimiento del embarazo.

- Riesgo de preeclampsia y eclampsia, condiciones graves que pueden poner en peligro la vida.
- Riesgo de fístula obstétrica, una lesión poco visibilizada que arruina la vida de miles de mujeres.
- Alta mortalidad materna.
- Complicaciones derivadas de abortos clandestinos, como sepsis o hemorragias severas.
- Embarazo acompañado de infecciones de transmisión sexual.

Consecuencias del embarazo en la adolescencia

El embarazo precoz no solo afecta a nivel físico, sino que también tiene profundas consecuencias psicológicas y sociales. Estas son algunas de las situaciones que se presentan con frecuencia:

- **Abandono escolar.** Dependiendo del entorno y la situación económica de la familia, muchas jóvenes se ven obligadas a dejar sus estudios, truncando sus oportunidades futuras.
- **Abortos.** Tanto inducidos como espontáneos, con el peligro añadido de caer en el mercado negro en países donde el aborto no está legalizado.
- **Inestabilidad familiar.** Es común que las relaciones entre los jóvenes padres no perduren, creando un entorno familiar frágil y lleno de incertidumbres.
- **Natalidad descontrolada.** En países en vías de desarrollo, esto se traduce en un mayor número de hijos, sin acceso a métodos anticonceptivos o planificación familiar.

- **Problemas psicológicos.** Las madres adolescentes suelen enfrentarse al miedo al rechazo, ansiedad, estrés y tensiones familiares. Algunos incluso desarrollan trastornos emocionales graves, incluyendo el rechazo hacia el propio bebé.
- **Dependencia.** Estas adolescentes a menudo se encuentran en una situación de vulnerabilidad emocional y económica, lo que las ata a las relaciones familiares disfuncionales y perjudiciales.

El impacto del embarazo adolescente va más allá del presente; afecta al futuro de las jóvenes y perpetúa los ciclos de pobreza y desigualdad. (127)

3.4. PROPAGACIÓN DE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS)

La propagación de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) puede tener graves consecuencias para la salud, incluyendo complicaciones durante el embarazo, infertilidad, aumento en la probabilidad de contraer el VIH y efectos psicosociales. (128)

Según UNICEF, en América Latina y el Caribe, cada día se registran aproximadamente 30 nuevos casos de infecciones por VIH entre adolescentes y jóvenes de 10 a 19 años, totalizando alrededor de 11,000 casos anuales. (129)

Un estudio realizado en Venezuela denominado “**Conocimientos sobre infecciones de transmisión sexual en adolescentes de Parroquia Naiguatá. La Guaira. Venezuela, 2021**”, reveló que muchos adolescentes tienen conocimientos limitados sobre las ITS, lo que aumenta su vulnerabilidad frente a estas infecciones. (130)

Además, una revisión sistemática de la prevalencia de determinadas ITS en adolescentes y jóvenes en América Latina y el Caribe indica que los datos poblacionales fiables sobre las ITS en este grupo son limitados, lo que dificulta la comprensión completa de la carga de estas infecciones y la implementación de políticas de salud pública efectivas. (131)

3.5. IMPACTO EN LAS RELACIONES INTERPERSONALES Y SOCIALES

La desinformación sexual entre adolescentes en América Latina tiene un impacto significativo en sus relaciones interpersonales y sociales, generando conflictos, aislamiento y

afectando su bienestar emocional. La falta de educación sexual integral y el acceso a información errónea o incompleta pueden llevar a los adolescentes a desarrollar percepciones distorsionadas sobre la sexualidad y las relaciones interpersonales. Esto puede traducirse en dificultades para establecer vínculos saludables, comunicación deficiente y conflictos con sus pares. (132)

Un estudio realizado en México denominado “Análisis del conocimiento sobre salud sexual y reproductiva en adolescentes” encontró que los adolescentes que carecen de conocimientos adecuados sobre salud sexual y reproductiva presentan mayores dificultades en sus relaciones sociales, incluyendo una mayor propensión al aislamiento y a la adopción de conductas de riesgo. (133)

La exposición temprana a contenidos sexuales en internet, especialmente a través de la pornografía, puede influir negativamente en la percepción que los adolescentes tienen sobre las relaciones sexuales y afectivas. El consumo de pornografía, caracterizada por representaciones de violencia y desigualdad, puede afectar la forma en que los adolescentes se relacionan con sus pares, promoviendo actitudes sexistas y dificultando la construcción de relaciones basadas en el respeto y la igualdad. (134)

La desinformación sexual también puede tener repercusiones en la salud mental de los adolescentes. La falta de comprensión sobre la sexualidad y las relaciones puede generar ansiedad, inseguridad y baja autoestima, lo que a su vez afecta su capacidad para interactuar socialmente y establecer relaciones significativas.

La desinformación sexual deriva en consecuencias graves: aumentan los embarazos adolescentes no planificados, la propagación de ITS, los problemas de salud mental (ansiedad, depresión) y el deterioro de las relaciones interpersonales. Estas repercusiones trascienden el ámbito individual, generando costos sociales y económicos que perpetúan ciclos de vulnerabilidad. Por tanto, abordar las consecuencias requiere tantas respuestas sanitarias oportunas como estrategias de prevención basadas en evidencia. En el siguiente capítulo, se analizará el abordaje de los factores socioculturales en la educación sexual.

CAPÍTULO IV: ESTRATEGIAS Y EXPERIENCIAS DE DESMITIFICACIÓN SOBRE REPRODUCCIÓN SEXUAL EN ADOLESCENTES LATINOAMERICANOS

La educación sexual es una herramienta fundamental para combatir los mitos y la desinformación sobre la reproducción sexual. Sin embargo, para que sea efectiva, debe estar basada en evidencia científica y ser culturalmente sensible, es decir, debe considerar los factores socioculturales que influyen en las percepciones y comportamientos de los adolescentes. Este capítulo explora la importancia de una educación sexual integral, los programas existentes en Latinoamérica, el rol de los educadores y profesionales de la salud, y las experiencias exitosas en la región.

4.1. IMPORTANCIA DE UNA EDUCACIÓN SEXUAL BASADA EN EVIDENCIA CIENTÍFICA

La educación sexual integral, un proceso basado en el currículo de enseñanza y aprendizaje sobre los aspectos cognitivos, emocionales, físicos y sociales de la sexualidad, que permite a las y los jóvenes proteger y defender su salud, bienestar y dignidad proporcionándoles un necesario conjunto de herramientas de conocimientos, actitudes y habilidades. Los equipa con información precisa sobre el desarrollo humano, la sexualidad, la reproducción y las relaciones saludables que se adapta a la edad y la cultura particular. Es una condición previa para el ejercicio de la plena autonomía corporal y la toma de decisiones informadas sobre la salud y los derechos sexuales y reproductivos. Se basa en y promueve la comprensión de los derechos humanos universales, la igualdad de género y los derechos y el empoderamiento de los jóvenes.

Es vital para promover los resultados en materia de salud y la igualdad de género. Sin embargo, las investigaciones demuestran que una infinidad de jóvenes todavía hacen la transición de la infancia a la edad adulta con información inexacta o incompleta sobre la salud sexual y reproductiva, lo que los hace vulnerables a la coacción, las infecciones de transmisión sexual y los embarazos no planificados.

De acuerdo con las *Orientaciones técnicas internacionales sobre educación en sexualidad* de las Naciones Unidas, la educación sexual integral debe ser:

- Científicamente precisa
- Gradual
- Adecuada a la edad y el desarrollo
- Basada en el plan de estudios
- Integral
- Con un enfoque de derechos humanos
- Con base en la igualdad de género
- Culturalmente pertinente y adecuada al contexto
- Transformadora
- Capaz de ayudar a desarrollar las habilidades para la vida necesarias para apoyar elecciones saludables. (135)

4.2. PROGRAMAS DE EDUCACIÓN SEXUAL EN LATINOAMÉRICA

El reporte de la UNESCO, afirma que los programas de educación sexual con base en currículo mejoran las actitudes en relación con la salud sexual y reproductiva, y «un mayor conocimiento acerca de diferentes aspectos de la sexualidad, los comportamientos y los riesgos del embarazo o del VIH y otras ITS». Otros beneficios incluyen iniciación demorada de las relaciones sexuales, menor frecuencia en las relaciones sexuales, menor cantidad de parejas sexuales, menos comportamientos de riesgo, mayor uso de condones y de anticonceptivos.

En casi todos los programas EIS, desarrollados por la UNESCO, demuestran un incremento en el conocimiento acerca de los diferentes aspectos de la sexualidad y sus riesgos. En aquellos que se enfocan en la postergación de la actividad sexual no son capaces de lograr su objetivo. Según el reporte «se ha demostrado que los programas que promueven exclusivamente la abstinencia no son eficaces en demorar la iniciación sexual, reducir la frecuencia de las relaciones sexuales o reducir el número de parejas sexuales». A diferencia de los programas mixtos que se enfocan en la abstinencia, pero hablan del uso del condón y anticonceptivos que sí son eficaces.

Así mismo la UNESCO concluye: que para crear una educación integral en sexualidad se necesita empezar por:

1. Involucrar a expertos en sexualidad humana, cambio de conductas y teoría pedagógica relacionada.
2. Involucrar a adolescentes, padres, madres y miembros de la familia y otras partes interesadas de la comunidad.
3. Evaluar las necesidades y conductas sociales y de SSR de los niños y jóvenes a quienes están dirigidos estos programas, con base en sus capacidades evolutivas.
4. Evaluar los recursos (humanos, de tiempo y financieros) disponibles para desarrollar e implementar currículos.

