



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA

LA UNIVERSIDAD CATOLICA DE LOJA

ESCUELA DE MEDICINA

MODALIDAD: ABIERTA Y A DISTANCIA

MAESTRÍA EN GERENCIA DE SALUD PARA EL DESARROLLO LOCAL.

“Prevención de conductas de riesgo en adolescentes de la parroquia Guadalupe cantón Zamora 2010”.

**Trabajo de fin de carrera previo la obtención
del Título Magister en Gerencia de Salud
Para el Desarrollo Local.**

AUTOR:

Chamba Vega Ángel Efrén

DIRECTORA:

Buele Maldonado Angelita Norita, Dra.

CENTRO UNIVERSITARIO LOJA.

2012

CERTIFICACION

Dra.

Norita Buele

DIRECTORA DE TESIS

CERTIFICA:

Que el presente trabajo, denominado “**PREVENCION DE CONDUCTAS DE RIESGO EN ADOLESCENTES DE LA PARROQUIA GUADALUPE CANTON ZAMORA 2010**”, realizado por el profesional en formación: Chamba Vega Ángel Efrén, cumple con los requisitos establecidos en las normas generales para la Graduación en la Universidad Técnica Particular de Loja, tanto en el aspecto de forma como de contenido, por lo cual me permito autorizar su presentación para los fines.

Loja, Noviembre 2011.

.....

Dra. Norita Angelita Buele Maldonado

CESIÓN DE DERECHOS

“Yo, Ángel Efrén Chamba Vega declaro ser autor del presente trabajo y eximo expresamente a la Universidad Técnica Particular de Loja y a sus representantes legales de posibles reclamos o acciones legales.

Adicionalmente declaro conocer y aceptar la disposición del Art 67 del Estatuto Orgánico de la **Universidad Técnica Particular de Loja** que en su parte textualmente dice: “Forman parte del patrimonio de la Universidad la propiedad intelectual de investigaciones, trabajos científicos o técnicos y tesis de grado que se realicen a través, o con el apoyo financiero, académico o institucional (operativo) de la Universidad.

Loja, octubre 2011



.....
AUTOR DE LA TESIS

ÁNGEL CHAMBA VEGA.

C.I.: 110290395-0

AUTORÍA

Yo, Ángel Efrén Chamba Vega como autor del presente proyecto de acción, soy responsable de las ideas, conceptos, procedimientos y resultados vertidos en el mismo.

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Ángel Efrén Chamba Vega', is written over a horizontal line.

f).....

AUTOR DE LA TESIS

DEDICATORIA

El presente trabajo lo dedicó primeramente a Dios, a mis padres que me apoyaron pese a sus limitaciones a la obtención del título de Médico, a mi familia de manera especial a mi esposa **Victoria a mis hijos Angello y Jostín** que son la razón más importante de mi existencia, quienes soportaron comprensivamente el limitado tiempo brindado día a día y apoyándome incondicionalmente para llevar acabo a la obtención de mi meta trazada.

Ángel Efrén Chamba Vega.

AUTOR DE LA TESIS

AGRADECIMIENTO

Expreso mi más sincero e imperecedero agradecimiento al personal docente y administrativo del programa de Maestría en Gerencia Integral de Salud para el Desarrollo Local de la Universidad Técnica Particular de Loja por la oportunidad brindada para el mejoramiento, capacitación y actualización en salud.

A la Comunidad educativa del Colegio Daniel Martínez Autoridades, docentes, estudiantes y padres de familia de la Parroquia de Guadalupe, como las autoridades de las Instituciones de la Parroquia, Gobierno Municipal, Unidad de Atención Ambulatoria del IESS Zamora y Dirección Provincial de Salud por su interés, predisposición y apoyo en el desarrollo del presente proyecto, ya que sin su involucramiento no se hubiera realizado este importante trabajo.

El Autor.

INDICE

CONTENIDO	PAGINA
Certificación	II
Autoría	III
Cesión de Derechos	IV
Dedicatoria	V
Agradecimiento	VI
Índice	VII
1 Resumen/	VIII
2 Abstract Sumary	IX
3 Introducción	10
4 Problematización	12
5 Justificación	15
6 Objetivos	17
7 Fundamentación teórica conceptual.	18
7.1 Marco Institucional	18
7.2 Marco Conceptual	32
8 Diseño metodológico	57
8.1 Análisis de involucrados	57
8.2 Árbol de problemas	58
8.3 Árbol de objetivos	59
8.4 Matriz de marco lógico	60
8.5 Matriz de actividades	61
9 Resultados	65
10 Conclusiones	89
11 Recomendaciones	90
12 Bibliografía	91
13 Anexos	93
13.1 Presupuesto y financiamiento	93
13.2 Cronograma	94
13.3 Matriz de encuesta	95
13.4 Galería de fotos	96
13.5 Material preventivo e informativo utilizado	97
13.6 Oficios	101

1. RESUMEN EJECUTIVO

El proyecto: **PREVENCION DE CONDUCTAS DE RIESGO EN ADOLESCENTES DE LA PARROQUIA GUADALUPE CANTON ZAMORA 2010** es una contribución a la comunidad educativa del Colegio Daniel Martínez de la parroquia Guadalupe que requieren de medidas de prevención en conductas de riesgo.

Los embarazos en adolescentes, la violencia, el consumo de drogas ilícitas, alcohol, tabaco y desconocimiento sobre enfermedades de transmisión sexual VIH-SIDA son las principales conductas de riesgo que deben ser abordados de manera urgente, para todos aquellos actores sociales que tienen dentro de sus responsabilidades la promoción, prevención y atención de salud integral de adolescentes.

El proyecto se focaliza su intervención en la parroquia de Guadalupe, hubo visita al establecimiento, se contó con aprobación de directivos del Colegio, Comité de padres de familia, Consejo Estudiantil, se aplicó encuesta a los estudiantes siendo, este el tema de interés, existió la colaboración para su desarrollo de las instituciones involucradas. Se inició con capacitaciones integrales dirigidas a padres de familia, estudiantes y docentes; entrega de material informativo trípticos, donación de trípticos, afiches, videos al Departamento de Orientación y Bienestar Estudiantil del Colegio.

2. SUMMARY

Project summary: prevention of BEHAVIORS of risk in ADOLESCENTS DE LA GUADALUPE parish CANTON ZAMORA 2010 is a contribution to the educational community of College Daniel Martinez of the parish Guadalupe requiring measures of prevention in high-risk behaviour. Pregnancies in adolescents, the violence, the consumption of illicit drugs, alcohol, tobacco and ignorance about HIV / AIDS sexually transmitted diseases are the main risk behaviours that must be addressed urgently, for all those stakeholders who have responsibilities, promotion, prevention and comprehensive adolescent health care. The project focuses its intervention in the parish of Guadalupe, there was a visit to the establishment, was approval of Directors of the school, parents, Student Council Committee survey was applied to students, East the topic of interest, there was collaboration for their development of the, survey was applied to students, East the topic of interest, there was collaboration for his development of the institutions involved; It began with comprehensive training aimed at parents of family, students and teachers; delivery of information materials leaflets, donation brochures, posters, videos to the Department of guidance and welfare student of the College.

3. INTRODUCCION

En las décadas recientes se han hecho muchos avances en el campo de la salud y en la atención a la población adolescente, como la prolongación de la esperanza de vida, la modernidad y la globalización; incrementa la necesidad de los adolescentes y jóvenes de encontrar elementos favorables para asumir los cambios biosico sociales que experimentan en la construcción de un rol social que coincida con la identidad, organizar su comportamiento desde un hacer en el mundo que los objetiva positivamente y sustente un proyecto de vida y que de sentido a la relación con el entorno.

De hecho, el tema de la sexualidad ha adquirido gran interés en los últimos años. Tiene su origen en el reconocimiento de los riesgos que enfrenta hoy en día el adolescente, a partir de ignorar aspectos de su propia sexualidad, lo cual a su vez es motivado por la ausencia de programas educativos en el ámbito formal de la educación, así como por la falta de preparación de los padres y profesores en la respuesta a las inquietudes de los jóvenes. Ahora bien, en tanto que la sexualidad es un proceso vital humano que no se inicia en la adolescencia, sino que es un elemento inherente desde el nacimiento hasta la muerte.

Desde el enfoque patológico se observa que la morbi mortalidad adolescente y juvenil está desencadenada por factores mayoritariamente externos y conductuales: embarazo no deseado, violencia, enfermedades de transmisión sexual, alcoholismo drogas, accidentes, deserción escolar lo que llevó a organizar la atención para los y las adolescentes a través de estas problemáticas.

Esto dio lugar a que el concepto que se tenía, de la adolescencia como la edad sana, se pasara al énfasis de las conductas de riesgo y que los programas dirigidos a dicho período etario se enfocaran de modo específico para cada uno de los problemas. Así los adolescentes recibieron programas verticales como respuestas separadas a cada riesgo o daño: drogas, accidentes, enfermedades de transmisión sexual (ETS/SIDA), embarazo, sin articular un plan que atendiera la salud integral en la adolescencia.

Las agencias socializadoras como la familia, la escuela, las instituciones, los medios de comunicación, etc., se encuentran con nuevos contextos al enfrentar los cambios sociales y generan variadas respuestas y estímulos que buscan ser encauzadas en

políticas de juventud que respondan al desafío de configurar las opciones apropiadas para este sector estratégico de la sociedad y pasar del signo de la problematización y exclusión juvenil, al signo de la incorporación positiva para el desarrollo personal y social.

Con el objeto de señalar las principales dimensiones a considerar en una visión integral de los comportamientos juvenil de riesgo, el presente trabajo fue iniciado con una caracterización del enfoque de riesgo en la promoción de la salud, para luego diferenciar las conductas de alto riesgo de aquellos comportamientos que involucran los riesgos propios de los procesos de elaboración de identidad en la adolescencia, además de analizar la interrelación entre los factores de riesgo y protección con la vulnerabilidad, el daño y la capacidad para sobreponerse a la adversidad. Como consecuencia, ésta influye significativamente en el modo de vida de los adolescentes y repercute en la problemática de salud que puede aparecer en ese momento o en las sucesivas etapas del ciclo vital humano.

El presente trabajo tiene por objetivo Implementar un “Proyecto de Prevención en Conductas de Riesgo en Adolescentes de la comunidad educativa, del Colegio “Daniel Martínez” de la Parroquia de Guadalupe, mediante capacitación integral a padres de familia, docentes y adolescentes con fortalecimiento del Departamento de Orientación y Bienestar Estudiantil (DOBE) con material informativo escrito trípticos, dípticos, afiches y audiovisual sobre prevención de conductas de riesgo en participación inter institucional activa con la finalidad de contribuir a la disminución de la morbi mortalidad.

4. PROBLEMATIZACION.

La vulnerabilidad sociocultural de la etapa de la adolescencia se asocia al concepto de “**conductas de riesgo**”. El Riesgo implica la probabilidad de que la presencia de uno o más características o elementos nocivos para la aparición de consecuencias adversas para la salud, el proyecto de vida o la sobrevivencia personal o la de otros. Actualmente las causas de morbi mortalidad en adolescentes han cambiado, él 75% de las mismas se debe a conductas de riesgo ¹.

La mayoría de las investigaciones a nivel nacional e internacional (Palacios, Bravo, Andrade, 2007), (Acero, Escobar, castellano, 2007)², (Gómez 2000) considera como las siguientes conductas de riesgo para los adolescentes: 1. Consumo de drogas legales (alcohol y tabaco) e ilegales (drogas). 2. Accidentes automovilísticos (exceso de velocidad) 3. Propensión a la violencia y conductas antisociales. 4. Embarazos no deseados, enfermedades de transmisión sexual (SIDA) y la Promiscuidad sexual. 5. La depresión, el estrés y el suicidio ².

El 21% de los partos en Latinoamérica y el Caribe son de mujeres menores de 20 años y la mitad de estos embarazos no fueron planeados. Registrándose en la Región de las Américas 40.000 nacimientos de madres menores de 15 años y 2.200.000 de madres de 15 a 19 años. En 7 de 10 países estudiados en América Latina, la proporción de adolescentes primíparas solteras oscila entre 12 y 34 %. Una de cada cinco mujeres tiene su primer hijo antes de cumplir los 18 años. Colombia año 2000 la tasa es del 19 % de los partos son en adolescentes, las autoridades propone, acciones encaminadas a su reducción. El riesgo de muerte materna en adolescentes es el doble que en el resto de las mujeres de edad fértil, y cuatro veces mayor cuando se trata de menores de 15 años. ¹⁸.