El desarrollo de contenidos debe:

1. Centrarse en objetivos, resultados y aprendizajes clave claros, para determinar el contenido, el enfoque y las actividades.
2. Cubrir temas en una secuencia lógica.
3. Diseñar actividades que estén orientadas al contexto y promuevan la reflexión crítica.
4. Abordar habilidades de consentimiento y para la vida.
5. Proporcionar información científicamente correcta acerca del VIH y otras ITS, la prevención del embarazo, el embarazo precoz y no planificado y la eficacia y disponibilidad de diferentes métodos de protección.
6. Examinar cómo las experiencias biológicas, las normas culturales y de género afectan la manera en que niños y jóvenes experimentan y exploran su sexualidad y su SSR en general.
7. Abordar los riesgos específicos y factores de protección que afectan determinadas conductas sexuales.
8. Abordar cómo manejar determinadas situaciones que podrían llevar a la infección por el VIH, otras ITS, las relaciones sexuales no deseadas o sin protección o la violencia.
9. Examinar actitudes individuales y normas del grupo de pares en relación con los condones y la gama completa de anticonceptivos.

10. Proporcionar información acerca de cuáles servicios están disponibles para abordar las necesidades de salud de niños y jóvenes, especialmente sus necesidades de SSR. (150)

En América Latina y el Caribe, los ministros de salud y educación se comprometieron en el 2008 a implementar «las estrategias multisectoriales de la EIS y la promoción de la salud sexual, incluida la prevención del VIH y otras ITS». Aun así, a más de 10 años, México ocupa el primer lugar en embarazos adolescentes.

La iniciativa “Mira Que Te Miro” que monitorea el avance del cumplimiento de este compromiso, demuestra que México cumple en un 70 % en lo que se refiere al marco legal, político y pragmático, pero no mide su implementación. La iniciativa destaca que el país tiene grandes desafíos pendientes en educación integral en sexualidad, rendición de cuentas y atención especializada a víctimas de violencia de género. En la rendición de cuentas, por ejemplo, México no cuenta con algún «mecanismo específico de rendición de cuentas». (136)

En Guatemala la educación en sexualidad inicio a través de estrategias para informar y sensibilizar acerca de los temas de prevención de ITS, VIH y sida. En el 2008, en la primera reunión de ministros de Educación y Salud de América Latina y el Caribe bajo el lema “Prevenir con educación”, Guatemala asumió el compromiso de implementar programas de educación integral en sexualidad y afectividad en el sistema escolar. Guatemala cuenta con uno de los porcentajes más altos de embarazo adolescente en América Latina.

En el año 2021, se aprobó el Acuerdo Gubernativo 149-2021: Política de Protección de la Vida e Institucionalización de la Familia 2021-2032, cuyo ente rector es el Ministerio de Educación, la cual plantea que la educación sexual debe ser responsabilidad de los padres y desarrollarse en el contexto familiar. La aprobación de esta política gubernamental ha limitado la implementación de los programas de educación integral en sexualidad (EIS) en el ámbito escolar. Actualmente no existe un programa oficial en educación sexual en los centros educativos. (137)

En el Salvador se han realizado varios esfuerzos para la integración de la educación sexual, sin embargo, actualmente no existe un programa específico en educación sexual en ámbito escolar. En los años 1987-1988 con el proyecto “Educación Extraescolar en Materia de Población” fueron

elaboradas cuatro guías didácticas de Educación en Población: “Vida Familiar”, “Maternidad y Paternidad Responsable”, “Procreación Responsable” y “Sexualidad y Juventud”. En el período 2001-2019 en el marco del Plan Nacional de Educación 2021 se desarrolló el Programa de Educación para la Vida el cual incluyó temáticas relacionadas a la Educación Integral en Sexualidad (EIS). El Ministerio de Educación, Ciencia y Tecnología ha desarrollado una propuesta curricular de EIS, Fundamentos de la Educación Integral de la Sexualidad en el currículo de El Salvador, en los diferentes niveles educativos desde Educación Inicial y Parvulario hasta Educación Media. A nivel gubernamental se evidencia la disposición a introducir y mejorar los derechos y la educación sexual y salud reproductiva por medio de varias políticas y leyes, como la Política Crecer Juntos 2020-2030 y la Ley Crecer Juntos para la Protección Integral de la Primera Infancia, Niñez y Adolescencia y la Estrategia Nacional de Prevención del embarazo en niñas y adolescentes 2017-2027. (138)

Como se ha mostrado, en América Latina, se implementan múltiples iniciativas de educación sexual; a continuación, se presenta un resumen de los principales programas:

Colombia

- **1993:** La Resolución 03353 del 2 de julio de 1993, emitida por el Ministerio de Educación Nacional (MEN), que institucionaliza la educación sexual obligatoria desde preescolar hasta media vocacional y crea el primer Plan Nacional para la Educación Sexual (PNES).
- **2006-2007:** Programa Nacional de Educación para la Sexualidad y Construcción de Ciudadanía (PESCC), estructurado en “hilos conductores” que articulan componentes, funciones y contextos de la sexualidad.
- **2017:** Programa de Educación Socioemocional “Paso a Paso” (Banco Mundial), para competencias socioemocionales en grados 8° a 11°.

Chile

- **1967:** Programa Vida Familiar y Educación Sexual, primer gran esfuerzo público bajo el gobierno de Eduardo Frei.
- **1991:** Documento Hacia una política de educación sexual para el mejoramiento de la calidad de la educación (Mineduc).
- **1996:** Jornadas de Conversación sobre Afectividad y Sexualidad (JOCAS), financiadas por UNFPA.
- **2005:** Plan de Educación en Afectividad y Sexualidad con enfoque en derechos humanos.
- **2007:** Educación sexual de niños, niñas y jóvenes con discapacidad intelectual (Mineduc).
- **2016-2018:** Orientaciones en sexualidad, afectividad y género; guías sobre maltrato/acoso y derechos LGBTI.

México

- **1974:** Reforma curricular de primaria para incluir educación sexual en libros de ciencias naturales.
- **2006:** Libro de biología de 1° secundaria con temas de placer, abuso sexual y diversidad.
- **2011:** Perspectiva de género en Educación Preescolar.
- **2014:** Ley General de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes (Art. 58), que promueve la Educación Integral de la Sexualidad.
- **2016-2018:** Cartilla de Derechos Sexuales; Foro “Género, sexualidad y discapacidad” en Ciudad de México.

Uruguay

- **1996-2005:** Programas de Atención Integral a la Mujer y Maternidad y Paternidad Elegida; creación del Programa de Educación Sexual en el sistema formal.
- **2001:** Programa de Salud Integral de la Mujer.

- **2003:** Capacitaciones en SSR para equipos de salud (Programa Infancia, Adolescencia y Familia en Riesgo, BID).
- **2005:** Comisión de Educación Sexual de ANEP y Programa de Educación Sexual en liceos.
- **2007:** Primer Plan Nacional de Igualdad de Oportunidades y Derechos.
- **2012-2014:** Material “Es parte de la vida” y “Está bueno Conversar”; Posgrado en Educación Sexual para Docentes.
- **2017:** Guía “Eligiendo Nos” y evaluación participativa ANEP-UNFPA. (54)

Costa Rica

- **2025:** Nuevo Programa de Estudio de Educación para la Paz y la Convivencia que reemplaza materiales eróticos por prevención de embarazos adolescentes, ITS, consentimiento y respeto afectivo.
- **2019:** Cuadernillo de Educación Sexual Integral para Secundaria, con orientaciones y actividades para docentes.
- **2018:** Circular DM-001-01-2018: lineamientos para “Educación para la Afectividad y Sexualidad Integral” en todos los niveles.
- **2012:** Guía La educación sexual de la primera infancia para madres, padres y profesorado. (55)

Guatemala

- **2018:** Programa Nacional de Educación Sexual Integral (ESI), lineamientos curriculares graduales e integrales (MINEDUC). (139)

Honduras

- **2010-presente:** “Atrévete” en Gracias, Lempira: liderazgo juvenil y reducción de embarazos adolescentes, expandido a Olancho y Choluteca. (57)
- **2017:** Escuela para Padres y Madres de Familia (Asociación GOJOVEN): talleres para prevenir embarazos, acoso y violencia sexual. (140)

Panamá

- **1995-actualidad:** Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes (PNSIA) y Servicios de Salud Amigables (MINSA/CSS), con consejería y métodos anticonceptivos (UNFPA desde 2002). (59)
- **2022:** Ley 302, Programa de Formación en Educación en Sexualidad y Afectividad (40 horas mínimas en básica y media).
- **2021:** Guías de Educación en Sexualidad y Afectividad para docentes, estudiantes y padres (MINEDUCA).
- **2024:** Programa de Salud Sexual y Reproductiva (MINSA): promoción y vigilancia de derechos SSR. (141)

Nicaragua

- **2008:** Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (ENSSR): educación sexual universal y culturalmente apropiada.
- **2018-2021:** Programa Nacional de Desarrollo Humano con acceso a SSR integral.
- **2022-2026:** Plan Nacional de Lucha contra la Pobreza y Desarrollo Humano, “Escuelas de Valores para Adolescentes”. (142)

Cuba

- **2011 / 2021: Programa de Educación de la Sexualidad con Enfoque de Género y Derechos Sexuales.** Creado por la Resolución 16/2011 y actualizado por la Resolución 16/2021, articula estrategias de CSE en todos los niveles del sistema educativo. (143)

El Salvador

- **2016: Formación docente en Educación Integral en Sexualidad.** En el Centro Escolar “Ignacio Ellacuría” (La Libertad, El Salvador), los docentes participaron en un curso de 124 horas sobre Educación Integral en Sexualidad, asesorado

por un técnico del Ministerio de Educación con financiamiento de la Unión Europea y ejecutado por ONGs.

- **2015-hoy: Día Nacional de la Educación Integral en Sexualidad.**

La Asamblea Legislativa salvadoreña aprobó con carácter oficial que cada 19 de agosto se conmemore el Día Nacional de la Educación Integral en Sexualidad, reconociendo su importancia en la agenda educativa.

- **2017: Estrategia Nacional Intersectorial de Prevención del Embarazo en Niñas y Adolescentes.**

Dentro del Plan Estratégico 2016-2019, se establece como actividad clave “establecer alianzas con el Ministerio de Educación impulsando la incorporación en el currículo escolar (nivel inicial, básico y medio) de contenidos con enfoque de género y derechos sexuales y reproductivos” (MINSAL, 2016, p. 53).

- **Guías metodológicas MINED para docentes:**

El Ministerio de Educación ha puesto a disposición en su sitio web guías segmentadas por edad y grado para la formación de docentes en educación en sexualidad, garantizando un soporte pedagógico actualizado.

Reconocimiento legal y de derechos

- **Declaración Ministerial “Prevenir con Educación” (2008):**

El Salvador fue firmante y se comprometió a promover la EIS en todos los niveles escolares.

- **Ley General de Juventud (2012):**

Reconoce el **derecho a recibir Educación Integral en Sexualidad** y encarga al Estado formular políticas y acciones en este ámbito. (144)

4.3. ROL DE LOS EDUCADORES Y PROFESIONALES DE LA SALUD

Los educadores y profesionales de la salud actúan como pilares tanto en la educación como en la socialización de niños, niñas y jóvenes, ejerciendo una influencia que va mucho más allá de los meros aprendizajes académicos. Deben poseer competencias en actitudes (mentalidad abierta, respeto, compromiso), habilidades (creación de entornos seguros e inclusivos, comunicación interactiva, reflexión sobre valores) y conocimientos (temas de sexualidad, métodos pedagógicos, promoción de la salud) para impartir una educación sexual integral, basada en evidencia científica y culturalmente sensible. Además, son capaces de adaptar contenidos a las diversas necesidades

socioculturales del alumnado (edad, desarrollo, origen cultural o religioso), reflexionar sobre sus propios sesgos, y fomentar el uso crítico de fuentes de información. Para ello, la formación continua y la existencia de estructuras de apoyo institucional (políticas, recursos, colaboraciones intersectoriales) resultan esenciales.

- Los educadores y profesionales de la salud son reconocidos como “otro pilar fundamental en el desarrollo de niños, niñas y adolescentes (socialización)” y actúan como “fuente fiable y valiosa para su educación en los ámbitos de la salud y los derechos sexuales y reproductivos, la sexualidad y las relaciones”.
- Su influencia trasciende los resultados académicos, pues acompañan al alumnado a “hacer elecciones que aumentan su calidad de vida y contribuyen a una sociedad solidaria y justa”.
- Además de docentes, incluyen “personal sanitario escolar, monitores juveniles, cuidadores, personal de centros sanitarios, orientadores y profesionales de educación infantil” como educadores sexuales en diversos contextos.

Competencias esenciales

Actitudes

- **Compromiso** con la educación sexual integral y holística.
- **Respeto** por la integridad de cada persona y conocimiento de los límites personales.
- **Mentalidad abierta** y disposición a “reflexionar sobre sus propias experiencias y actitudes en relación con la sexualidad y las relaciones”.

Habilidades

- Crear y mantener un entorno de aprendizaje seguro, inclusivo y constructivo.
- Utilizar enfoques de enseñanza interactivos y participativos.
- Comunicación eficaz adaptada al contexto y a la diversidad del alumnado.
- Moderar debates sobre temas sensibles, “mantener un diálogo abierto y reconciliar diferentes puntos de vista en un entorno seguro”.

Conocimientos

- Dominio de temas relevantes de salud sexual y reproductiva (biológicos, emocionales, sociales).
- Comprensión de principios de promoción de la salud y fundamentos psicológicos.
- Manejo de métodos pedagógicos y de los diferentes enfoques de educación sexual.
- Capacidad de “ayudar a los niños, niñas y jóvenes a seleccionar y procesar la ingente cantidad de información, poniendo el contenido en su debido contexto y diferenciando entre información fiable y engañosa”.

Adaptación a factores socioculturales

- Las aulas son cada vez más multiculturales; los educadores deben estar “preparados para reaccionar de forma flexible a las diversas necesidades del alumnado, ser sensibles a las diferencias de género y a la diversidad cultural y religiosa”.
- Deben adaptar el contenido según orígenes, nivel de conocimiento y contextos específicos, por ejemplo, atender a jóvenes de origen inmigrante con menor acceso previo a información sexual.
- Tienen la responsabilidad de explorar y reconciliar tabúes culturales y valores contrapuestos, abordando críticas o limitaciones (“políticas restrictivas o inquietudes de familias u otros miembros de la comunidad”) de forma constructiva.

Formación continua y reflexión crítica

- La formación inicial y el desarrollo profesional continuo son determinantes para adquirir y mantener estas competencias.
- Los educadores deben “reflexionar sobre sus propias contribuciones, experiencias y sesgos culturales” y profundizar en “aspectos socioculturales de la sexualidad” (imagen corporal, tradiciones, factores de riesgo asociados a ciertos grupos).

- La formación sirve para legitimar el enfoque holístico e integral de la educación sexual y generar confianza en el profesorado para tratar temas delicados con seguridad y sin prejuicios.

Colaboración interdisciplinaria e institucional

- Necesitan un entorno propicio;
- Políticas y legislación que integren la educación sexual en el currículo;
- Valoración social de la educación sexual por parte de colegas, familias y comunidad;
- Servicios de salud y asesoramiento que faciliten la intervención y el derivar casos complejos;
- Apoyo de la dirección institucional para afrontar oposiciones y generar recursos adecuados.
- La colaboración con profesionales externos (médicos, psicólogos, ONG) enriquece los programas y ofrece referentes adicionales al alumnado.
- Deben abogar por la inclusión de la educación sexual basada en evidencia en políticas públicas y en el diseño de currículos sensibles al contexto sociocultural. (149)

4.4. EXPERIENCIAS DE ABORDAR LOS FACTORES SOCIOCULTURALES EN LA EDUCACIÓN SEXUAL EN PAÍSES LATINOAMERICANOS

Abordar los factores socioculturales en la educación sexual es trascendental para crear un entorno seguro y respetuoso donde los adolescentes puedan desarrollar su sexualidad de manera saludable. Esto implica reconocer que las normas, valores y creencias culturales influyen en las decisiones y comportamientos sexuales, y que una educación sexual integral debe tomar en cuenta esta influencia.

Existen pruebas significativas del impacto de la educación en sexualidad sobre el comportamiento sexual y la salud. Los datos ponen de relieve que:

- La educación en sexualidad tiene efectos positivos, entre ellos un aumento del conocimiento de los jóvenes y una mejora de su actitud en lo que respecta a la salud y los comportamientos sexuales y reproductivos.
- La educación en sexualidad, tanto en la escuela como fuera de ella, no aumenta la actividad sexual, el comportamiento sexual de riesgo o los índices de ITS y VIH.
- Se ha demostrado que los programas que promueven únicamente la abstinencia no tienen ningún efecto en el retraso de la iniciación sexual ni en la reducción de la frecuencia de las relaciones sexuales o el número de parejas sexuales, mientras que los programas que combinan el retraso de la actividad sexual con el uso de preservativos u otros métodos anticonceptivos resultan eficaces.
- Los programas “centrados en el género” tienen una eficacia considerablemente superior a la de los programas que no integran consideraciones de género a la hora de alcanzar resultados en materia de salud como la reducción de los índices de embarazo no deseados o de ITS.
- La educación en sexualidad logra mejores resultados cuando los programas escolares se complementan con la participación de padres y docentes, de los institutos pedagógicos y los servicios de salud pensados para los jóvenes.

Los países reconocen cada vez más la importancia de dotar a los jóvenes de los conocimientos y las habilidades que necesitan para tomar decisiones responsables con sus vidas. La educación integral en sexualidad, empodera a los jóvenes al mejorar sus capacidades de análisis, de comunicación y otras capacidades útiles para la vida con miras a garantizar la salud y el bienestar en términos de sexualidad, derechos humanos, valores, relaciones sanas y respetuosas, normas culturales y sociales, igualdad de sexos, no discriminación, conducta sexual, violencia y violencia de género, consentimiento, abuso sexual y prácticas negativas. (146)

A continuación, se presentan ejemplos de cómo los proyectos mencionados anteriormente que incorporan los factores socioculturales en la educación sexual de los adolescentes:

- **Chile – Plan de Educación en Sexualidad y Afectividad (2005–2010)**

Objetivos: Promover una educación sexual integral basada en derechos humanos, igualdad de género y respeto a la diversidad, abordando la sexualidad desde una perspectiva afectiva y valórica.

Actividades: Implementación de contenidos transversales en el currículo escolar, formación docente y desarrollo de materiales educativos que abordan la sexualidad más allá de la reproducción, incluyendo aspectos emocionales y sociales.

Resultados: Mayor comprensión entre los adolescentes sobre la sexualidad como una dimensión integral del ser humano, fortalecimiento de habilidades para establecer relaciones saludables y reducción de mitos relacionados con la reproducción.

- **México – Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes (2014)**

Objetivos: Garantizar el derecho de niñas, niños y adolescentes a una educación sexual integral adecuada a su edad y desarrollo, promoviendo el respeto, la diversidad y la igualdad de género.

Actividades: Establecimiento de políticas públicas que integran la educación sexual en los programas escolares, capacitación docente y campañas de sensibilización para padres y comunidades.

Resultados: Avances en la implementación de programas de educación sexual que abordan la sexualidad desde una perspectiva de derechos, contribuyendo a la desmitificación de la reproducción como único fin de la sexualidad.

- **Uruguay – “Es parte de la vida” (2012)**

Objetivos: Ofrecer herramientas para abordar la educación sexual en contextos de inclusión, especialmente para personas con discapacidad, destacando la sexualidad como parte integral de la vida humana.

Actividades: Elaboración de materiales de apoyo para familias y educadores, realización de talleres participativos y promoción de espacios de diálogo sobre sexualidad y discapacidad.

Resultados: Mejora en la comprensión de la sexualidad como una dimensión que trasciende la reproducción, fortalecimiento de la autoestima y autonomía en adolescentes con discapacidad.

- **Chile – Jornadas de Conversación sobre Afectividad y Sexualidad (JOCAS, 1996)**

Objetivos: Fomentar el diálogo entre la comunidad educativa sobre temas de afectividad y sexualidad, promoviendo una comprensión integral de la sexualidad.