Según datos oficiales del INEC, es preocupante lo que viene ocurriendo con la población adolescente femenina en los últimos 17 años en la provincia de Zamora Chinchipe, evidenciándose un incremento progresivo en las tasas registradas de partos en adolescentes existiendo en el año 1990 tasas del 14%, para el año 1995 el 18%, al año 2000 tasas del 21%, para el año 2004 con una tasa del 23 % y para el 2007 del 24 % relacionados con el número de partos atendidos; en comparación con las tasas de partos en adolescentes que registra el país son de 14 % en el año 1990,

a 19 % en el año 2007 19 % (9). ¹En el año 2007 del total de partos atendidos por los Hospitales y Unidades Operativas del Ministerio de Salud Pública de la provincia de Zamora Chinchipe el 28 % de los mismos fueron en adolescentes ^{12,13, 17}.

En todos los países, los varones de 15 a 19 años son los principales perpetradores, así como las principales víctimas de los actos de violencia en todas sus expresiones. La violencia constituye la segunda causa de hospitalización de los y las adolescentes en la Región ³. La violencia sexual tiene como víctimas principales a mujeres y niñas y es cometida generalmente por hombres de mayor edad. De acuerdo con el *Informe mundial sobre la violencia y la salud* (WHO 2002b), en algunos países una de cada cuatro mujeres manifiesta haber sido víctima de violencia sexual por parte de su pareja, y una gran parte de las adolescentes ha sufrido iniciación sexual forzada. En el Caribe, 48% de las mujeres refieren que la primera relación sexual fue bajo coerción (OPS, 2000)².

Los trastornos mentales como la depresión, el intento de suicidio y el abuso de alcohol y otras sustancias, tienen una alta prevalencia entre adolescentes, lo que explicaría en algunos países el aumento en la tasa de suicidios. El alcohol es la droga de mayor consumo entre los y las adolescentes. En Chile, entre los 12 y los 18 años el consumo de alcohol llega a 24%, y asciende a 50% entre los y las jóvenes de 19 a 25 años. De ese total, 24% pueden ser considerados bebedores problema. El abuso del alcohol se asocia con las lesiones por causas externas - particularmente lesiones por accidentes de tránsito principal causa de muerte en adolescentes de la mayoría de los países de la Región ⁵.

La OMS reporta alrededor de 500 .000 muertes cada año, con un estimado de 1.110 suicidios cada día, produciéndose a la vez, entre 10 y 20 intentos por cada uno. El 40 por ciento de los adolescentes que se suicidan tienen trastornos depresivos, del 10 al 30 por ciento presentan trastornos de personalidad y un 50 por ciento abuso de drogas y alcohol. Algunos estudios consideran que el 75 por ciento de los adolescentes que se quitan la vida, avisan, por lo que es importante que los padres tomen en serio estas señales y pidan ayuda especializada La familia y la escuela

13. Estadística Dirección provincial de Salud de Zamora Chinchipe.

14. Anuarios del INEC Ecuador 1990. 15. Anuarios del INEC Ecuador 1991. 16. Anuarios del INEC Ecuador 2000.

17. Anuarios del INEC Ecuador 2004. 18. Anuarios del INEC Ecuador 2006. 19 Anuarios del INEC Ecuador 2007.

3. Gómez M. (2000) Adolescencia y Prevención: Conducta de Riesgo y Resiliencia. Psicología y Psicopedagogía. Publicación virtual de la Facultad de Psicología de la USAL. Año 2000. N° 4.

deben promover estilos de vida saludables. Educando hacia un enfoque de prevención de riesgos, el cual asume que a mayor conocimiento sobre los eventos negativos, mayor posibilidad de actuar sobre ellos. 5.

Los adolescentes en nuestro país representan aproximadamente el 20 % del total de la población, mientras que en la provincia de Zamora Chinchipe alcanza un 24 %, lo que representa una población según su pirámide poblacional eminentemente joven. Las conductas de riesgo a la que están expuestos los adolescentes constituyen un importante problema de salud pública, sumado esto el abandono que han sido objeto de padres o uno de los cónyuges fruto de los movimientos migratorios ocurridos en la última década en nuestro país y provincia se han incrementado las tasas de embarazos en adolescentes, la violencia y consumo de alcohol, tabaco y drogas, como las enfermedades de transmisión sexual, catalogadas como riesgos potenciales que afectan e impactan en la salud integral de las y los adolescente con consecuencias hacia la familia, comunidad y sociedad en general.

Para su disminución, se intervino mediante el presente proyecto con la Atención Primaria de la salud (Salud Preventiva), con el involucramiento de actores institucionales que trabajan con adolescentes como fueron instituciones de salud, educativas y de desarrollo de la parroquia Guadalupe y del Cantón Zamora mediante talleres de capacitación integral dirigida a padres de familia, adolescentes y docentes del Colegio "Daniel Martínez" de la Parroquia de Guadalupe del Cantón Zamora, Provincia de Zamora Chinchipe, País Ecuador con la finalidad de Contribuir a la disminución de la morbi mortalidad en la población adolescente de Guadalupe y establecer un cambio de actitud crítica y reflexiva.

2. Acero A, Escobar F, Castellanos G. (2007) Factores de riesgo para violencia y homicidio juvenil. Revista Colombiana de Psiquiatría, vol. XXXVI / No. 1.
18. Plan Andino y Nacional y Provincial de Prevención del Embarazo en Adolescentes 2007, 2008, 2009

5. JUSTIFICACION

La salud en nuestro País a logrado grandes avances en las últimas décadas con la expedición de un marco legal favorable que asegura la sostenibilidad de las acciones en la salud materno infantil, adolescencia contando actualmente con la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia, Código de la Niñez y Adolescencia 2003, Ley de la Juventud, Ley Contra la Violencia a la Mujer y a la Familia, Plan Andino, Nacional y Provincial de Prevención de embarazo en adolescentes que hacen referencia al ejercicio de los derechos de los niños/as, y adolescentes.

La Organización Panamericana de la Salud propone que “la salud de los adolescentes es un elemento clave para el progreso social, económico y político de todos los países y territorios de las Américas los costos para los gobiernos y las personas son considerables cuando un joven no logra llegar a la adultez gozando de buena salud y de una educación adecuada estos costos suelen ser más altos que los costos de los programas de promoción y prevención que ayudan a los jóvenes a lograr esas metas”.

La relaciones sexuales genitales sin protección, la participación en juegos peligrosos (piques de automóviles, entre otros), la participación en pandillas juveniles con altos niveles de violencia, el consumo de drogas ilícitas, el consumo de alcohol en forma desmedida y el consumo de tabaco son algunas de estas conductas de riesgo. Esta situación, en definitiva, plantea un reto para todos aquellos actores sociales que tienen dentro de sus responsabilidades la promoción prevención y atención en salud integral a las personas por ciclos de vida.

Como Profesional de la Medicina, que hemos venido observando muy de cerca los problemas que a diario enfrentan los y las adolescentes en nuestro país y provincia lo que se traduce en las tasas y estadísticas oficiales, y sumado a esto la poca inversión por parte del estado e instituciones a este importante ciclo de vida, surge nuestro interés en intervenir con el presente proyecto para realizar capacitación integral a todos los que se encuentran interrelacionados con este importante grupo de edad y pueda ser un proyecto piloto para su futura expansión en lo cantonal y provincial. Esta intervención nos permitirá optar por la Maestría en: **GERENCIA DE SALUD PARA EL**

DESARROLLO LOCAL, por lo que manifestamos nuestro compromiso para culminar este postgrado con el desarrollo del presente proyecto.

Con estos antecedentes, la Unidad de Atención Ambulatoria IESS Zamora, Dirección Provincial de Salud Programa Salud del Adolescente, el SCS Guadalupe, Junta Parroquial y el Consejo Cantonal de Niñez y Adolescencia del cantón Zamora iniciaron acciones coordinadas para la capacitación, de 300 adolescentes 95 %, de las secciones de urna y nocturna que se educan en el Colegio **Daniel Martínez** de la Parroquia de Guadalupe, cantón Zamora; a 20 docentes y personal administrativo 95 % y a 120 padres de familia 50% de los estudiantes en mención.

Las diversas estrategias e intervenciones del Proyecto están dirigidas a buscar un cambio de pensamiento de los adultos cercanos a los y las adolescentes como la familia, los docentes y la sociedad en general, existiendo un empoderamiento de los y las adolescentes sobre la prevención de las conductas de riesgos, como de su sexualidad, considerando que todas sus intervenciones deben partir y tener un eje transversal y básico, para la toma de decisiones autónomas y saludables; esto en el marco de un proyecto que tenga un carácter altamente participativo tanto desde y para los y las adolescentes, así como desde y para los espacios familiares, comunitarios y sociales quienes conjuntamente con las Instituciones de desarrollo puedan darle la respectiva sostenibilidad.

Se contó con la aprobación de los directivos del Colegio, Comité de Padres de Familia, Consejo Estudiantil, según la encuesta aplicada a los adolescentes, el tema es de interés para la comunidad estando dispuestos a colaborar en el desarrollo del mismo; de igual manera tenemos el apoyo de las instituciones involucradas en el desarrollo del presente proyecto.

6. OBJETIVOS

6.1 OBJETIVO GENERAL

Implementar un Proyecto de Prevención en conductas de riesgo del adolescente, en la comunidad educativa, del Colegio “Daniel Martínez” parroquia Guadalupe; mediante capacitación integral a padres de familia, docentes y adolescentes, como la dotación de material educativo, con participación inter institucional activa para contribuir a la disminución de la morbi mortalidad.

6.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Implementar un sistema de capacitación integral y continuada para desarrollar destrezas y habilidades necesarias en los padres de familia, docentes y adolescentes para el reconocimiento y prevención de conductas de riesgo en la población adolescente.
2. Fortalecer a la comunidad educativa, Departamento de Orientación y Bienestar estudiantil (DOBE), mediante un sistema de capacitación continuada mediante la dotación de material educativo e informativo y audiovisual sobre prevención en conductas de riesgo en adolescentes.
3. Conformar un Comité Parroquial para la Prevención de Conductas de Riesgo en la población adolescente, con participación activa de adolescentes, familia e instituciones para su actualización y sostenibilidad.

7. FUNDAMENTACION TEORICO CONCEPTUAL.

7.1 Marco institucional

7.1.1 Aspecto Geográfico

La provincia de Zamora Chinchipe, está situada en el extremo Sur Oriental del Ecuador, Limita al norte con la provincia de Morona Santiago, al sur con la república del Perú, al este con la misma república y al oeste con las provincias de Loja y Azuay. La provincia está dividida en 9 cantones y en 31 parroquias, de las cuales 8 son urbanas y 23 son rurales. Tiene una superficie de 10.681 Km². Su población es de 76.601 habitantes. Cuenta con las etnias mestiza, Shuar – Ashuar, indígena Saraguro y afro ecuatoriana. Se encuentra ubicado a 60 Km. de la ciudad de Loja.

7.1.2 Fecha de creación y acuerdo de legalización UAA IESS Zamora.

En febrero de 1937 se reforma la Ley del Seguro Social Obligatorio y se incorpora el seguro de enfermedad entre los beneficios para los afiliados. En julio de ese año, se creó el Departamento Médico, por acuerdo del Instituto Nacional de Previsión y en marzo de ese año, el Ejecutivo aprobó los Estatutos de la Caja del Seguro de Empleados Privados y Obreros, elaborado por el Instituto Nacional de Previsión. Nació así la Caja del Seguro Social, cuyo funcionamiento administrativo comenzó con carácter autónomo desde el 10 de julio de 1937 a nivel nacional.

El proceso de Reforma del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, enmarcado en la nueva Constitución, requiere responder con éxito a los desafíos del cambio organizacional en procura de brindar mejores servicios para los afiliados/as y población en general; por tal motivo en la resolución C.D. 056 se contempló la creación de Unidades Médicas de Atención Ambulatoria siendo la provincia de Zamora una de la beneficiadas con esta creación en el año de 1975 la misma que se ubicó en un principio adjunto a la Delegación Provincial del IESS Zamora, siendo su primer Director el Dr. Manuel Valverde.

A lo largo de la vida de servicio la Unidad Ambulatoria ha contado con la presencia del Dr. Alberto Carrión y el Dr. Galo Vivanco, quien continúa hasta la actualidad en el cargo de Director de esta Unidad desde el año de 1990.

7.1.3 Experiencia de la organización

Ejecutores de todos los programas de salud del IESS.

Ejecución del Proyectos de ampliación remodelación y acreditación del Centro de Atención Ambulatoria del IESS Zamora.

Proyecto de acción Prevención de Conductas de Riesgo en Adolescentes en coordinación intersectorial.

La Unidad de Atención Ambulatoria IESS Zamora, Institución adscrita al Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social En el ámbito de acción y obligaciones que tiene el IESS para con los afiliados, jubilados y derechohabientes, el **Art. 3 de la Ley de Seguridad Social** dice: “El Seguro General Obligatorio protegerá a sus afiliados y jubilados contra las contingencias que afecten su capacidad de trabajo y la obtención de un ingreso acorde con su actividad habitual, en casos de: Enfermedad; Maternidad; Riesgos del trabajo; Vejez, muerte, e invalidez, que incluye discapacidad; y, Cesantía”.