Actividades: Capacitación de equipos docentes, realización de jornadas participativas en liceos y desarrollo de materiales educativos que abordan la sexualidad desde múltiples dimensiones.

Resultados: Fortalecimiento de la comunicación entre estudiantes, docentes y familias, contribuyendo a la desmitificación de la reproducción como único aspecto de la sexualidad. (146)

- **México – Foro “Género, Sexualidad y Discapacidad” (2017)**

Objetivos: Crear un espacio de consulta y compromiso entre múltiples actores para abordar la educación sexual desde una perspectiva inclusiva y de derechos.

Actividades: Organización de un foro nacional con la participación de instituciones gubernamentales, organizaciones de la sociedad civil y personas con discapacidad para discutir políticas y prácticas educativas.

Resultados: Elaboración de recomendaciones para la implementación de programas de educación sexual inclusivos, promoviendo una visión de la sexualidad que trasciende la reproducción y considera la diversidad funcional.

- **Uruguay – Evaluación Participativa ANEP-UNFPA (2017)**

Objetivos: Evaluar la implementación de la educación sexual en el sistema educativo, involucrando a docentes, autoridades y jóvenes en el proceso.

Actividades: Realización de evaluaciones participativas, talleres y encuestas para recoger percepciones y experiencias sobre la educación sexual en las escuelas.

Resultados: Identificación de fortalezas y áreas de mejora en los programas educativos, destacando la necesidad de abordar la sexualidad desde una perspectiva integral y desmitificadora de la reproducción.

- **El Salvador – Talleres de Formación Docente (2016)**

Objetivos: Capacitar a docentes en educación integral de la sexualidad, promoviendo el diálogo sobre creencias y normas sociales.

Actividades: Impartición de talleres de 124 horas que combinan capacitación técnica y espacios de reflexión sobre valores y prácticas culturales relacionadas con la sexualidad.

Resultados: Mejora en las competencias docentes para abordar la sexualidad en el aula, contribuyendo a la desmitificación de la reproducción y al fomento de una educación sexual más abierta y contextualizada. (150)

Las buenas prácticas en educación sexual integral deben ser basadas en evidencia científica y culturalmente sensibles, incorporando la realidad de los adolescentes y su contexto sociocultural. Programas exitosos combinan información clara sobre anatomía y métodos anticonceptivos, con espacios de reflexión crítica sobre roles de género, creencias religiosas y presiones sociales. El protagonismo del joven a través de metodologías participativas y la articulación con padres, docentes y comunidad fortifican el impacto de estas iniciativas. La capacitación de profesionales y el uso estratégico de medios digitales resultan esenciales para garantizar que la información veraz alcance a los jóvenes, mejorando así la salud sexual y reproductiva de la población adolescente.

CONCLUSIONES

De acuerdo a los resultados de la revisión documental para esta monografía, factores socioculturales asociados a los mitos sobre la reproducción sexual en adolescentes de la región latinoamericana se puede declarar que se logró:

1. Identificar que los mitos más comunes sobre la reproducción sexual entre los adolescentes latinoamericanos giran en torno a creencias erróneas sobre métodos anticonceptivos, la primera relación sexual, la fertilidad, el embarazo e infecciones de transmisión sexual.

2. En relación a los mitos sobre sexualidad, uno de los más comunes es que “los hombres siempre tienen ganas”, lo cual refuerza estereotipos de género y genera presiones en las relaciones sexuales.

3. En cuanto a fecundidad, se destaca el mito “la píldora anticonceptiva perjudica la fertilidad”, una creencia que lleva a la desconfianza en métodos modernos y limita la autonomía reproductiva.

4. Respecto a la gestación, el mito más común es “durante el embarazo hay que comer por dos”, lo que contribuye a prácticas alimenticias poco saludables y riesgos para la salud materno infantil.

5. En relación a anticoncepción, sobresale el mito “los anticonceptivos hormonales provocan aumento de peso”, lo que incide directamente en la resistencia al inicio de su uso, especialmente en adolescentes mujeres.

6. En el ámbito de las infecciones de transmisión sexual (ITS), el mito más frecuente es “los anticonceptivos hormonales protegen contra las ITS”, lo cual refleja una confusión entre métodos anticonceptivos y métodos de barrera, y se traduce en un uso inconsistente del condón.

7. Los factores socioculturales, que más se identificaron son, las creencias religiosas, las normas sociales, la influencia de la familia y el limitado acceso a educación sexual los cuales desempeñan un papel fundamental en la propagación de mitos sobre la reproducción sexual.

8. La desinformación sexual derivada de los mitos sobre la reproducción tiene consecuencias significativas, entre los efectos más comunes, se encuentran embarazos no planificados, infecciones de transmisión sexual, ansiedad, culpa y toma de decisiones poco

informadas sobre su sexualidad, lo que podría afectar la salud física, emocional y social de los y las adolescentes.

9. De las estrategias y experiencias de desmitificación sobre la reproducción sexual en adolescentes latinoamericanos, que han mostrado resultados positivos, son las que se han ejecutado con enfoques participativos, interculturales y con perspectiva de género, desde escuelas, organizaciones comunitarias y medios de comunicación que han demostrado que, al promover el pensamiento crítico y el acceso a información científica, es posible reducir significativamente la influencia de los mitos.

RECOMENDACIONES

Para contrarrestar la desinformación sexual y disminuir la prevalencia de mitos sobre la reproducción en adolescentes, es fundamental implementar estrategias integrales que involucren distintos actores sociales y se adapten a las realidades culturales de cada comunidad. En este sentido, se proponen las siguientes recomendaciones:

1. Implementar programas de educación integral en sexualidad con adolescentes en centros educativos (escuelas, colegios, institutos, entre otros), adaptados al contexto sociocultural local y con contenido actualizado sobre mitos y realidades de la reproducción.

2. Capacitar en educación integral en sexualidad a docentes, profesionales de la salud y líderes comunitarios con metodologías participativas y también el manejo de creencias culturales relacionadas con la sexualidad.

3. Evaluar periódicamente el impacto de las intervenciones a través de encuestas y estudios de seguimiento, ajustando contenidos y estrategias de acuerdo con los hallazgos.

4. Involucrar a padres, tutores y líderes comunitarios en el proceso educativo. Se recomienda organizar talleres y foros en los que se aborden, de forma conjunta, las creencias erróneas y se promueva el intercambio de experiencias.

5. Creación de contenidos atractivos (videos, infografías, testimonios de expertos) en plataformas como Tik Tok, Instagram y Facebook, ayudará a alcanzar a un público amplio y a contrarrestar la desinformación que circula en internet.

6. Es fundamental que los materiales didácticos sean diseñados o adaptados para reflejar las realidades culturales y lingüísticas de cada comunidad. Esto implica el uso de ejemplos locales, lenguaje accesible y la integración de tradiciones y costumbres propias, lo que favorecerá

una mayor asimilación de los contenidos y facilitará el diálogo entre los adolescentes y sus educadores.

7. Se recomienda que los gobiernos implementen políticas que aseguren el acceso universal a servicios de salud sexual y reproductiva, incluyendo la provisión de anticonceptivos y pruebas de detección de ITS. Estas políticas deben ir acompañadas de campañas de sensibilización que promuevan la importancia de la educación sexual integral como herramienta para el bienestar de los jóvenes.

8. Promover la realización de estudios que profundicen en la identificación de mitos y en la evaluación del impacto de la desinformación en la salud de los adolescentes.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Organización Panamericana de la Salud. Salud sexual y reproductiva [Internet]. [citado 2025 sep 20]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/salud-sexual-reproductiva>
2. Junta de Castilla y León. Mitos en torno a la sexualidad [Internet]. Portal de Salud de Castilla y León. [citado 2025 sep 20]. Disponible en: <https://www.saludcastillayleon.es/ventanafamilias/es/adolescencia/sexualidad/mitos-torno-sexualidad>
3. Juárez-Rodríguez MR, Cerda-Hernández CA. Factores socioculturales que limitan la educación sexual en adolescentes. Rev Int Contam Ambient. 2017;33(4):705–10. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0188-62662017000400052
4. UNICEF. ¿Qué es la adolescencia? [Internet]. UNICEF Uruguay. [citado 2025 sep 20]. Disponible en: <https://www.unicef.org/uruguay/crianza/adolescencia/que-es-la-adolescencia>
5. Organización Mundial de la Salud. ¿Qué es la educación sexual integral? [Internet]. [citado 2025 sep 20]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/questions-and-answers/item/comprehensive-sexuality-education>
6. Mujeres en Frecuencia. La desinformación en sexualidad: un desafío creciente entre los jóvenes en la era digital [Internet]. 2024 dic 5 [citado 2025 sep 20]. Disponible en: <https://mujeresenfrecuencia.org/la-desinformacion-en-sexualidad-un-desafio-creciente-entre-los-jovenes-en-la-era-digital>
7. Planned Parenthood. ¿Qué son los estereotipos de rol de género? [Internet]. [citado 2025 sep 20]. Disponible en: <https://www.plannedparenthood.org/es/temas-de-salud/identidad-de-genero/sexo-e-identidad-de-genero/que-son-los-estereotipos-de-rol-de-genero>
8. MedlinePlus. Infecciones de transmisión sexual (ITS) [Internet]. Biblioteca Nacional de Medicina de EE. UU. [citado 2025 sep 20]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/sexuallytransmittedinfections.html>
9. Instituto Nacional del Cáncer. Cultura (definición) [Internet]. Diccionario de cáncer. [citado 2025 sep 20]. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario-cancer/def/cultura>