Enfatizando su misión fundamental en el art. 17 de la misma Ley que estipula que el IESS tiene que “proteger a la población urbana y rural, con relación de dependencia laboral o sin ella, contra las contingencias de enfermedad, maternidad, riesgos del trabajo, discapacidad, cesantía, invalidez, vejez y muerte, en los términos que consagra esta Ley.” El alcance de la protección establece en el Art. 102 que: “El afiliado, su cónyuge o conviviente con derecho, y sus hijos menores hasta los dieciocho (18) años de edad, así como el jubilado, serán beneficiarios de acciones integrales de fomento y promoción de la salud, prevención, diagnóstico y tratamiento de enfermedades no profesionales, recuperación y rehabilitación de la salud individual. Las beneficiarias del seguro de maternidad recibirán atención de embarazo, parto y puerperio” para el cumplimiento de este mandato legal la UAA-IESS ZAMORA, pondrá en practica los siguientes valores y principios:

7.1.4 Denominación, finalidad y funciones de la unidad.

En el marco de las políticas de la Seguridad Social, la **resolución C.D 308** propone la atención integral con enfoque individual, familiar y en red plural, que plantea una puerta de entrada obligada en el primer nivel al sistema de servicios de salud, para que distribuya el flujo de pacientes a otros niveles de complejidad, constituyéndose

El Centro de Atención ambulatoria IESS Zamora, que por su situación geográfica como cabecera provincial, como primer nivel I Nivel de Especialidades y Cirugía del Día, con un referencia geográfica de población que es aproximadamente de 41.320 afiliados entre Seguro General, Seguro Social Campesino y Jubilados y Pensionistas; estando orientadas las acciones a la disminución de la morbi mortalidad en la población de la provincia.

7.1.5. Visión y Misión Institucional

7.2.1 Visión

Al 2013 un Centro de Atención Ambulatoria prestador de servicios de salud con enfoque individual, familiar, comunitario y en red plural, de calidad y prestigio garantizados por la eficiencia, efectividad y calidez de sus servicios; acorde al avance de la ciencia, tecnología y profesionalización del talento humano, en función de las necesidades de los usuarios para mejorar su salud y calidad de vida; logrando altos niveles de competitividad y desarrollo local, regional y nacional.

7.2.2 Misión

Proveer una atención de salud con calidad, calidez y eficacia constituyendo una organización que ofrece servicios de salud integral a la población urbana y rural, a través de equipos multidisciplinarios permanentemente capacitados y calificados con tecnología de punta variada y renovada, aplicando acciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación, en los servicios de: Medicina General, Medicina Familiar, Clínica, Cirugía del día, Ginecología, Pediatría, Traumatología, Imagenología y Fisiatría con la incorporación progresiva de nuevas especialidades.

7.1.6 Marco estratégico IESS.

Políticas del Seguro General de Salud Individual y Familiar.

En el ámbito de acción y obligaciones que tiene el IESS para con los afiliados, jubilados y derechohabientes, el Art. 3 de la Ley de Seguridad Social dice: “El Seguro General Obligatorio protegerá a sus afiliados y jubilados contra las contingencias que afecten su capacidad de trabajo y la obtención de un ingreso acorde con su actividad habitual, en casos de: Enfermedad; Maternidad; Riesgos del trabajo; Vejez, muerte, e invalidez, que incluye discapacidad; y, Cesantía”.

Enfatizando su misión fundamental en el art. 17 de la misma Ley que estipula que el IESS tiene que “proteger a la población urbana y rural, con relación de dependencia laboral o sin ella, contra las contingencias de enfermedad, maternidad, riesgos del trabajo, discapacidad, cesantía, invalidez, vejez y muerte, en los términos que consagra esta Ley.”

Que, el Art. 38 de la Constitución de la República del Ecuador, dispone: “El Estado establecerá políticas públicas y programas de atención a las personas adultas mayores, que tendrán en cuenta las diferencias específicas entre áreas urbanas y rurales, las inequidades de género, la etnia, la cultura y las diferencias propias de las personas, comunidades, pueblos y nacionalidades; asimismo, fomentará el mayor grado posible de autonomía personal y participación en la definición y ejecución de estas políticas. En particular, el Estado tomará medidas: 3. Desarrollo de programas y políticas destinadas a fomentar su autonomía personal, disminuir su dependencia y conseguir su plena integración social; 5. Desarrollo de programas destinados a fomentar la realización de actividades recreativas y espirituales; 9. Adecuada asistencia económica y psicológica que garantice su estabilidad física y mental”;

Que, el Art. 30 del Reglamento Orgánico Funcional del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, determina las responsabilidades de la Dirección del Seguro General de Salud Individual y Familiar, entre las cuales consta: “3. La coordinación con las direcciones de los diferentes seguros especializados y las direcciones provinciales para el desarrollo de los planes y programas de interés común; 14. La supervisión y control de los programas operativos anuales del servicio para la tercera edad, en cada circunscripción, con sujeción a las disponibilidades presupuestarias establecidas por el

Consejo Directivo del IESS.

Que, el Art. 34 ibídem, en su numeral 3, establece como una de las responsabilidades de las Unidades Provinciales de Salud Individual y Familiar, la difusión y ejecución de los programas de asistencia a la tercera edad, aprobados por la Dirección General;

El alcance de la protección establece en el Art. 102 que: “El afiliado, su cónyuge o conviviente con derecho, y sus hijos menores hasta los 18 años de edad, así como el jubilado, serán beneficiarios de acciones integrales de fomento y promoción de la

salud, prevención, diagnóstico y tratamiento de enfermedades no profesionales, recuperación y rehabilitación de la salud individual. Las beneficiarias del seguro de maternidad recibirán atención de embarazo, parto y puerperio” para el cumplimiento de este mandato legal la UAA-IESS ZAMORA, pondrá en práctica los siguientes valores y principios:

Valores y principios de la UAA –IESS Zamora:

Calidez.- Respeto y cordialidad al usuario.

Profesionalismo.- Capacitación, actualización permanente.

Prestigio.- Experiencia en la prestación de servicios de salud.

Competitividad.- Propuesta de alternativas por necesidades.

Calidad.- Satisfacción del usuario

Eficiencia.- Ahorro que permita incrementar servicios, para garantizar la entrega oportuna de prestaciones suficientes a los beneficiarios

Efectividad.- Innovar acciones de prevención y costo efectivos

Integralidad y continuidad, atención a todos los grupos de edad por ciclos de vida.

Asociación en Red plural.- integración al sistema nacional de salud, articulando a los prestadores, públicos, privados

Inclusión social.- respetando la diversidad, interculturalidad y con enfoque en género y generacional

Participación Social.- para compartir la responsabilidad colectiva en salud a través de la participación de grupos organizados de usuarios

7.1.7 Políticas de la UAA IESS Zamora

- Compromiso y voluntad para asumir nuevos roles y competencias, compartiendo las experiencias.
- Posicionamiento institucional, con actitud propositiva en el cumplimiento de Reglamentos e Instructivos.
- Transparencia en los procesos de Dirección y gestión, procesos internos de producción y entrega de servicios, implementado el mejoramiento continuo y garantía de calidad de atención en salud.
- Fortalecimiento de los procesos de entrega de servicios, producción, facturación y costos de las unidades del Centro y cumplimiento del sistema de referencia y contra referencia

- Optimización de la Gestión financiera y RRHH en gerencia de servicios de salud, planificación y pensamiento estratégico, atención medica integral y medicina familiar; así como el abastecimiento y adquisición para el centro a través de Compras publicas.

7.1.8 Población beneficiaria IESS Zamora Chinchipe

Tipo de Beneficiario	Número
General	8.301
Voluntarios	
Montepío	310
Referencia del S.S.C.	15.971
Menores de 18 años	16.602
TOTAL	41.184

- Número de asegurados directos: 8.240.
- Población de referencia de unidades del SGSIF de menor complejidad:
- Estimación de la población de referencia del Seguro Social Campesino: 15.971 (población total del S.S.C. 2011)
- Otras: Menores de 18 años incorporados. 16.480
- TOTAL DE LA POBLACION: 6.120.
- Total de afiliación en los últimos 5 años: adjunto cuadro.

Tendencia de la afiliación en los últimos 5 años.

Tabla 2

AÑO	AFILIADOS
2006	4951
2007	5190
2008	5918
2009	6784
2010	8301

Fuente: Dirección Provincial del IESS de Zamora Chinchipe

En los últimos 5 años hubo un incremento del mas del 90 % de afiliados.

La afiliación significativa de las empresas mineras a gran escala como: KINROSS y ECUACORRIENTE, como también amas de casa, transportistas, Seguro Social Campesino (beneficiarios).

Por la ubicación territorial en la que se encuentra nuestra provincia ya que es un punto de crecimiento económico, social y cultural, porque desde algunos años atrás es notable la presencia de empresas multinacionales mundialmente reconocidas de

explotación minera como **KINROSS** Aurelian (Canadá) y **ECUACORRIENTE** (China), entre otras que se encuentran ya posicionadas con campamentos que cuentan ya con cientos de trabajadores solo para la fase de exploración, todos ellos contando con la afiliación patronal, pero la proyección de estas mineras es la de realizar la minería a gran escala que tienen como base el contar con un incremento sustancial de servidores públicos y trabajadores, debiéndose tomar las provisiones necesarias con una Unidad Médica de mayor capacidad resolutive como es el **HOSPITAL NIVEL 1**.

El reto de la Provincia de Zamora Chinchipe es contar en la red de salud del IESS, un Hospital con la infraestructura, equipamiento acorde a la tecnología actual y el Talento Humano necesario atención en Salud de nuestra población beneficiaria en los campos clínico, quirúrgico, rehabilitación, diagnóstico y preventivo para dar cumplimiento a la Resolución CD 308, en el marco de Atención Primaria de Salud Renovada (APSr).

Sera punto de referencia de los dispensarios del SSC de los cantones de la provincia, como de la UAA IESS Gualaquiza de la provincia de Morona Santiago ya que geográficamente Zamora se ubica a menor distancia, que su nivel de referencia que es Macas.

7. 1. 9: Cartera de servicios CAA. Hospital del Día del IESS Zamora.



CENTRO DE ATENCIÓN AMBULATORIO HOSPITAL DEL DÍA IESS ZAMORA

CARTERA DE SERVICIOS

- URGENCIAS MEDICAS
- MEDICINA GENERAL : SALUD PREVENTIVA
- ODONTÓLOGO
- MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN

ESPECIALIDADES

- MEDICINA FAMILIAR
- PEDIATRÍA
- GINECOLOGÍA
- MEDICINA INTERNA
- CIRUGÍA GENERAL - Laparoscopia
- TRAUMATOLOGÍA
- IMAGENOLÓGIA
- ANESTESIOLOGÍA

SERVICIOS:

- QUIROFANO
- SALA DE PARTOS Y OBSERVACIÓN
- LABORATORIO CLINICO
- RADIOLOGICO: ECOGRAFÍA, MAMOGRAFÍA, RX
- ELECTROCARDIOGRAMAS

ATENCIÓN: 08H00 A 20H00
CITAS MEDICAS: 140 /

Dirección - Avenida del Ejército frente al Inst. Tec. "12 de Febrero"