10. Secretaría de Bienestar. Empoderamiento [Internet]. Gobierno de México. [citado 2025 sep 20]. Disponible en: <https://www.bienestar.gob.mx/sibien/index.php/desarrollo/18-desarrollo/18-empoderamiento>
11. Office on Women's Health. Métodos anticonceptivos [Internet]. Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. [citado 2025 sep 20]. Disponible en: <https://espanol.womenshealth.gov/a-z-topics/birth-control-methods>
12. Martínez A. 9 mitos sobre la sexualidad [Internet]. Avance Psicólogos. 2023 oct 24 [citado 2025 sep 20]. Disponible en: <https://www.avancepsicologos.com/9-mitos-sobre-la-sexualidad/>
13. Bértolo L, et al. Mitos y conocimientos sobre salud sexual en jóvenes. Rev Salud Soc. 2022;10(2):45–60. Disponible en: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2022/09/1392373/5.pdf>
14. Fernández MI, Gálvez G, Ibáñez R. Conductas sexuales en adolescentes chilenos. Rev Chil Obstet Ginecol. 2018;83(2):119–26. doi:10.4067/S0717-75262018000200149
15. Instituto de Igualdad de Género de México. Edad promedio de la primera relación sexual por sexo según área de residencia [Internet]. 2021 [citado 2025 sep 20]. Disponible en: <https://www.igualdadgenero.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2021/11/EDAD-PROMEDIO-DE-LA-PRIMERA-RELACION-SEXUAL-POR-SEXO-SEGUN-AREA-DE-RESIDENCIA.pdf>
16. Advocates for Youth. Youth sexual health in Latin America and the Caribbean [Internet]. 2005 [citado 2025 sep 20]. Disponible en: <https://advocatesforyouth.org/wpcontent/uploads/storage/advfy/documents/fssexualhealth.pdf>
17. Gutiérrez J, Nebot M, Pérez J. Resultados El Salvador: Proyecto YOURLIFE [Internet]. Universidad de Navarra; [citado 2025 sep 20]. Disponible en: <https://www.unav.edu/documents/58292/c7125e79-a032-47d4-a69f-83a0d3d37f30>
18. Ramírez Cervantes KL, Uribe Zúñiga P, Gómez Tello BL. Inicio de la vida sexual en adolescentes que acuden a servicios de salud. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2016;54(4):416–23. Disponible en: <https://fi-admin.bvsalud.org/document/view/cjr8m>
19. Arévalo M, et al. Sexual risk among Colombian adolescents: knowledge, attitudes and behaviors. BMC Public Health. 2018;18:6311. doi:10.1186/s12889-018-6311-y

20. Guttmacher Institute. Gender differences in factors influencing first intercourse among urban students in Chile. *Int Fam Plan Perspect.* 1998;24(3):139–44. Disponible en: <https://www.guttmacher.org/journals/ipsrh/1998/09/gender-differences-factors-influencing-first-intercourse-among-urban-students>
21. Ministério da Saúde (Brasil). Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE) [Internet]. 2015 [citado 2025 sep 20]. Disponible en: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/p/pense>
22. Useche B, Quiceno M, Mendoza B, Triana R. Conducta sexual de estudiantes universitarios de la ciudad de Cúcuta. *Inf Psicol.* 2014;14(1):129–41.
23. UNICEF. Primera encuesta sobre gestión menstrual en adolescentes mexicanas [Internet]. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia; 2023 [citado 2025 sep 20]. Disponible en: <https://mexico.un.org/es/203207>
24. Oliveira VC, Gontijo DT, Silva MVA, Moreira MCN. Menstrual hygiene access and practices in Latin America: scoping review. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2023;31:e4029. doi:10.1590/1518-8345.6736.4029
25. mez Zúñiga S, Rivadeneira R. Representaciones sociales sobre el sexo anal en adolescentes y jóvenes: entre el placer, el tabú y la identidad sexual. *Rev Latinoam Sexualidades.* 2021;5(2):45–63. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/8279557.pdf>
26. Carpintero EC, Fuertes EG. Actitudes hacia la masturbación en adolescentes salvadoreños. *Rev Intercont Psicol Educ.* 1994;6(2):37–51.
27. Useche B, Quiceno M, Mendoza B, Triana R. Conducta sexual de estudiantes universitarios de la ciudad de Cúcuta. *Inf Psicol.* 2014;14(1):129–41.
28. Pérez-López A, Martínez L, Rivera M. Erotophilia and erotophobia: Sexual attitudes in Mexican university students. *BMC Public Health.* 2025; Disponible en: <https://bmcpublikealth.biomedcentral.com/>
29. Hegde A, Silva F, Montoya C. Adolescents' sexuality: masturbation and gendered attitudes. *Humanium J.* 2022;
30. Escobar Rendón JA, Gómez Marín I. Influencia de las creencias de género en la trayectoria sexual y reproductiva de las mujeres adolescentes en Colombia. *Rev Psicol.* 2014;26(103):89–105.

31. Fernández MI, Rojas C. Educación sexual y masculinidades en adolescentes chilenos: entre la norma y la resistencia. *Rev Latinoam Sexualidades*. 2019;4(2):21–35.
32. Menéndez M, Necchi S. Masculinidades y sexualidad adolescente en la escuela media argentina. *Estud Sociol*. 2016;34(100):55–72.
33. García P, López R. Creencias culturales sobre la sexualidad en el embarazo: un estudio cualitativo en México. *Rev Mex Salud Publica*. 2022;64(2):123–35.
34. Sánchez L, Rodríguez M. Percepciones sobre relaciones sexuales durante el embarazo en mujeres adolescentes y jóvenes en Bogotá y Santiago. *Salud Soc*. 2020;15(1):45–60.
35. Pereira F, Almeida S. Intimidación, miedo y embarazo: actitudes en mujeres embarazadas en Buenos Aires. *Rev Argent Ginecol Obstet*. 2019;78(3):214–20.
36. López J. Actitudes hacia la sexualidad en jóvenes [Internet]. En: Pinos Abad G, Díaz-Rodríguez M, Trejo Pérez L. Universidad Centroamericana; 2017 [citado 2025 sep 20]. Disponible en: <https://repositorio.uca.edu.ar/bitstream/123456789/17711/1/actitudes-sensualidad-jovenes.pdf>
37. Frederick DA, St. John HK, Garcia JR. Differences in orgasm frequency among heterosexual men and women by race/ethnicity. *J Sex Res*. 2024;
38. Mintz LB. *Becoming Cliterate: Why Orgasm Equality Matters—and How To Get It*. Nueva York: Basic Books; 2020.
39. Página/12. Los mitos que aún mantienen vigencia [Internet]. 2013 sep 3 [citado 2025 sep 20]. Disponible en: <https://www.pagina12.com.ar/diario/sociedad/3-228143-2013-09-03.html>
40. The Guardian. From overly tight underwear to conceiving after 35 – experts bust fertility myths [Internet]. 2025 feb 15 [citado 2025 sep 20]. Disponible en: <https://www.theguardian.com/lifeandstyle/2025/feb/15/common-fertility-myths-busted>
41. dos Santos AA, et al. Contraceptive medicalisation, fear of infertility and teenage pregnancy in Pelotas, Brazil: an ethnographic study. *Reprod Health Matters*. 2012;20(39):87–95.
42. Mena S, Soto P. Barreras para el uso de la píldora en adolescentes: percepciones de personal de salud en comunas vulnerables de Chile. *Rev Chil Salud Publica*. 2018;22(4):310–20.
43. IMIFAP. *Percepciones de adolescentes sobre la fertilidad y anticoncepción*. México: Instituto Mexicano de Investigación de Familia y Población; 2023.

44. Mayo Clinic. Female infertility: overview and causes [Internet]. 2021 [citado 2025 sep 20]. Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/>
45. Silva MV, Santos AL, Ferreira R. Relatos de infertilidad y construcción de identidad de género en Brasil. Cad Saude Publica. 2012;28(11):2079–87.
46. Rodríguez Estevez L. Infertilidad en América Latina: enfoque desde el género y la salud pública. Rev Latinoam Reprod Humana. 2013;32(2):123–30.
47. Organización Panamericana de la Salud (PAHO/OMS). La infertilidad en la Región de las Américas [Internet]. 2023 [citado 2025 sep 20]. Disponible en: <https://www.paho.org/>.
48. Age and Fertility Study Group. Patient awareness of age-related fertility decline: survey results. Fertil Steril. 2015;103(4):930–6.
49. American College of Obstetricians and Gynecologists. Having a baby after age 35: How aging affects fertility and pregnancy [Internet]. [citado 2025 sep 20]. Disponible en: <https://www.acog.org/>
50. CEPAL, UNFPA. Reproducción temprana: Diferencias entre grandes regiones del mundo al inicio y al final de la adolescencia. Santiago: Naciones Unidas; 2017.
51. UNICEF. Statistical snapshot: Adolescent girls in Latin America and the Caribbean. 2023
52. Mayo Clinic. Getting pregnant after a miscarriage: What you need to know [Internet]. [citado 2025 sep 20]. Disponible en: <https://www.mayoclinic.org>
53. World Health Organization (WHO). Adolescent pregnancy: Fact sheet [Internet]. 2024 [citado 2025 sep 20]. Disponible en: <https://www.who.int>
54. Children’s Minnesota. Mitos y leyendas sobre el embarazo [Internet]. [citado 2025 sep 20]. Disponible en: <https://www.childrensmn.org/educationmaterials/parents/article/9508/mitos-y-leyendas-sobre-el-embarazo/>
55. Igenomix. Los mitos más frecuentes del embarazo [Internet]. Nace Igenomix. [citado 2025 sep 20]. Disponible en: <https://nace.igenomix.es/blog/los-mitos-mas-frecuentes-del-embarazo/>
56. UNFPA. Consecuencias socioeconómicas del embarazo en la adolescencia en seis países de América Latina y el Caribe. 2020..
57. Children’s Minnesota. Mitos y leyendas sobre el embarazo [Internet]. [citado 2025 sep 20]. Disponible en: <https://www.childrensmn.org/educationmaterials/parents/article/9508/mitos-y-leyendas-sobre-el-embarazo/>

58. Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). Adolescentes y sexualidad: Mitos y realidades [Internet]. UNFPA Uruguay; 2020 [citado 2025 sep 20]. Disponible en: <https://uruguay.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Adolescentes%20y%20sexualidad.pdf>
59. Rosen AK, et al. A prospective study of fetal heart rate as a predictor of fetal sex. *Obstet Gynecol.* 2006;107(3):607–10. doi:10.1097/01.AOG.0000202396.46874.4b
60. Brunton SR, Cates C. Evaluating common myths in obstetric practice: Fetal heart rate and gender prediction. *J Prenat Med.* 2020;14(1):10–5.
61. Healthline. Gender prediction myths: Are you having a boy or a girl? [Internet]. 2019 [citado 2025 Sep 20]. Disponible en: <https://www.healthline.com/health/pregnancy/old-wives-tales-gender>
62. Inácio P, et al. Dietary knowledge and myths vary by age and years of schooling in pregnant Mexico City residents. *Nutrients.* 2020;12(362). doi:10.3390/nu12020362
63. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social del Paraguay. “Estoy embarazada, tengo que comer por dos”: el mito que induce al exceso de peso. Asunción: MSPBS; 2016.
64. Inácio P, et al. Dietary knowledge and myths vary by age and years of schooling in pregnant Mexico City residents. *Nutrients.* 2020;12(362). <https://doi.org/10.3390/nu12020362>
65. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social del Paraguay. “Estoy embarazada, tengo que comer por dos”: el mito que induce al exceso de peso. Asunción: MSPBS; 2016.
66. Moreno VA, Lucero D, Rodriguez-Cruz N, Lindsay AC. Exploring beliefs, concerns, prenatal care advice, and sources of information about gestational weight gain among immigrant Central American pregnant women in the United States. *Int J Environ Res Public Health.* 2024;21(12):1672. <https://doi.org/10.3390/ijerph21121672>
67. Andújar C, Fiorinelli MA. Antojos: ¿Qué tan reales son? *El Caribe* [Internet]. 2012 Mar 5 [citado 2025 sep 20]. Disponible en: <https://www.elcaribe.com.do>
68. Reproducción Asistida ORG. Antojos no satisfechos y manchas en la piel del bebé [Internet]. 2023 [citado 2025 sep 20]. Disponible en: <https://www.reproduccionasistida.org>
69. Univision. Realidades sobre los antojos en embarazadas [Internet]. 2012 [citado 2025 sep 20]. Disponible en: <https://www.univision.com/estilo-de-vida/madres/realidades-sobre-los-antojos-en-embarazadas>

70. Cabada-Aguirre P, López López AM, Ostos Mendoza KC, Garay Buenrostro KD. Mexican traditional medicines for women's reproductive health. *Sci Rep.* 2023;13(1):8457. <https://doi.org/10.1038/s41598-023-35599-6>
71. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). Reproducción temprana: Diferencias entre grandes regiones del mundo al inicio y al final de la adolescencia. Santiago: Naciones Unidas; 2017.
72. Aguilar Duarte AF. Problemas relacionados en lactantes con el mito de tomar alcohol para mayor producción de leche materna en madres primerizas de Chetumal, Quintana Roo. *Imperium Académico.* 2025;2(3):1–10. <https://doi.org/10.63969/rs05h454>
73. HealthyChildren.org. El alcohol y la leche materna [Internet]. [s. f.] [citado 2025 sep 20]. Disponible en: <https://www.healthychildren.org/Spanish/agesstages/baby/breastfeeding/Paginas/Alcohol-Breast-Milk.aspx>
74. Sánchez L, Rodríguez M. Percepciones sobre relaciones sexuales durante el embarazo en mujeres adolescentes y jóvenes en Bogotá y Santiago. *Salud Soc.* 2020;15(1):45–60.
75. Pereira F, Almeida S. Intimidación, miedo y embarazo: actitudes en mujeres embarazadas en Buenos Aires. *Rev Argent Ginecol Obstet.* 2019;78(3):214–20.
76. Álvarez M. Mitos y prejuicios limitan uso de anticonceptivos en mexicanas [Internet]. Bayer México; 2019 [citado 2025 sep 20]. Disponible en: <https://www.bayer.com/es/mx/mexico-mitos-y-prejuicios-limitan-uso-de-anticonceptivos>
77. Bayer España. Los 8 mitos de la anticoncepción [Internet]. [s. f.] [citado 2025 sep 20]. Disponible en: <https://www.conlamujer.com/blog/mitos-anticoncepcion>.
78. Asociación Latinoamericana de Anticoncepción. Consenso sobre anticoncepción hormonal en adolescentes. 2022.
79. Gómez Luna A, Campos M. Guía de consejería contraceptiva para adolescentes en México: barreras del uso continuado. Universidad Autónoma de México; 2021.
80. Torres D, Pineda L, Valencia A. Desconocimiento y mitos sobre anticoncepción en adolescentes colombianas: un estudio cualitativo. *Rev Colomb Salud Pública.* 2022;18(2):95–104.
81. Reyes F, Oliveira S, Durán P. Mitos comunes sobre anticoncepción entre adolescentes en Perú y Brasil. *Rev Latinoam Educ Sex.* 2023;15(1):12–28.

82. Pradaneviciene A, Norman WV, Walker RW. Contraceptive use in Latin America and the Caribbean: barriers to intrauterine device uptake. *Lancet Glob Health*. 2019;6(8):e851–60.
83. Reyes F, Oliveira S, Durán P. Mitos comunes sobre anticoncepción entre adolescentes en Perú y Brasil. *Rev Latinoam Educ Sex*. 2023;15(1):12–28.
84. Ministerio de Salud de Nicaragua. Estudio sobre preferencias, conocimientos y percepciones en torno a métodos anticonceptivos en adolescentes. Managua: MINSA; 2015. <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2023/01/Estudio-preferencias-percepciones-MAC-adolescentes.pdf>
85. Organización Mundial de la Salud. Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos. 5.^a ed. Ginebra: OMS; 2018. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/260313>.
86. Ministerio de Salud del Perú (MINSA). Boletín de salud reproductiva y uso de métodos anticonceptivos en adolescentes, Perú 2021–2022. Lima: Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública; 2022.
87. Ministerio de Salud del Perú (MINSA). Boletín de salud reproductiva y uso de métodos anticonceptivos en adolescentes, Perú 2021–2022. Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública; 2022.
88. Fonseca Villanea C. Dispositivos intrauterinos en adolescentes: revisión de evidencia sobre infección e infertilidad. *Rev Med Sinergia*. 2017;2(4):7.
89. Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología (FLASOG). Consenso Latinoamericano de Expertos: Anticoncepción en adolescentes. 2022.
90. Contraceptive services for adolescents in Latin America. *Int J Adolesc Med Health*. 2007;19(2):101–10.
91. Jiménez Gutiérrez CA, et al. Contraceptive access experiences and perspectives of Mexican-origin youth in Guanajuato. *Reprod Health*. 2023;20(1):112. <https://doi.org/10.1186/s12978-023-01234-5>
92. Palacios S, et al. Anticonceptivos combinados orales (ACOs). Recomendaciones de la Asociación Latinoamericana de Anticoncepción. 2022.
93. McGill Journal of Medicine. The Effect of Perceived Weight Gain on Hormonal Contraception Use. 2020.
94. Pérez SR. Estudio sobre el efecto del uso de anticonceptivos hormonales en el deseo sexual de las mujeres. *Rev Desexología*. 2020;9(2):1–23. Fondo de Población de las Naciones

- Unidas (UNFPA). (2005). *Salud sexual y reproductiva adolescente en América Latina y el Caribe en el siglo XXI*.
95. Huerta-Villanueva AM, Valerio-Sánchez A, De León-Márquez F. Conocimientos y actitudes sobre anticonceptivos hormonales en adolescentes de secundaria. *Rev Cuidado Salud Pública*. 2021;5(2):101–9. <https://www.cuidadoysaludpublica.org.pe/index.php/cuidadoysaludpublica/article/view/85>
 96. Secretaría de Salud de México. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2018–19: uso de métodos anticonceptivos en adolescentes. México: Secretaría de Salud; 2019.
 97. Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). Partnering with men and boys to improve sexual and reproductive health. Informe técnico No. 3. 2004.
 98. Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). *Salud sexual y reproductiva adolescente en América Latina y el Caribe en el siglo XXI*. 2005.
 99. Cruz Roja Española. Mitos y verdades sobre las infecciones de transmisión sexual (ITS) [Internet]. [s. f.] [citado 2025 sep 20]. Disponible en: <https://www2.cruzroja.es/-/mitos-y-verdades-sobre-las-infecciones-de-transmision-sexual-its>
 100. Organización Mundial de la Salud (OMS). Infecciones de transmisión sexual [Internet]. 2021 [citado 2025 sep 20]. Disponible en: [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-\(stis\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-(stis))
 101. PLOS ONE. Sexually transmissible infections in adolescents in Brazil: Prevalence and coinfection rates. *PLOS ONE*. 2023;18(6):e0287633. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0287633>
 102. Andrade C, et al. Determinantes en la elección de anticonceptivos en adolescentes: eficacia para prevenir embarazo vs ITS en Chile. *Rev Chil Salud Sex Reprod*. 2017;10(2):45–53
 103. UNICEF. América Latina y el Caribe: epidemia silenciosa de ITS en adolescentes [Internet]. 2023 [citado 2025 sep 20]. Disponible en: <https://www.unicef.org>
 104. Gutmacher Institute. Among teenagers treated for chlamydia, two-year reinfection rate nears 20%. *Perspect Sex Reprod Health*. 2001;33(5):224–7.
 105. Aicad Business School. Sociocultural [Internet]. [s. f.] [citado 2025 sep 20]. Disponible en: <https://www.aicad.es/sociocultural>
 106. Mendoza Tercero AJ. Influencia de los estereotipos de género en la identidad de los adolescentes del Instituto Nacional de Tipitapa, turno vespertino, durante el segundo