**EL CAMBIO AVANZA...
SEGURO !**

Dr. Galo Vivanco Torres
DIRECTOR DEL CAA
HOSPITAL DEL DÍA ZAMORA

 INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL HOSPITAL DEL DIA ZAMORA		
DIRECCION: Av. del ejército frente al Instituto Tecnológico Superior "12 de Febrero"		
DIRECTOR : Dr. Galo Vivanco		
DIRECTOR TECNICO: Dr. Angel Chamba		
ESPECIALIDADES	HORARIOS	SERVICIOS
PEDIATRIA		ATENCIÓN MEDICA
Dra. Mercy Vélez	08:H00 - 16:30	EMERGENCIA (Sala de Observación)
GINECOLOGIA (DOC)		ODONTOLOGIA
Dra. Ximena Carrión	08:H00 - 16:30	MEDICINA FAMILIAR
CIRUGIA		MED. FISICA Y REHABILITACION
Dr. Juan Cuenca	08:H00 - 16:30	QUIROFANO DEL DÍA
TRAUMATOLOGIA		GINECO-OBSTETRICIA (Sala de Parto)
Dr. Francisco Guamizo	08:H00 - 16:30	TRABAJO SOCIAL
MEDICINA INTERNA		ECOSONO GRAFIA
Dr. Victor Suquilanda	08:H00 - 16:30	RAYOS X
ANESTESIA		ELECTROCARDIOGRAMAS
Dr. Ricardo Luna	08:H00 - 14:H00	LABORATORIO CLINICO
IMAGENOLOGIA		FARMACIA
Dra. Sonia Morales	08:H00 - 14:H00	AMBULANCIA
MED. GENERAL Y PREVENTIVA		ESTADISTICA (Calificación de derecho)
Dr. Angel Chamba	12:H00 - 18:H00	ENFERMERIA
MED. FAMILIAR Y GINECOLOGIA		
Dr. Javier Lajo	08H-13H00	
EMERGENCIA	08:H00 - 20:H00	
Dra. Vanessa Jiménez		
ODONTOLOGIA		
Dra. Rosario Alvarez	08:H00 - 12:H00	
Dr. René Jiménez	12:H00 - 18 H00	
REHABILITACION		
Lic. Johnny Sosoranga	08:H00 - 16:30	
TRABAJO SOCIAL		
Dra. María Lucero	08:H00 - 16:30	
LABORATORIO CLINICO	07:H15 - 20:H00	
MEDICINA FAMILIAR Y EQUIPO BÁSICO DE ATENCIÓN EN SALUD (EBAS.IESS)		
RESPONSABLE: Dr. Javier Lajo- Medico Familiar		
Odontólogo- Enfermera- Auxiliar de Enfermería - Trabajadora Social		
		TELÉFONOS
DIRECCION		2608-440
SECRETARIA		2605-349
EMERGENCIA		2607-754
PARA CITAS MEDICAS LLAME		
CALL CENTER		180 0100000
ATENCIÓN MEDICA TELEFONICA		140
		161

Fuente: ASIS C.A.A. Hospital del día IESS Zamora

7.1.10. Situación de salud de los y las adolescentes Zamora Chinchipe

7.1.11 Cobertura en salud adolescente Zamora Chinchipe

Tabla 1

TOTAL CONSULTAS POR AÑOS, SEGÚN COMPONENTE UNIDADES DE SALUD MSP ZAMORA CHINCHIPE 2003 - 2008						
CONSULTAS	2003	2004	2005	2006	2007	2008
TOTAL FOMENTO	34.742	41.129	37.832	4.286	4.424	10.569
10 a 14 Años	2.947	3.912	1.950	2.898	3.004	7.526
15 a 19 Años	1.104	1.115	1.034	1.388	1.420	3.043
COBERTURA ADOLESCENTES POR AÑOS ZAMORA CH. 2001 - 2008						
COMPONENTES	2003	2004	2005	2006	2007	2008
ADOLESCENTES (DE 10 A 14 AÑOS)						
Cobertura	26,5	35,2	17,5	25,9	26,7	45,0
ADOLESCENTES (DE 15 A 19 AÑOS)						
Cobertura	12,0	12,1	11,2	14,9	15,2	22,0

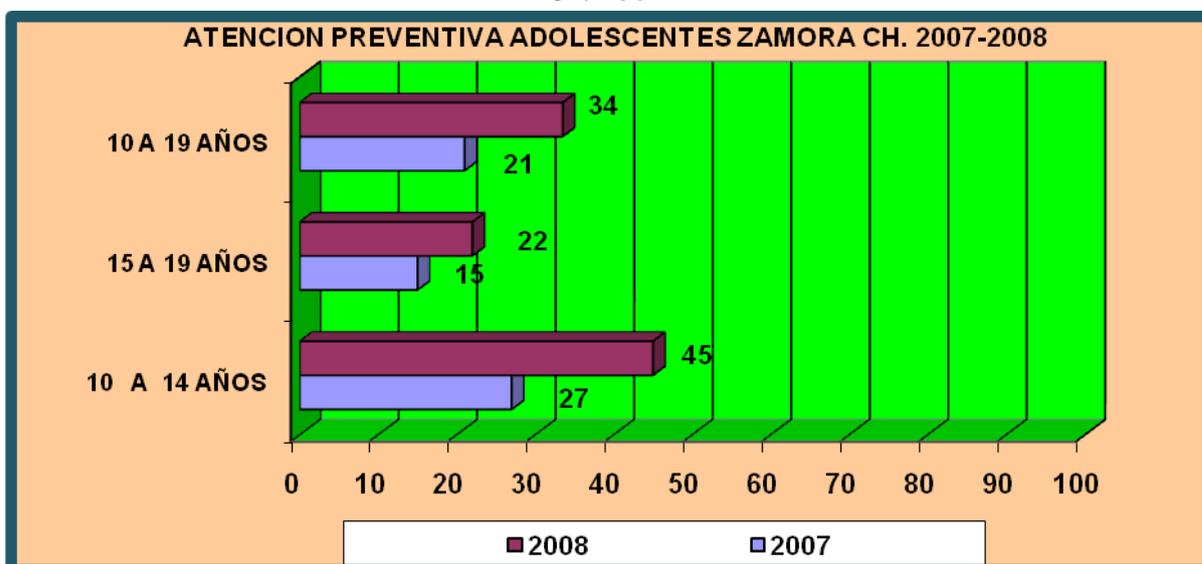
FUENTE: M.S.P. - Producción de Establecimientos de Salud (2001-2007).

ELABORACION: M.S.P. - Sistema Común de Información.

ESADISTICA: DPS ZAMORA CH.- PROCESO IMPLANTACION DE NORMAS

Se evidencia un incremento significativo en el año 2008 con el incremento de personal médico en los hospitales y U.O. del Ministerio de Salud.

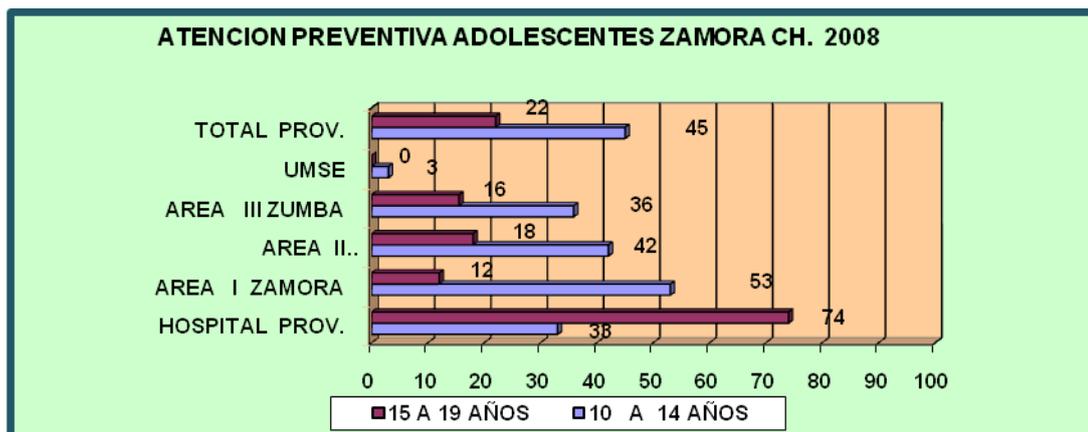
Gráfico 1



FUENTE: Estadística. Programa Salud del Adolescente DPS. Año 2009

Mayor cobertura de atención en el año 2008 más en el grupo de adolescente menor

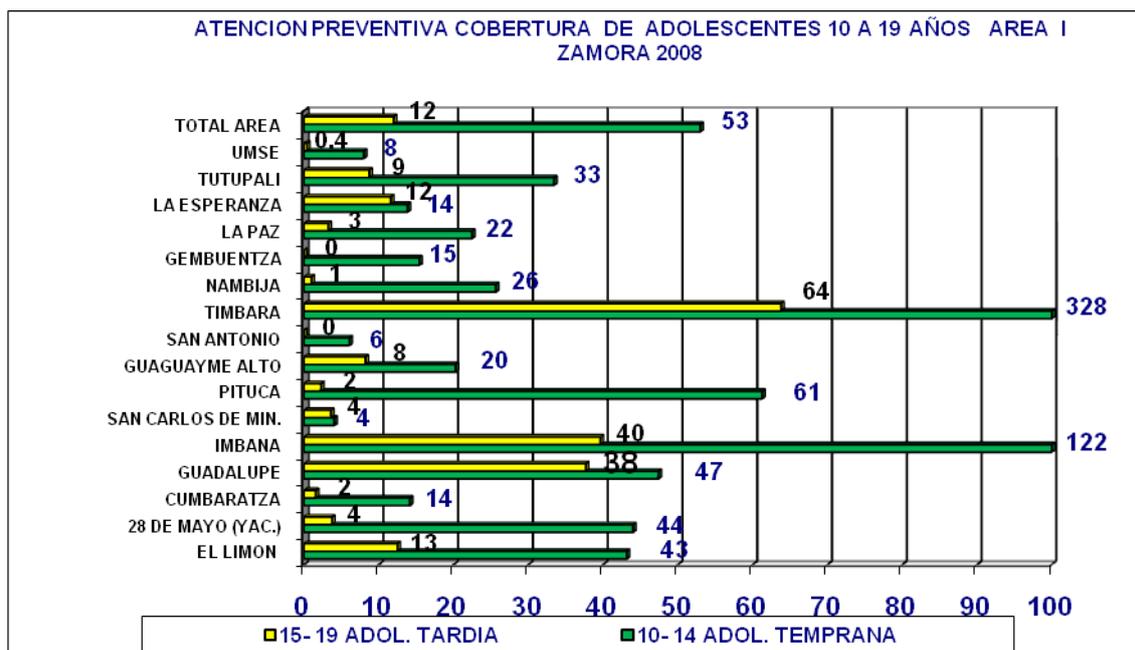
Gráfico 2



FUENTE: Estadística. Programa Salud del Adolescente DPS. Año 2009

Se evidencia un notable incremento en las coberturas de atención en el año 2008 en relación al 2007 debido al incremento de profesionales médicos en la provincia y presupuesto

Gráfico 3

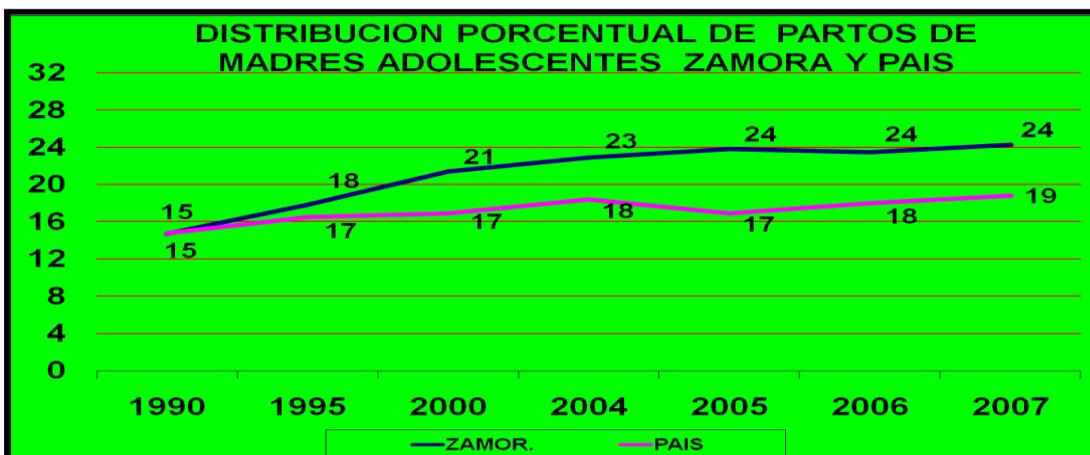


FUENTE: Estadística. Programa Salud del Adolescente DPS. Año 2008.

El SCS Guadalupe alcanzó coberturas de 47 % en el grupo de 10 a 14 años Adolescencia Temprana y el 38% en el grupo de 15 a 19 años Adolescencia Tardía.

7.1.12 Situación del Embarazo en Adolescentes

Grafico 4



Fuente INEC Estadística DPS Zamora

La tendencia del embarazo en adolescentes en nuestra provincia es ascendente a partir del año 1995 en comparación a resto de provincias Del país.

Gráfico 5



FUENTE: INEC Y Estadística DPS ZAMORA CH.

De los partos atendidos en los H y UO del MSP de la provincia de Zamora Chinchipe el 28 % fueron en ADOLESCENTES en el año de 2007.

7.1.13 Causas de mortalidad adolescentes Zamora Chinchipe 2006

Gráfico 6

Nº	COD. CIE10	CAUSA DE MORTALIDAD	CASOS	%	TASA
1	W65- W74	Ahogamiento y sumersión accidentales	6	30	2
2	X85-Y09	Agresiones (homicidios)	2	10	0,6
3	X60-X80	Lesiones autoinflingidas intensionalmente (suicidio)	1	5	0,3
4	A40-A41	Septicemia	1	5	0,3
5	C81-C96	Neoplasia Maligna de Tej. Linfático	1	5	0,3
6	K70-K76	Cirrosis y otras enf. Del Hgado	1	5	0,3
7	O00-O99	Embarazo, parto y puerperio	1	5	0,3
8	V00-V89	Accidentes de transporte terrestre	1	5	0,3
9	R00-R99	Causas mal definidas	6	30	2
		TOTAL	20	100	6,7

FUENTE INEC 2006

Tasa por cada 10.000 adolescentes de 10 a 19 años

Se evidencia el ahogamiento y sumersión accidental conjuntamente como las cusas mal definidas ocupan más de 50 % de las causas de mortalidad y se presento una muerte materna de madre adolescente

Gráfico 7

Nº	CÓDIGO LISTA	PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE ADOLESCENTES	NUMERO	TASA	%
1	V00-V89	ACCIDENTES DE TRANSPORTE TERRESTRE	2	0,9	12
2	C81-C96	NEOPLASIAS MALIGNOS DEL TEJIDO LINFÁTICO, ÓRGANOS HEMATOPOYÉTICOS Y TEJIDOS AFINES	2	0,9	12
3	A00-A09	ENFERMEDADES INFECCIOSAS INTESTINALES	1	0,4	6
4	O00-O99	EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO	1	0,4	6
5	A39 A87 G00-G03	MENINGITIS	1	0,4	6
6	X60-X84	LESIONES AUTOINFLINGIDAS INTENCIONALMENTE (SUICIDIO)	1	0,4	6
7	C71	NEOPLASIA MALIGNA DEL ENCÉFALO	1	0,4	6
8	W65- W74	AHOGAMIENTO Y SUMERSIÓN ACCIDENTALES	1	0,4	6
9	RESTO	RESTO	3	1,4	18
10	R00-R99	CAUSAS MAL DEFINIDAS	4	1,9	24
TOTAL			17	8,2	100
FUENTE INEC TASA : Por cada 10.000 adolescentes					

En los años 2006 y 2007 se evidencia mortalidad en adolescentes por embarazo, parto y puerperio, predominan los accidentes de transporte terrestre y las causas mal definidas.

7.1.14 Comportamiento humano < 19 años Zamora Chinchipe 2007

Tabla 4

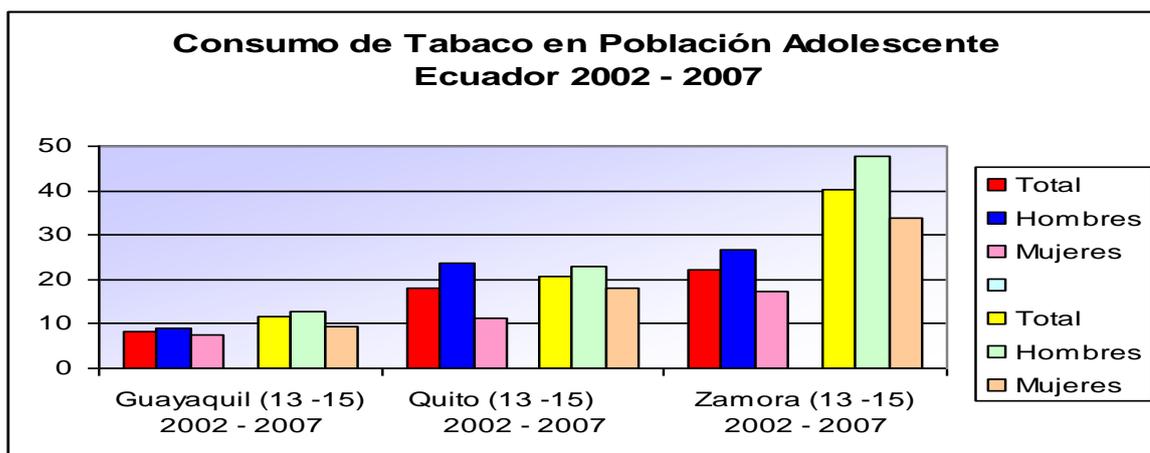
	COMPORTAMIENTO HUMANO	CASOS	%
1	VICTIMAS VIOLENCIA MALTRATO	355	54
2	DEPRESION	232	36
3	RETARDO MENTAL	27	4
4	ALCOHOLISMO	16	2
5	EPILEPSIA	16	2
6	SUICIDIO INTENTO	13	2
7	PSICOSIS	0	0
8	DEMENCIA	0	0
9	SUICIDIO CONSUMADO	0	0
10	FARMACODEPENDENCIA	0	0
	TOTAL	659	100

FUENTE: Estadística. Formulario. EPI 2 DPS. Año 2007

De los casos notificados por las Unidades de Salud del MSP de Zamora predominan las relacionadas con la violencia, depresión y alcoholismo.

7.1.15 Consumo de tabaco en la población adolescente

Grafico 8



Fuente: II Encuesta Mundial del Tabaco en Jóvenes.

El consumo de cigarrillo en el periodo 2002 – 2007 de las tres provincias del país Ecuador investigadas se demuestra que la provincia de Zamora Chinchipe ocupa el primer lugar donde el 48% de los varones adolescentes consumen cigarrillo, y el 34 % en mujeres.

7.1.16 Dinámica poblacional :

Grupos de edad de acuerdo a estimaciones INEC 2009.

Tabla 5

PROYECCION DE POBLACION POR AREAS DE SALUD, SEGÚN GRUPOS PROGRAMATICOS
ZAMORA 2.009

AREAS DE SALUD	POBLAC. TOTAL 2.009	GRUPOS PROGRAMATICOS										Embarazadas	MUJERES EDAD FERTIL	
		Menor de un año	12 a 23 meses	1 a 4 años	2 a 4 años	5 a 9 años	10 a 14 años	15 a 19 años	20 a 64 años	65 a 74 años	75 y más años		10 a 49 años	15 a 49 años
El Area 1 comprende los Cantones Zamora y Yacuambi.														
AREA DE SALUD No.1	POBLAC. TOTAL 2.009	GRUPOS PROGRAMATICOS										Embarazadas	MUJERES EN EDAD FERTIL	
		Menor de un año	12 a 23 meses	1 a 4 años	2 a 4 años	5 a 9 años	10 a 14 años	15 a 19 años	20 a 64 años	65 a 74 años	75 y más años		10 a 49 años	15 a 49 años
TOTAL	31.051	801	827	3.316	2.489	4.042	3.903	3.339	14.024	992	633	1.001	9.357	7.448
JULIUS DOEFNER *	12.224	234	295	1.128	833	1.413	1.520	1.503	5.759	408	260	292	4.060	3.277
EL LIMON *	685	26	23	70	47	87	77	72	316	22	14	32	202	160
28 DE MAYO (YACUAMBI)	2.759	93	88	354	267	397	364	268	1.150	81	52	116	902	714
CUMBARATZA	4.276	88	104	452	348	593	568	443	1.910	135	86	110	1.175	910
GUADALUPE	1.655	52	48	191	143	236	208	160	724	51	33	65	445	346
IMBANA	1.488	49	40	165	125	189	186	119	699	49	32	61	424	330
SAN CARLOS DE MINAS	1.206	40	29	132	103	157	149	111	553	39	25	50	260	203
PITUCA	360	7	9	33	25	42	45	44	170	12	8	9	120	97
GUAGUAYME ALTO	632	20	18	73	55	90	79	61	276	20	12	25	170	132
SAN ANTONIO	657	21	19	76	57	94	83	63	287	20	13	26	177	137
TIMBARA	806	19	18	87	68	102	90	96	370	26	17	24	206	166
NAMBIJA	1.079	36	26	118	92	140	133	100	495	35	22	45	233	182
GEMBUENTZA	643	22	20	83	62	93	85	62	268	19	12	27	210	167
LA PAZ	1.655	65	55	232	177	269	215	154	646	46	29	82	511	402
LA ESPERANZA	280	11	9	39	30	45	36	26	109	8	5	14	86	68
TUTUPALI	647	19	26	83	56	97	63	57	293	21	13	24	176	156

* Incluye la población de la parroquia Sabanilla

7.1.17 Población según estimación INEC 2009 Parroquia Guadalupe

Tabla 6

GRUPO ETAREO	NUMERO	GRUPO ETAREO	NUMERO
Menor de un año	52	De 65 a 74 años	51
DE 12 a 23 meses	48	De 75 años y mas	33
De 1 a 4 años	191	Embarazadas	65
De 2 a 4 años	143	MEF de 10 a 49 años	445
De 5 a 9 años	236	MEF de 15 a 49 años	346
De 10 a 14 años	208		
De 15 a 19 años	160		
De 20 a 64 años	724		
TOTAL		TOTAL	1. 665

Fuente: Proyecciones de población INEC 2001-2010

7.1.18 Comunidad Educativa Nivel Medio Parroquia de Guadalupe.

Cuadro estadístico de inicio de año del nivel medio año lectivo 2009- 2010 colegio Daniel Martínez de la parroquia de Guadalupe

Tabla 7

N.	NOMBRE DEL COLEGIO		CANTON	PARROQ.	GRAN-T	ALUM	DOCENTES Y ADMINISTRATIVOS	
							NOM	CONT
1	DANIEL MARTINEZ	DIUR.	ZAMORA	GUADALUPE	173	148	23	2
2	DANIEL MARTINEZ	NOCT.	ZAMORA	GUADALUPE	187	187		
TOTAL ALUMNOS Y DOCENTES					360	335	23	2

Fuente: Estadística Dirección Provincial de Educación periodo 2009-2010.

Como el universo poblacional consiste en su totalidad de 368 adolescentes según la estimación del INEC 2009 que cuenta la parroquia, mientras tanto el total de adolescentes inmersos en el nivel medio pretendemos implementar nuestro programa de prevención mediante capacitación en conductas de riesgo a 335 adolescentes 100% que se educan en el Colegio Daniel Martínez de la Parroquia de Guadalupe, cantón Zamora; a 23 docentes y personal administrativo 100% del centro educativo y al 50% de los padres de familia de los estudiantes en mención.

7.2. Marco conceptual

La OMS define como *adolescencia* al "período de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socio económica" y fija sus límites entre los 10 y 20 años.

7.2.1 Definiciones básicas

A continuación se presentan algunos conceptos y definiciones que son el referencial teórico que deben guiar las acciones en el trabajo con adolescentes y jóvenes, principalmente en salud sexual y reproductiva. Revisarlos es fundamental, ya que habitualmente el concepto determina la acción. Por ejemplo, si manejamos el concepto de que los o las adolescentes no tienen el derecho de decidir sobre sus vidas, o que las decisiones deben ser tomadas por las personas adultas que están en su entorno (profesionales de salud o sus padres), nuestras acciones no incluirán un trabajo de construcción de autonomía y empoderamiento. 15 Si por el contrario, el concepto es que las y los adolescentes son sujetos de derecho, el papel del equipo de salud deberá ser el de facilitar el proceso de construcción de la autonomía para la toma de decisiones libres e informadas.

a. Adolescencia: No existe un concepto universal de adolescencia si no muchas definiciones, que catalogan a las y los adolescentes por la edad, o por sus características biológicas o psicológicas. Sin embargo, cuando la sociedad destaca algunas de estas particularidades, está construyendo significaciones a partir de realidades sociales., lo que muchas veces facilita los rótulos y las discriminaciones. Por ejemplo: el adolescente es rebelde e irresponsable. Muchos y muchas adolescentes se tornan rebeldes para pertenecer al grupo. O sea, los y las adolescentes pasan a verse y reconocerse de la manera como son vistos por la sociedad. La visión actual es que no existe un modelo de lo que es un o una adolescente. Ellos o ellas son seres humanos concretos, reales, que buscan caminos de crecimiento y equilibrio; son hombres y mujeres con derechos, deberes y compromisos sociales; son ciudadanos y ciudadanas que tienen sueños, expectativas, ideales, problemas y dificultades y que están construyendo su autonomía y su proyecto de vida.

b. Derechos sexuales: es el derecho de las personas a tener información, educación, habilidades, apoyo y servicios para tomar decisiones responsables acerca de su sexualidad, de forma consistente con sus propios valores. Esto incluye

el derecho a la integridad corporal, a relaciones sexuales voluntarias, a una variedad completa de servicios de salud sexual y reproductiva -a los que se puede acceder de forma voluntaria- y a la habilidad de expresar la propia orientación sexual libre de violencia o discriminación (Shutt-Aine 2003).³

c. Género: es la suma de valores culturales, actitudes, funciones, prácticas y características basadas en el sexo. El género, según ha existido a lo largo de la historia, en las diferentes culturas y en las sociedades contemporáneas, refleja y perpetúa relaciones de poder entre el hombre y la mujer (PAHO/WAS 2000).

d. Salud reproductiva: es el estado general de bienestar físico, mental y social -y no solo la ausencia de enfermedad o malestar- en todos aquellos aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. Implica que las personas sean capaces de tener una vida sexual satisfactoria y segura, y que tengan la capacidad de reproducirse y la libertad para decidir hacerlo, cuándo y cómo (UNPOPIN 1994).

e. Salud sexual: la salud sexual es un proceso continuo de bienestar físico, psicológico y sociocultural relacionado con la sexualidad. La salud sexual se evidencia en las expresiones libres y responsables de capacidades sexuales que conducen al bienestar personal y social, enriqueciendo la vida individual y social. No es simplemente la ausencia de disfunciones, enfermedad y/o malestar. Para poder conseguir y mantener la salud sexual es necesario que se reconozcan y defiendan los derechos sexuales de todas las personas (PAHO/WAS 2000) 4.