- semestre del año 2019 [Tesis de licenciatura]. Managua: Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua; 2020. Repositorio UNAN. <https://repositorio.unan.edu.ni/id/eprint/7528/1/18077.pdf>
107. MSD Manuals. Religión y espiritualidad en las personas mayores. MSD Manual Versión para público general [Internet]. [s. f.] [citado 2025 sep 20]. Disponible en: <https://www.msmanuals.com/es/hogar/salud-de-las-personas-de-edad-avanzada/cuestiones-sociales-que-afectan-a-las-personas-mayores/religi%C3%B3n-y-espiritualidad-en-las-personas-mayores>
 108. Morales Alejandro LI. Influencia de la religión en las prácticas sexuales de las personas adolescentes en Puerto Rico. *Voces Desde El Trab Soc.* 2018;6(1):18–43. <https://doi.org/10.31919/voces.v6i1.120>
 109. De la Torre R. La religiosidad popular de América Latina: una bisagra para colocar lived religion en proyectos de descolonización. *Cult Relig.* 2021;15(1):259–78. https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-47272021000100259
 110. BioBioChile. ¿Cómo las creencias religiosas pueden influir en la sexualidad? [Internet]. 2015 nov 10 [citado 2025 sep 20]. Disponible en: <https://www.biobiochile.cl/noticias/2015/11/10/como-las-creencias-religiosas-pueden-influir-en-la-sexualidad.shtml>
 111. Ortiz ME, Croxatto HB, Bardin CW. Mecanismos de acción de los anticonceptivos de emergencia. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 2017;82(4):396–405. https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262017000400396
 112. Sanabria Mazo JP, Jiménez Sierra J, Parra Blandón K, Tordecilla Casallas MA. Influencia de la religión en la toma de decisiones sobre sexualidad en estudiantes católicos practicantes. *Diversitas Perspect Psicol.* 2016;12(2):231–42. <https://doi.org/10.15332/s1794-9998.2016.0002.05>
 113. Saldaña Barros D, Solís Sarmiento J. Función de la escuela y la familia para educar en sexualidad a los niños y niñas en edad escolar [Tesina de licenciatura]. Cuenca: Universidad de Cuenca; 2010. Repositorio Institucional Universidad de Cuenca. <https://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstreams/9347a4e9-38d7-4527-97d2-38496c5936bf/download>

114. Colegio Monte Helena. La influencia de los medios de comunicación en los adolescentes: ¿Cómo me ven los demás? [Internet]. [s. f.] [citado 2025 sep 20]. Disponible en: <https://colegiomontehelenaciclos.edu.co/la-influencia-de-los-medios-de-comunicacion-en-los-adolescentes-como-me-ven-los-demas/>
115. PARESS2030. Mi sexualidad y el impacto de los medios de comunicación [Internet]. [s. f.] [citado 2025 sep 20]. Disponible en: <https://paress2030.org/cursos/eis-exploro-mi-sexualidad/modulos/modulo-5-fortalece-tus-habilidades-para-la-vida/temas/4-mi-sexualidad-y-el-impacto-de-los-medios-de-comunicacion/>
116. Sauret C. Religiosidad y medios masivos. *Comunicación y Sociedad*. 2012;(18):123–50. https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0188-70172012000200007
117. García-Cruz RF, Hernández del Ángel M, López-Pacheco DJ, Pineda Figueroa A. Educación como determinante de salud. *TEPEXI Boletín Científico de la Escuela Superior Tepeji del Río*. 2024;11(22):27–34. <https://doi.org/10.29057/estr.v11i22.12488>
118. UNICEF. Niños sin escolarizar: 1 de cada 5 adolescentes no puede ir al colegio [Internet]. 2015 ene 19 [citado 2025 sep 20]. Disponible en: <https://www.unicef.es/noticia/ninos-sin-escolarizar-1-de-cada-5-adolescentes-no-puede-ir-al-colegio>
119. Govern de les Illes Balears. Ética en las relaciones sexuales. *Salut Sexual* [Internet]. [s. f.] [citado 2025 sep 20]. Disponible en: https://www.caib.es/sites/salutsexual/es/atica_en_las_relaciones_sexuales/
120. Chevez N, Gordillo M, Ordoñez R. Los tabúes y prejuicios de la sexualidad en la población urbana y rural. *Rev CUMBRES*. 2022;8(1):9–20.
121. López N. Siguiendo las huellas de la chola en Bolivia: levantamiento de una cartografía cultural alteña [Tesis doctoral]. Arizona State University; 2019. Recuperado de: <https://es.scribd.com/document/502615875/La-chola-pacena-lopez>
122. Children's Health. Helping teens deal with peer pressure [Internet]. [s. f.] [citado 2025 sep 20]. Disponible en: <https://es.childrens.com/health-wellness/helping-teens-deal-with-peer-pressure>
123. Roca L. La falta de información confiable sobre sexualidad está detrás de los mitos y tabúes. *El País*. 2019 sep 6. Recuperado de: https://elpais.com/elpais/2019/09/06/planeta_futuro/1567779906_700515.html

124. National Institute of Child Health and Human Development. Tipos de infecciones de transmisión sexual (ITS) [Internet]. [s. f.] [citado 2025 sep 20]. Disponible en: <https://espanol.nichd.nih.gov/salud/temas/stds/informacion/tipos>
125. Molina MM, García AR. La influencia de los mitos sobre la sexualidad en la adolescencia. *Rev Cub Salud Publica*. 2019;45(6):1–12. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942019000600954
126. World Health Organization. Salud mental en los adolescentes [Internet]. 2021 oct [citado 2025 sep 20]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/adolescent-mental-health>
127. Ayuda en Acción. Embarazo en la adolescencia: causas, consecuencias y prevención [Internet]. [s. f.] [citado 2025 sep 20]. Disponible en: <https://ayudaenaccion.org/blog/mujer/embarazo-adolescencia/>
128. Organización Mundial de la Salud. Cuatro infecciones de transmisión sexual curables: todo lo que necesita saber [Internet]. [s. f.] [citado 2025 sep 20]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/feature-stories/detail/four-curable-sexually-transmitted-infections---all-you-need-to-know>
129. UNICEF. América Latina y el Caribe: diariamente 30 adolescentes y jóvenes se infectan por primera vez con VIH [Internet]. 2023 dic 1 [citado 2025 sep 20]. Disponible en: <https://www.unicef.org/lac/comunicados-prensa/am%C3%A9rica-latina-y-el-caribe-diariamente-30-adolescentes-y-j%C3%B3venes-se-infectan-por>
130. Zabala Enrique B, Sánchez Bouza N, Duany Badell LE, Omayda Albelo M, Rodríguez Medina JD, Cabada Martínez Y. Conocimientos sobre infecciones de transmisión sexual en adolescentes de Parroquia Naguayá. *La Guaira*. Venezuela, 2021. *Medisur*. 2023;21(5):960–9. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2023000500960
131. Vallejo-Ortega MT, Gaitán Duarte H, Mello MB, Caffè S, Perez F. A systematic review of the prevalence of selected sexually transmitted infections in young people in Latin America. *Rev Panam Salud Publica [Pan Am J Public Health]*. 2022;46:e73. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2022.73>
132. DownCiclopedia. Importancia de las relaciones interpersonales [Internet]. [s. f.] [citado 2025 sep 20]. Disponible en: <https://www.downciclopedia.org/desarrollo-personal/relaciones-interpersonales/875-importancia-de-las-relaciones-interpersonales.html>.

133. Vera Alanís LY, Fernández Fuertes AA. Análisis del conocimiento sobre salud sexual y reproductiva en adolescentes escolarizados de México. *Horizonte Sanitario*. 2021;20(3):305–14. <https://doi.org/10.19136/hs.a20n3.4214>
134. Save the Children España. (Des)información sexual: pornografía y adolescencia [Informe]. Madrid: Save the Children España; 2020 sep 22. Disponible en: <https://www.savethechildren.es/informe-desinformacion-sexual-pornografia-y-adolescencia>
135. Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). Educación sexual integral [Internet]. [s. f.] [citado 2025 sep 20]. Disponible en: <https://www.unfpa.org/es/educaci%C3%B3n-sexual-integral#readmore-expand>
136. Observatorio de Innovación Educativa del Tecnológico de Monterrey. La importancia de la educación sexual [Internet]. [s. f.] [citado 2025 sep 20]. Disponible en: <https://observatorio.tec.mx/la-importancia-de-la-educacion-sexual/#:~:text=El%20reporte%20de%20la%20UNESCO,del%20VIH%20y%20otras%20ITS%C2%BB>
137. UNESCO. Educación integral en sexualidad: Guatemala [Internet]. [s. f.] [citado 2025 sep 20]. Disponible en: <https://education-profiles.org/es/america-latina-y-el-caribe/guatemala/~educacion-integral-en-sexualidad>
138. UNESCO. Educación integral en sexualidad: El Salvador [Internet]. [s. f.] [citado 2025 sep 20]. Disponible en: <https://education-profiles.org/es/america-latina-y-el-caribe/el-salvador/~educacion-integral-en-sexualidad>
139. Chávez-Domínguez R, Flores-Medina D. Educación sexual en adolescentes: mitos, tabúes y retos en la actualidad. *Rev Iberoam Producción Académica y Gestión Educativa*. 2022;10(27):1–15. <https://portal.amelica.org/ameli/journal/248/2482275005/2482275005.pdf>
140. Ministerio de Educación Pública (MEP). MEP sustituye programas de sexualidad y afectividad cuyo enfoque era el erotismo [Internet]. 2023 jul 25 [citado 2025 sep 20]. Disponible en: <https://www.mep.go.cr/noticias/mep-sustituye-programas-sexualidad-afectivdad-cuyo-enfoque-era-erotismo>
141. Escobar de Corzantes M. Educación integral de la sexualidad en el sistema educativo guatemalteco: un estado del arte [PDF]. Mesa EIS; 2010. Disponible en: <https://eis.org.gt/nuevo/wp-content/uploads/2018/08/educacion.pdf>