Por los matices según las diferentes edades, a la adolescencia se la puede dividir en tres etapas:

f. Adolescencia Temprana (10 a 13 años) Biológicamente, es el *periodo peri puberal*, con grandes cambios corporales y funcionales como la menarquía. Psicológicamente el adolescente comienza a perder interés por los padres e inicia amistades básicamente con individuos del mismo sexo. Intelectualmente aumentan sus habilidades cognitivas y sus fantasías; no controla sus impulsos y se plantea metas vocacionales irreales. Personalmente se preocupa mucho por sus cambios corporales con grandes incertidumbres por su apariencia física.

g. Adolescencia media (14 a 16 años) Es la adolescencia propiamente dicha; cuando ha completado prácticamente su crecimiento y desarrollo somático.

4. IMAN (**Integración del Manejo de Adolescentes y sus Necesidades**) Servicios: Normas de Atención de Salud Sexual y Reproductiva de Adolescentes. OPS. Washington DC. 2005.

Psicológicamente es el período de máxima relación con sus padres, compartiendo valores propios y conflictos con sus padres. Para muchos, es la edad promedio de inicio de experiencia y actividad sexual; se sienten invulnerables y asumen conductas omnipotentes casi siempre generadoras de riesgo. Muy preocupados por apariencia física, pretenden poseer un cuerpo más atractivo y se manifiestan fascinados con la moda.

h. Adolescencia tardía (17 a 19 años) Casi no se presentan cambios físicos y aceptan su imagen corporal; se acercan nuevamente a sus padres y sus valores presentan una perspectiva más adulta; adquieren mayor importancia las relaciones íntimas y el grupo de pares va perdiendo jerarquía; desarrollan su propio sistema de valores con metas vocacionales reales.

Es importante conocer las características de estas etapas de la adolescencia, por las que todos pasan con sus variaciones individuales y culturales, para interpretar actitudes y comprender a los adolescentes especialmente durante ⁴un embarazo sabiendo que: *"una adolescente que se embaraza se comportará como corresponde al momento de la vida que está transitando, sin madurar a etapas posteriores por el simple hecho de estar embarazada."*⁵

7.2.3 Análisis de la situación de los y las adolescentes

Aspectos demográficos, sociales y culturales

Según estimaciones del Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA, 2003) la población mundial de adolescentes entre 10 y 19 años se encuentra próxima a los 1.200 millones de personas, lo que representa un 19% del total de la población mundial. La población actual de adolescentes y jóvenes en el mundo es, desde que hay estadísticas, la más grande que ha existido. Hay aproximadamente 3 mil millones de personas menores de 25 años y 85% de ellas vive en los países pobres. Cada año, 14 millones de adolescentes tienen hijos, y 2 a 5 veces más chances de morir por el embarazo y parto que las mujeres de 20 a 30 años. Además, casi 25% de las personas viviendo con VIH tiene menos de 25 años. Cada día se infectan 6000 jóvenes con VIH y, actualmente, 1/3 de las mujeres VIH+tienen 15 a 24 años. De los nuevos casos en gente joven, hay 1,6 casos en mujeres por cada hombre ⁸.

4. IMAN (**Integración del Manejo de Adolescentes y sus Necesidades**) Servicios: Normas de Atención de Salud Sexual y Reproductiva de Adolescentes. OPS. Washington DC. 2005.

8. Estimaciones del Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA, 2003)

9. (UNFPA – CEPAL Proyecciones Estadísticas Poblacional 2003).

En el año 2003 vivían 151 millones de adolescentes en la Región de las Américas, de los cuales las dos terceras partes lo hacía en América Latina y el Caribe (UNFPA 2003). El promedio de adolescentes para toda América Latina representa un 22% de la población, mientras que en América del Norte alcanza un 14% (CEPAL 2003). El mayor porcentaje de adolescentes se concentra en los países con más necesidades y menor desarrollo económico, y 78% vive en zonas urbanas. Entre 1998 y 2002, el analfabetismo se incrementó en algunos países de la Región, donde los porcentajes también varían de 0,5% ⁹.

Según los datos del Observatorio de los Derechos de la Niñez y Adolescencia el índice de cumplimiento de los derechos de los y las adolescentes apenas subió de 4 a 4.1 sobre 10 puntos en los últimos tres años (2002-2005). En dieciséis provincias no se llega ni siquiera a 5 puntos sobre 10; allí la principal amenaza a los proyectos de vida de los y las adolescentes es la falta de oportunidades para completar la educación secundaria.

En el año 2008¹⁶, la población de adolescentes en el Ecuador fue de 2'783.108, que representan el 20,8% de la población total, distribuidos 1'423.941 (51.2%) en adolescentes tempranos (10-14 años) y 1'359.167 (48.8%) en el grupo de adolescentes tardíos (15-19 años).

7.2. 4. Situación social de los adolescentes y jóvenes (15 a 29 años)

La información nacional sobre adolescentes de 10-19 años es escasa, y la mayoría de estadísticas oficiales toma como referencia más bien a la juventud. El SIISE (www.siise.gov.ec) en base al Censo INEC (www.inec.gov.ec) presenta el siguiente análisis estadístico para jóvenes de 15 a 29 años de edad, y destaca que:

- 77.79% se identifica como mestizo, 10.05% como blanco, 6.4% como indígena, 5.41% como afro ecuatoriano y 0.35% como perteneciente a otras etnias.
- 16% de la población joven no ha terminado la educación primaria, 69% la educación secundaria y apenas 8 de cada cien jóvenes que ingresan a la universidad obtienen un título universitario.
- 40.1% de jóvenes urbanos ha terminado la secundaria, mientras que en el campo lo hizo apenas el 14.6%. En la zona rural sólo el 2.9% del total de jóvenes ha culminado su carrera universitaria, cifra que en la urbana asciende al 11.2%.
- Las mujeres indígenas y afro ecuatorianas tienen las mayores brechas educativas en la terminación de primaria, secundaria, universitaria y titulación. Demográficos salud. 2008.

- El mayor porcentaje de extrema pobreza entre los y las jóvenes (31.2%) se ubica en los adolescentes entre 15 y 18 años.
- 6 de cada 10 jóvenes son pobres en el Ecuador y 3 de ellos viven en condiciones de extrema pobreza. La pobreza se concentra más en afro ecuatorianos (7 de cada 10) e indígenas (9 de cada 10).
- 7 de cada 10 adolescentes de 15 a 18 años migran al extranjero y 4 de cada 10 migran del campo a la ciudad. La migración se da por igual en hombres y mujeres.
- 54% de los adolescentes comenzó a trabajar entre los 10 y 14 años de edad, y el 18 % lo hace en la calle o en la construcción, sin protección alguna³⁵.

7.2.5 Perfiles de morbilidad y mortalidad en adolescentes tempranos y tardíos

La información disponible sobre los y las adolescentes es limitada, dispersa y discontinua, lo que dificulta el análisis integral de la problemática del país. El 13,34% del total de egresos hospitalarios en el año 2006¹⁸ se debe a morbilidad adolescente (115.149/863.037). De este total, el mayor porcentaje (77.6%) le corresponde al grupo de adolescentes tardíos (89.350/115.149). El 3,29% de la mortalidad sucede en adolescentes (1.909/57.940) y de este total el 64.58% corresponde al grupo de 15-19 años.⁶

En muchos países, los adolescentes llegan a representar del 20 al 25% de su población, en el Ecuador representa el 20% y en la provincia de Zamora Chinchipe el 24 %, lo que demuestra una población eminentemente joven. En 1980 en el mundo había 856 millones de adolescentes y se estima que en el 2000 llegarán a 1,1 millones. La actividad sexual de los adolescentes va en aumento en todo el mundo, incrementando la incidencia de partos en mujeres menores de 20 años.

La fecundidad adolescente es más alta en países en desarrollo y entre clases sociales menos favorecidas, haciendo pensar que se trata de un fenómeno transitorio porque, de mejorarse las condiciones, ella podría descender. Para otros investigadores, la disminución de las tasas de fecundidad adolescente está cada vez más lejos, ya que el deterioro de las condiciones socioeconómicas globales hace que se dude sobre la posibilidad de que la mayoría de los países realicen mayores

6. CELADE- SIISE. *Las tasas de fecundidad: CELADE 2004.*

7. *Boletín Demográfico 68. América Latina y Caribe: Fecundidad 1950-2050. Santiago de Chile; Encuestas DHS; Guzmán, J.M. et al. (2001).*

inversiones en sus sistemas educacionales y de salud, para alcanzar la cobertura que el problema demanda.

7.2.6 Morbilidad y vulnerabilidad

Las principales causas de **morbilidad en adolescentes tempranos de 10-14 años** corresponden a infecciones de diversos tipos, accidentes y violencia, enfermedades quirúrgicas y síndromes ligados a la salud sexual y reproductiva. La **mortalidad** en este mismo grupo fue causada por accidentes de tránsito, lesiones auto infligidas y neumonía por organismo no especificado.

En el grupo de **adolescentes tardíos de 15-19 años** la carga de **morbilidad** está ligada a síndromes y patologías que afectan la salud sexual y reproductiva, otras que demandan resolución quirúrgica y enfermedades ligadas a la violencia. La **mortalidad** se explica en cerca de la mitad de casos por causas asociadas a la violencia, accidentes de tránsito y lesiones auto infligidas.

Las y los adolescentes se enferman poco, no obstante, muchos de los hábitos perjudiciales para la salud que provocarán morbilidad o mortalidad durante la edad adulta, son hábitos que se adquieren en este periodo (Schutt-Aine 2003). Las principales causas de enfermedad y de los riesgos que los y las adolescentes enfrentan en este periodo están vinculadas a sus estilos de vida.

La violencia que afecta adolescentes y jóvenes comprende un amplio abanico de actos agresivos que van desde la intimidación y las peleas, hasta formas más graves de agresión que pueden llegar al homicidio. En todos los países, los varones de 15 a 19 años son los principales perpetradores, así como las principales víctimas de los actos de violencia en todas sus expresiones. La violencia constituye la segunda causa de hospitalización de los y las adolescentes en la Región. Se calcula que por cada joven muerto como consecuencia de la violencia, entre 20 y 40 sufren lesiones que requieren tratamiento hospitalario (WHO 2002b).⁷

La violencia sexual tiene como víctimas principales a mujeres y niñas y es cometida generalmente por hombres de mayor edad. De acuerdo con el *Informe mundial sobre la violencia y la salud* (WHO 2002b), en algunos países una de cada cuatro mujeres manifiesta haber sido víctima de violencia sexual por parte de su pareja, y una gran parte de las adolescentes ha sufrido iniciación sexual forzada. Es así como se estima que 60% de los embarazos de niñas menores de 15 años son producto de

⁷Ministerio de Salud Pública. República la Ecuador Normas y Procedimientos para la Atención Integral de los y las Adolescentes 2009.

abuso sexual o incesto. El problema de la violencia sexual tiene una marcada diferencia en relación con el género: por cada hombre abusado se cuentan entre 3 y 4 mujeres abusadas sexualmente. Por ejemplo, en el Caribe, 48% de las mujeres refieren que la primera relación sexual fue bajo coerción (OPS, 2000).

Los trastornos mentales como la depresión, el intento de suicidio y el abuso de alcohol y otras sustancias, tienen una alta prevalencia entre adolescentes, lo que explicaría en algunos países el aumento en la tasa de suicidios. Aunque todavía no hay datos confiables en la Región, es importante mencionar que como consecuencia de una sociedad conservadora y homofóbica, que no respeta el derecho de escoger la pareja sexual sin discriminación y con autonomía para expresar su orientación sexual, también han aumentado las muertes de adolescentes y jóvenes homosexuales (hombres y mujeres), debido a homicidios y principalmente suicidios.

El alcohol es la droga de mayor consumo entre los y las adolescentes. En Chile, entre los 12 y los 18 años el consumo de alcohol llega a 24%, y asciende a 50% entre los y las jóvenes de 19 a 25 años. De ese total, 24% pueden ser considerados bebedores problema. En Estados Unidos, 80% de los y las adolescentes consumen alcohol a los 18 años (Molina y cols 1988). El abuso del alcohol se asocia con las lesiones por causas externas -particularmente lesiones por accidentes de tránsito principal causa de muerte en adolescentes de la mayoría de los países de la Región. En el año 2000 se reportaron casi 15.000 muertes de adolescentes por accidentes de tránsito, y más de la mitad estaba alcoholizado al momento del suceso. El consumo de tabaco también tiene una alta prevalencia entre adolescentes. Los países con tasas más altas de consumo de tabaco en la Región son Perú, con 57% de adolescentes fumadores entre los 15 y 19 años, y Cuba, con 41%. El consumo de alcohol, tabaco y drogas que eran hábitos principalmente de los hombres, ya pasaron a ser hábitos también de las mujeres en los países en desarrollo.

El consumo de alcohol y drogas -especialmente drogas endovenosas- junto a otros hábitos de conductas de riesgo, hacen a las y los jóvenes particularmente vulnerables y los convierten en el centro de la epidemia mundial de VIH/sida. Se estima que la mitad de los 5 millones de nuevos casos de VIH que aparecen por año en el mundo lo constituyen jóvenes de 15 a 24 años. Según datos de ONUSIDA y el Programa Especial de Análisis de la OPS (2001), fueron reportados 53.133 casos de VIH/sida en el grupo de 10 a 14 años y 100.541 casos en el de 15 a 26 años en América Latina y el Caribe, donde los y las jóvenes constituyen un tercio de la población afectada. El porcentaje con respecto a la población total de afectados

varía de 36% en Haití, 34% en Honduras y Belice, 21% en Cuba, y 26% en Chile, según la misma fuente.

Las y los jóvenes de 15 a 24 años de edad que viven con VIH/sida superan el medio millón de personas (ONUSIDA, 2003). En el año 2001, la Asamblea General de Naciones Unidas reconoció que “La pobreza, el subdesarrollo y el analfabetismo figuran entre los principales factores que contribuyen a la propagación de esta enfermedad”. Por razones biológicas, de género y de normas culturales, las mujeres son más susceptibles que los hombres a la infección por VIH. Sin embargo, al igual que en los países desarrollados, en Latinoamérica y el Caribe el porcentaje de varones infectados persiste y es más alto que el de mujeres con VIH, si bien la proporción de mujeres de todas las edades entre las personas infectadas está aumentando paulatinamente, tanto en los países industrializados como en los países en desarrollo. La relación hombre- mujer se ha igualado en la última década (ONUSIDA, 2003), y esto conlleva a que, ante las deficiencias en el acceso a estrategias adecuadas de prevención y diagnóstico precoz, un número creciente de niños sigue contrayendo el VIH en los países de la Región. Más de 90 % de las infecciones en los niños son el resultado de la transmisión vertical, o sea de la transmisión del virus de la madre al niño por vía intrauterina en el momento del parto, o durante la lactancia.

Otras infecciones de transmisión sexual son causas importantes de morbilidad. Anualmente, 15% de hombres y mujeres adolescentes de 15 a 19 años sufrirán estas enfermedades, que constituyen la principal causa de infecciones de los órganos reproductivos (UNFPA, 2003) y los pone en condiciones de alta vulnerabilidad para contraer VIH/sida. La tuberculosis, principalmente en su forma pulmonar, continúa siendo en algunos países de la Región un grave problema de salud de adolescentes y jóvenes, especialmente en Brasil, Bolivia, Haití y Colombia (WHO, 2003).

7.2.7 Mortalidad

Las muertes entre adolescentes de 10 a 19 años se deben principalmente a causas externas. Además de los accidentes y traumatismos, siguen en orden de frecuencia los homicidios, suicidios, enfermedades infecciosas y las complicaciones del embarazo, parto y puerperio. La violencia es la principal causa de muerte de adolescentes en toda la Región y cobra aproximadamente 25.000 vidas cada año. La mortalidad es mayor entre los hombres de 15 a 19 años (OPS 2002a).

En los países del Caribe el sida ocupa el tercer lugar, y en Bahamas, es la primera causa de mortalidad de los y las adolescentes. La importancia de la población adolescente y su vulnerabilidad social genera en los servicios de salud la necesidad de abrir **espacios de intervención preventiva y clínica de calidad**, contemplando sus necesidades desde una perspectiva de derechos y de género ya que muchos de los riesgos para su salud pueden asociarse con estereotipos que afectan especialmente las relaciones de género, que son de inequidad y que traen consecuencias para la salud y para la vida de los jóvenes y de toda la sociedad.

7.2.8 Violencia en mujeres según grupo étnico en el Ecuador

Según estadísticas nacionales, la violencia se produce y se reproduce en todas las clases, grupos étnicos y sociales, cualquiera sea la religión o el nivel educativo y afecta principalmente a las mujeres a lo largo de todo el ciclo de su vida, sin embargo, las mujeres indígenas son las más afectadas

7.2.9 Marco legal Nacional e Internacional que protege a niños (a) y adolescentes

NACIONALES	INTERNACIONALES
<p>LEYES:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ley Orgánica de Salud 2006 La Ley N° 2005-2. • Reformatoria al Código penal del 23 de Junio del 2005. • Ley Código de la Niñez y la Adolescencia. (N° 100 año 2003). Art. 20, 25, 27, 28,30, 45 y 50. • Ley 103 Contra la Violencia a la Mujer y la Familia (1995). • Ley De maternidad Gratuita y Atención a la Infancia • Ley de la Juventud, <ul style="list-style-type: none"> • Ley para la Prevención y Atención del VIH/SIDA de • Ley de Educación de la Sexualidad y el Amor (PRONESA) • La Constitución Política en los artículos 11, 32, 35, 341, 358 dispone el fomento de ambientes saludables en lo familiar, laboral y comunitario, y la posibilidad de acceso permanente e ininterrumpido a servicios de salud. <ul style="list-style-type: none"> • Derechos de las personas y grupos de atención prioritaria La atención prioritaria, preferente y especializada a niños/as, adolescentes y mujeres embarazadas. • Ley Orgánica de Salud determina que el embarazo en adolescentes es un problema de salud pública. 	<p>CONVENCIÓNES:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer o Convención Belem do Pará (1994) • Convención sobre los Derechos del Niño/a Protección de las personas desde el nacimiento y hasta la juventud (1989). • Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer (1979) • Convención Americana sobre Derechos Humanos, San José de Costa Rica (1969) • Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación en Contra de la Mujer, 1991
<p>POLÍTICAS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Política Nacional de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos. 	<p>DECLARACIONES:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Declaración Universal de los DD Humanos (1948) • Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre 1948. • Cumbre Mundial a Favor de la Infancia, 1990
<p>NORMAS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Normas de Salud Sexual y Reproductiva del MSP, 1998. • Normas y Procedimientos de Atención Integral de los y las Adolescentes MSP 2005. • Normas y Procedimientos de Atención Integral de los y las Adolescentes MSP 2009 	<p>PROTOCOLOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Protocolo para Prevenir, Reprimir y Sancionar la Trata de Personas, especialmente Mujeres y Niños o Protocolo de Palermo (2000) • Protocolo Facultativo de la Convención sobre los Derechos del Niño/a relativo a la Venta de Niños, la Prostitución Infantil y la Utilización de la Pornografía (2000).
<p>PLANES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Plan Decenal de Protección Integral a la Niñez y Adolescencia PNDPINA; • Plan para Combatir la Trata, el Tráfico y la Explotación de Personas en particular hacia las mujeres, los niños, niñas y adolescentes 2006. • Plan Nacional de Desarrollo Social, Productivo y Ambiental 2007-2011. • Plan Andino y Nacional de Prevención del Embarazo en Adolescentes 2007. • Plan Nacional para la Erradicación de la Violencia de Género hacia la Niñez, Adolescencia y Mujer 2008. • Plan Provincial de Prevención del Embarazo en Adolescentes 2009 	

7.3 Conductas de riesgo

Actualmente las causas de morbi mortalidad en adolescentes han cambiado. 75% de las mismas se debe a conductas de riesgo. Dada la alta vulnerabilidad adolescente, por su inmadurez bio psicosocial, aumentó su riesgo de contagio de VIH, tal como señalan las estadísticas oficiales. Estableceremos si existe relación entre información y conocimiento, si esto influye en la presencia de conductas de riesgo y cómo se perciben en relación a las mismas.

7.3.1 Riesgo psicosocial

Los riesgos psicosociales son situaciones peligrosas que pueden conducir a una persona a eventos o acciones negativas, en momentos (etapas) de su desarrollo, inducidas por carencias o problemas personales, problemas familiares o movimientos sociales o del entorno donde vive.

7.3.2 Vulnerabilidad en el adolescente.

Recordaremos que al llegar a la adolescente el joven enfrenta el conflicto de lograr su identidad del yo o quedarse con la difusión de este, es decir no lograr consolidarse y definirse como persona única e irrepetible, autónoma e independiente. Un adolescente esta más en riesgo si no resolvió favorablemente sus conflictos de etapas anteriores, llega a la adolescencia con: desconfianza, vergüenza y duda, culpabilidad y sentimiento de inferioridad en relación a sus hermanos, amigos o compañeros. Situación que lo lleva al aislamiento, la soledad, la frustración y el enojo. Un aspecto más que lo hace vulnerable, es su estado de crisis, todo él es cambio, movimiento y caos. Además de tener mucha necesidad de experimentar, para buscar su identidad se prueba una y otra vez de lo que es capaz., lo necesita para sentirse igual a sus compañeros, sentirse grande, suficiente, autónomo e independiente. Lo invade un sentimiento de omnipotencia y cree que todo lo puede y nada le pasara. Conforme se contacta con la realidad se sabe en peligro o desventaja y renuncia a ciertas cosas por su seguridad.⁸

13. Política Nacional de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos 2006.

15. Constitución de la República del Ecuador 2008.

16. Plan Andino y Nacional y Provincial de Prevención del Embarazo en Adolescentes 2007 , 2008, 2009

24. Código de la Niñez y Adolescencia 2003.

25. LEY contra la Violencia a la mujer y la Familia, Art. 4, literal c): Violencia sexual

7.3.3 Detección de factores de riesgo.

En la medida que puedas detectar los riesgos a los que están expuestos tus hijos adolescentes en esa misma medida podrás prevenirlos. La cercanía con ellos te permitirá detectar oportunamente cualquier cambio positivo o negativo. Algunas conductas son: problemas de alimentación, por ejemplo: comer por ansiedad, por enojo, por tristeza, comer compulsivamente y a veces provocarse el vomito (bulimia), buscar comidas excesivamente higiénicas y desgrasadas (ortorexia), someterse a dietas constantes y severas, preocuparse excesivamente por su peso corporal y creer que comiendo un poco ya aumentaron en peso y acumularon grasa, negándose a comer nuevamente (anorexia). Si han bajado o subido de peso notablemente (inestabilidad e insatisfacción), etc. todo ello resultado de una insatisfacción de su físico y su persona. Sabes si ha pensado en quitarse la vida, son felices, tus hijos, o creen que la vida es pesada y sin esperanzas, tienen dificultades para dormir o duermen excesivamente, tienen dificultades para levantarse por la mañana, parece que les falta energía, hacen comentarios sobre lo fea que es la vida y su deseo de morir. Que sabes sobre tus hijos y su sexualidad: ¿tienen relaciones sexuales?, ¿usan protección?, ¿qué piensan de la sexualidad?, ¿tienes la certeza de que tus hijos no se embarazaran antes de estar listos?, En cuanto a las drogas ¿las han usado tus hijos o les han invitado a hacerlo, sus amigos las usan?, ¿se encuentra tú hijo en un ambiente de drogas?, ¿crees que en tu familia se da la violencia?, ¿tú o tu pareja golpean a los hijos?, ¿les pegas para desquitar el enojo y demostrar tu poder más que para educarlos? Sabias que un ambiente de tensión y rechazo es una invitación en los adolescentes y querer sedarse a través de las drogas, porque buscan el bienestar a través de salidas fáciles. Hazle saber que lo quieres y con nada lo podrás sustituir. Hazlo tomar conciencia, de que las drogas lo destruyen, a cambio de un rato de placer, que es solo una ilusión, que luego se transforma en pesadilla. Dile que el alimento no es malo, tampoco tú lo eres, que no deje sus proyectos, por ejemplo la escuela, que no interrumpa su desarrollo con embarazos, suicidios, etc. Ayúdalo a que reflexione, a que piense, que decida. No permitas que se deje llevar por la ignorancia, la soledad y las circunstancias de vida.