142. Maradiaga C. La educación sexual en Honduras: un tema que sacude a grupos «provida». *Contra Corriente* [Internet]. 2023 jun 10 [citado 2025 sep 20]. Disponible en: <https://contracorriente.red/2023/06/10/la-educacion-sexual-en-honduras-un-tema-que-sacude-a-grupos-provida/>
143. Asociación GoJoven. Propuesta de ley sobre derechos sexuales y reproductivos de las y los jóvenes en Honduras [Internet]. Secretaría de Educación de Honduras; [s. f.] [citado 2025 sep 20]. Disponible en: https://www.se.gob.hn/media/files/leyes/ASOCIACION_GOJOVEN.pdf
144. UNFPA. Estrategia de educación integral en sexualidad fuera de la escuela para adolescentes y jóvenes [Internet]. Fondo de Población de las Naciones Unidas; [s. f.] [citado 2025 sep 20]. Disponible en: https://panama.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/estrategia_eis_fuera_de_la_escuela_ssaa.pdf
145. Ministerio de Salud de Panamá. Programa Salud Sexual y Reproductiva [Internet]. [s. f.] [citado 2025 sep 20]. Disponible en: <https://www.minsa.gob.pa/programa/programa-salud-sexual-y-reproductiva>
146. UNESCO. Educación integral en sexualidad: Nicaragua [Internet]. Education Profiles; [s. f.] [citado 2025 sep 20]. Disponible en: <https://education-profiles.org/es/america-latina-y-el-caribe/nicaragua/~educacion-integral-en-sexualidad>
147. Muñoz MA, Muñoz G. Análisis de la política pública de educación sexual en Chile: Una deuda histórica. *Rev Latinoam Cienc Soc Niñez Juventud*. 2023;21(1):246. https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0719-91122023000100246&script=sci_arttext
148. Pineda I. Educación sexual en la adolescencia: Una perspectiva desde la salud pública [Tesis]. Universidad Centroamericana "José Simeón Cañas"; 2013. Disponible en: <https://www.uca.edu.sv/gescom/wp-content/uploads/2019/04/34.pdf>
149. Centro Colaborador de la OMS para la Educación y Promoción de la Salud. La educación sexual integral importa: Marco para la capacitación de docentes en educación sexual integral [Internet]. BZgA; 2017 [citado 2025 sep 20]. Disponible en: https://www.bzga-whocc.de/fileadmin/user_upload/Dokumente/BZgA_TrainingMattersFramework_ES.pdf
150. UNESCO. ¿Por qué es importante la educación integral en sexualidad? [Internet]. 2023 [citado 2025 sep 20]. Disponible en: <https://www.unesco.org/es/articles/por-que-es-importante-la-educacion-integral-en-sexualidad>

ANEXOS

ANEXO 1. FORMATO DE FICHAS DE TRABAJO

Ficha 1: Factores socioculturales que limitan la educación sexual

Título: Factores socioculturales que limitan la educación sexual	
Fuente: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0188-62662017000400052	Autor (es): Juárez-Rodríguez, M. del R.; Cerda- Hernández, C. A.
Tema principal: Religión, familia, medios y roles de género como barreras a la educación sexual integral.	
Resumen: Identifica cómo valores y tradiciones específicas de la región centroamericana limitan tanto la implementación docente como la recepción estudiantil de programas de educación sexual	

Ficha 2: Mitos y conocimientos sobre salud sexual en jóvenes

Título: Mitos y conocimientos sobre salud sexual en jóvenes	
Fuente: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2022/09/1392373/5.pdf	Autor (es): Bértolo, L.; colaboradores
Tema principal: Prevalencia de creencias erróneas y grado de conocimiento de jóvenes sobre salud sexual.	
Resumen: A través de encuestas en entornos educativos, cuantifica mitos frecuentes (“la primera vez no hay riesgo de embarazo”, etc.) y su relación con prácticas de riesgo	

Ficha 3: Mitos sobre la sexualidad

Título: Mitos sobre la sexualidad	
Fuente: https://www.avancepsicologos.com/9-mitos-sobre-la-sexualidad/	Autor (es): Avance Psicólogos
Tema principal: Identificación y descripción de las creencias erróneas más extendidas sobre la sexualidad.	
Resumen: Enumera y explica nueve mitos (por ejemplo, “el sexo debe ser espontáneo” o “el tamaño del pene importa”) y analiza cómo cada uno afecta la vivencia y la información de los adolescentes sobre su propia sexualidad.	

Ficha 4: Prejuicios sobre anticoncepción

Título: Prejuicios sobre anticoncepción	
Fuente: https://www.bayer.com/es/mx/mexico-mitos-y-prejuicios-limitan-uso-de-anticonceptivos-en-mexicanas	Autor (es): Bayer
Tema principal: Creencias falsas sobre métodos hormonales y de larga duración.	
Resumen: Desmonta mitos como “los anticonceptivos provocan aumento de peso” o “causan infertilidad permanente”, aportando datos científicos sobre efectos reales y subrayando la necesidad de consejería médica individualizada.	

Ficha 5: Mitos del embarazo

Título: Los mitos más frecuentes del embarazo	
Fuente: https://nace.igenomix.es/blog/los-mitos-mas-frecuentes-del-embarazo/	Autor (es): Igenomix
Tema principal: Creencias populares sobre alimentación, actividad y “señales” del embarazo.	
Resumen: Revisa y corrige mitos como “hay que comer por dos”, “la forma de la barriga indica el sexo” o “el perejil provoca abortos”, aportando evidencia clínica y recomendaciones para profesionales de la salud.	

Ficha 6: Mitos sobre infecciones de transmisión sexual

Título: Mitos y verdades sobre las infecciones de transmisión sexual (ITS)	
Fuente: https://www2.cruzroja.es/-/mitos-y-verdades-sobre-las-infecciones-de-transmision-sexual-its	Autor (es): Cruz Roja Española
Tema principal: Desmitificación de creencias sobre transmisión y síntomas de las ITS.	
Resumen: Aclara falsedades como “solo las personas con muchas parejas se infectan” o “un análisis general descarta todas las ITS”, y enfatiza la importancia de pruebas específicas y el uso correcto de condones.	

Ficha 7: Religiosidad y medios de comunicación

Título: Religiosidad y medios masivos	
Fuente: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0188-70172012000200007	Autor (es): Sauret, C.

Tema principal: Cómo los medios integran y difunden narrativas religiosas que refuerzan tabúes sexuales.

Resumen: Analiza el sesgo de los contenidos mediáticos al retratar la sexualidad bajo marcos morales; muestra ejemplos de mensajes que asocian pecado y culpa a prácticas sexuales, y propone líneas de comunicación más equilibradas.

Ficha 8: Tabúes y prejuicios urbanos vs. rurales

Título: Los tabúes y prejuicios de la sexualidad en la población urbana y rural

Fuente: Chevez, N., Gordillo, M., & Ordoñez, R. (2022). Los tabúes y prejuicios de la sexualidad en la población urbana y rural. Revista CUMBRES, 8(1), 9–20.	Autor (es): Chevez, N.; Gordillo, M.; Ordoñez, R.
--	--

Tema principal: Diferencias en la percepción de la sexualidad según el contexto geográfico.

Resumen: Compara mitos prevalentes en áreas urbanas (mayor acceso a internet) y rurales (más tradición oral), destacando cómo varía la aceptación de la ESI y la resistencia a discutir sexualidad según la zona de residencia.

Ficha 9: La escuela como determinante de salud

Título: Educación como determinante de salud

Fuente: https://doi.org/10.29057/estr.v11i22.12488	Autor (es): García-Cruz, R. F.; Hernández del Ángel, M.; López-Pacheco, D. J.; Pineda Figueroa, A.
---	---

Tema principal: Papel de la escuela en la socialización y educación sexual de niños y adolescentes.

Resumen: Aborda cómo la institucionalidad escolar incorpora contenidos de sexualidad y su impacto en la construcción de actitudes saludables

Ficha 10: Periodismo y mitos sexuales

Título: La falta de información confiable sobre sexualidad está detrás de los mitos y tabúes	
Fuente: https://elpais.com/elpais/2019/09/06/planeta_futuro/1567779906_700515.html	Autor (es): Roca, L.
Tema principal: Influencia de los medios de comunicación masiva en la difusión de mitos.	
Resumen: Ejemplifica cómo la falta de rigor periodístico perpetúa tabúes y propone un periodismo crítico para mejorar la información	

Ficha 11: Retos actuales de la educación sexual integral.

Título: Educación sexual en adolescentes: mitos, tabúes y retos en la actualidad	
Fuente: https://portal.amelica.org/ameli/journal/248/2482275005/2482275005.pdf	Autor (es): Chávez-Domínguez, R.; Flores-Medina, D.
Tema principal: Desafíos contemporáneos para implementar educación sexual integral.	
Resumen: Revisa obstáculos normativos, culturales y metodológicos en la región y sugiere líneas de acción para fortalecer la ESI	

Ficha 12: Estereotipos de rol de género

Título: <i>¿Qué son los estereotipos de rol de género?</i>	
Fuente: https://www.plannedparenthood.org/es/temas-de-salud/identidad-de-genero/sexo-e-identidad-de-genero/que-son-los-estereotipos-de-rol-de-genero	Autor (es): Planned Parenthood
Tema principal: Definición y efectos de los roles de género en la conducta sexual.	
Resumen: Explica cómo los estereotipos influyen en expectativas y comportamientos, y recomienda estrategias educativas para promover la equidad.	

ANEXO 3. PRESUPUESTO

Concepto	Descripción	Costo Unitario (USD)	Cantidad	Subtotal (USD)
Internet	Uso de internet para investigación (búsqueda de fuentes, acceso a bases de datos, etc.).	\$20	3 meses	\$60
Computadora	Uso de computadora personal para redacción, análisis de datos y edición.	\$50	3 meses	\$150
Energía eléctrica (luz)	Consumo de energía eléctrica durante el proceso de investigación.	\$15	3 meses	\$45
Impresiones	Impresión de documentos, borradores y material de apoyo.	\$0.10 por página	76 páginas	\$7.60
Recursos digitales	Suscripción a plataformas académicas (opcional, si se utilizó).	\$30	1 mes	\$30
Transporte	Desplazamientos para consultas en bibliotecas o centros de investigación (opcional).	\$10	2 viajes	\$20
Total				\$312.60