7.3.4 Prevención de conductas de riesgo en el adolescente.

La prevención de un riesgo se inicia en la propia familia con la adquisición de herramientas protectoras, tales como forjar un proyecto de vida, buscar alternativas para el uso y manejo del tiempo de trabajo y libre. Cuidar la autoestima, promover y vivir los valores, conocer y hacer una identificación de los riesgos. No des respuestas parciales y tranquilizadoras, ante los problemas de tus hijos, busca respuestas más completas (aunque dolorosas) y útiles dentro de tu familia. Háblales con la verdad, oriéntalos, escúchalos, entiéndelos, pero sobre todo quíérellos. Que la separación física o afectivamente de tu pareja, no sea un obstáculo para apoyar a los hijos. Busca tener una buena comunicación con ellos, déjalos que hablen, no respondas impulsiva o críticamente, pues llevaras a tus hijos al silencio. Conoce a sus amigos, no los critiques aunque tengas razones para ello, porque eso hará que tus hijos se molesten contigo y se rompa toda posibilidad de comunicación, además rechazar a sus amigos, es rechazarlo a él. Si consideras que sus amigos son mala influencia, ayúdalos a ser crítico, a analizar las situaciones y a actos de las personas, que aprendan a decidir lo que les hace bien o mal. Tener momentos de convivencia familiar, que asegure el deseo de tus seres queridos de estar en el hogar, por ejemplo jugar a la lotería, cocinar juntos, salir a caminar por la noche, etc. Procuren tratar a todos sus hijos con el mismo amor y respeto, es básico para fortalecerlos, si se sienten amados, no se dañaran.

7.3.5 El amor contra las conductas de riesgo.

No hay en la vida mayor necesidad emocional en el ser humano que sentirse, amado, protegido y atendido. Esto le dará un sentido de ser, de merecer y de confianza. Se fortalecerá su autoestima y posteriormente el aprenderá a quererse y cuidarse, como lo hicieron en el origen sus padres o cuidadores. Por el contrario sentirse avergonzado, dudoso de su persona y su comportamiento, lo llevará a no mostrarse, no atreverse a nada, quizás recurra a la droga para sentirse fuerte y relajado. Los sentimientos humanos negativos como; la desconfianza, la vergüenza, la culpabilidad y la inferioridad lo llevarán a elegir conductas que compensen estos sentimientos. Tú amor, dará a tus hijos la posibilidad de ser y de estar. Los protegerá, los fortalecerá y los impulsará a luchar. Los hará sentirse con derecho a estar donde quieran estar, les dará la confianza para emprender cualquier proyecto por difícil que sea, siempre y cuando sea realista. Les dará esperanza frente a las

adversidades, les permitirá buscar alternativas frente a los problemas. Les hará sentirse vivos y llenos de energía.

7.3.6 Qué hacer ante las conductas de riesgo

Obviamente, a nadie escapa la importancia de las medidas preventivas que han de desarrollarse en el marco de la familia y de la comunidad en que se mueven nuestros adolescentes. También, todo el mundo sabe que las conductas de riesgo de nuestra población juvenil están aumentando de manera alarmante. Y existen varios factores que explican este incremento.

Partiendo de la premisa de que la transición de la niñez a la etapa adulta requiere estabilidad externa, una primera causa la encontramos en la turbulencia sociopolítica de algunos países (como los de Hispanoamérica), así como el rápido cambio socio-cultural de nuestras sociedades, que hacen que para muchos jóvenes el medio social sea inestable y la transición de la adolescencia más difícil. Una segunda fuente de problemas es la falta de coordinación entre los sistemas educativos y el mundo del trabajo. Hoy en día existen muchas más oportunidades de educación que hace algunos decenios; sin embargo, el desempleo juvenil va en aumento, siendo una de las principales áreas de preocupación de los adolescentes. Como tercera causa hay que citar la desestabilización de la familia como institución, uno de los cambios más profundos que atraviesa nuestra cultura. Se trata no sólo de las crecientes tasas de separación y divorcio, sino también de la pérdida de la vida familiar cotidiana y la posibilidad de recurrir a los parientes para resolver problemas, dificultades de comunicación de los padres entre sí y con sus hijos, y muchas otras alteraciones de la dinámica familiar. Es palpable la estrecha relación entre la disfunción familiar y la aparición de conductas de riesgo en los adolescentes.

Desde el punto de vista práctico es precisamente en la familia donde debe tomarse la iniciativa para evitar o neutralizar las conductas de riesgo de los hijos adolescentes. Los padres están en condiciones, en circunstancias familiares normales, de dejar bien claro lo que se pretende de los hijos y las normas que regirán su actitud parental.

En múltiples situaciones cotidianas, los padres han de saber asumir algunos riesgos (que no implican, de entrada, gravedad) que demandarán los hijos adolescentes. Habrá que negociar y renegociar, para obtener las máximas garantías de seguridad

ante situaciones que, indefectiblemente, van a suceder. Veamos, pues, algunas reglas prácticas a tener en cuenta ante las demandas (de riesgo) de los hijos:

1) Recordar que asumir riesgos constituye un rasgo importante (aunque preocupante) del desarrollo adolescente.

2) Asegurarse de que tanto los padres como el hijo adolescente poseen información adecuada; por ejemplo, que el potencial conductor de la moto posee una máquina en condiciones y que está capacitado para conducir el vehículo por el asfalto.

3) Adoptar el modelo de vida que se prefiera transmitir a los hijos; por ejemplo, si se les advierte acerca de los peligros del tabaco, tampoco el padre ha de fumar.

4) Comentar los riesgos de determinada acción que el hijo va a emprender, tratando de llegar a un acuerdo para que la experiencia a realizar resulte relativamente segura, pensando siempre en lo que el padre mismo podría hacer para lograrla y comentándolo; por ejemplo, cuando una hija se dispone a realizar un viaje en auto-stop.

5) Negociar intentando llegar a una solución de compromiso o sugerir un riesgo (menor) alternativo para que el hijo acepte no asumir uno de otro tipo; por ejemplo, cuando se planea una salida nocturna en coche un fin de semana, habrá que aconsejar el trayecto vial de menor peligro, asegurándose de que el conductor no consumirá alcohol, etc.

6) No entrometerse en lo posible, ya que el adolescente tiene que ser capaz de manejar sin ayuda la mayoría de riesgos, indicando, no obstante, que existen límites ante determinadas situaciones y que entonces el padre actuará con toda energía, como por ejemplo: dietas de adelgazamiento obsesivas, amistades peligrosas, etc.

7) Recuérdese que la meta final consiste en que el adolescente sepa dirigirse a sí mismo, manejando con autonomía su propia salud y su propia vida.

Normas para prevenir las conductas (de riesgo) del adolescente.

- Fomentar los vínculos de respeto y cariño mutuos.
- Formular sólidas exigencias sociales y morales.
- Elegir con cuidado las reglas que se vayan a aplicar.
- Ser coherente.
- Mostrarse persistente.
- Explicar con razones las reglas (y la disciplina) a aplicar.
- Otorgar responsabilidades y total confianza al hijo.

Normas para prevenir las conductas (de riesgo) del adolescente.

- Fomentar los vínculos de respeto y cariño mutuos.

- Formular sólidas exigencias sociales y morales.
- Elegir con cuidado las reglas que se vayan a aplicar.
- Ser coherente.
- Mostrarse persistente.
- Explicar con razones las reglas (y la disciplina) a aplicar.
- Otorgar responsabilidades y total confianza al hijo.

7.3.7 Las consecuencias de las conductas sexuales de riesgo en los adolescentes

- 1.- Embarazos no planificados
- 2.- Interrupción voluntaria de embarazo (IVE):
- 3.- Enfermedades de Transmisión Sexual y SIDA. Existen dificultades para conocer con exactitud la incidencia y
- 4.- Experiencias traumáticas en las primeras relaciones amorosas de los jóvenes.

¿Que se puede hacer ante esta situación?

El abordaje de esta problemática debe ser doble:

1. Prevención de los riesgos.
2. Y promoción de la salud afectivo-sexual que fomente una actitud positiva y responsable e la sexualidad, revalorizan

7.4. Acciones de reducción de riesgo e incremento de la protección.

Es fundamental referirse al rol de los factores protectores en el comportamiento juvenil riesgoso. Como hemos dicho, un foco importante se encuentra en las oportunidades para el desarrollo de destrezas y la incorporación social. Roldán (1994) destaca tres ambientes ecológicos fundamentales en el desarrollo del niño y el adolescente: el útero materno, la familia y la escuela.

En relación a esta última destaca que no todos nacen con las mismas posibilidades de responder al sistema educativo formal. Desarrolla en Argentina una investigación acción que tiene como objetivos programáticos la detección de factores protectores y de riesgo para la salud adolescente en el ámbito escolar y desarrolla una experiencia exitosa de capacitación para docentes y autoridades escolares como agentes de salud. Especifica la necesidad de la detección precoz de la población en riesgo de ser eliminada del sistema educativo por dificultades de aprendizaje e indisciplina y

considera necesario lograr la disminución de la cantidad de alumnos en riesgo por ausentismo, bajo rendimiento, sanciones, exclusión del sistema por autoridades.

Documentos de la Organización Mundial de la Salud (1989) reconocen la importancia del ámbito escolar, el papel que puede jugar en la prevención primaria y primordial y destacan la necesidad de promover estilos de vida saludables entre los jóvenes. Generalmente se analiza lo contrario, o sea, si los y las adolescentes satisfacen los criterios de éxito del sistema educacional. En este caso, la posibilidad de promover su salud queda bastante excluida del enfoque.

7.4.1. Grupos meta prioritarios.

Si bien no pretendemos desglosar los grupos meta por su exposición al riesgo o presencia de daño, pues para ello es necesaria en cada área la detección y planificación de estrategias prioritarias, nos referiremos someramente a algunos grupos que han sido coincidentemente identificados como relevantes.

La mayor parte de los análisis de los comportamientos de riesgo permiten concluir que entre los grupos metas prioritarias para la prevención de los comportamientos de riesgo están los jóvenes desertores y los adolescentes potencialmente desertores del sistema escolar.

Se trata de un factor de riesgo que se asocia a numerosos comportamientos que conducen al daño. Identificarlos, caracterizar las condiciones de su vulnerabilidad para poder proveer de instrumentos de acción a los establecimientos educacionales a través de su cuerpo docente, buscar soluciones para favorecer la permanencia satisfactoria de los estudiantes es área importante de desarrollar. Aun cuando los estudiantes no puedan evitar la deserción puede ser crucial orientarlos tras identificar sus recursos para el desarrollo de su proyecto de vida y la orientación que les permita reencauzarse constructivamente en el marco de sus dificultades. Otra área importante de focalizar es la sexualidad adolescente. Es con la preocupación por el embarazo adolescente que se hacen más visibles los y las jóvenes y emerge la necesidad de incluir este segmento de la población en la agenda de la planificación de salud. Sin embargo, en la atención a la salud reproductiva es necesario incluir más enfáticamente los valores masculinos y el rol que le cabe al varón (Population Council, 1990). Por otro lado la preocupación por el embarazo parece seguir predominando, con lo cual cuando se buscan anticonceptivos no se considera necesariamente la prevención de enfermedades de

transmisión sexual. Esta área implica además numerosos otros aspectos de tipo interpersonal e incluso en ocasiones de patología social: prostitución temprana, abuso sexual, etc.

La migración rural-urbana y la pertenencia a un estrato socioeconómico de extrema pobreza que requiere de los y las adolescentes el desarrollo de estrategias de supervivencia para la satisfacción de sus necesidades básicas: comida, vivienda, etc., incrementa la exposición a factores de riesgo. Las y los jóvenes para los cuales la calle es el espacio de satisfacción de necesidades importantes se encuentran desprovistos de muchos factores protectores.

Grupos de alto riesgo se encuentran en aquellos sectores cuyo comportamiento se encuentra fuera de control por pertenecer a estratos con difícil acceso a las opciones y por estar sometidos a estimulaciones disruptivas de particular intensidad por diversas razones (económicas, políticas, bélicas, marginalidad, impacto distorsionador de la modernización, carencia de empleo y educación), y que plantean el urgente desafío de encontrar las instancias posibles que den contención apropiada y posibilidades de conducción a su cuidado.

Los y las jóvenes transgresores, violentos, adictos son grupos importantes de focalizar. Las experiencias basadas principalmente en el control social no han demostrado ser suficientes para conducir a la reducción de estas conductas ni los daños subsecuentes, y, en ocasiones han llegado a constituir factores de riesgo. Los programas de prevención, deben considerar además del nivel de detención y reclusión (cuando es necesario), la identificación más precisa del problema adolescente, la oferta de modelos integrales que permitan reparar aspectos deficitarios a través del ingreso voluntario a estos programas, los que a su vez se articulen con vías de inserción social que faciliten la autonomía y la productividad. Esto requiere la participación de promotores capacitados para motivar e informar a los y las jóvenes en las zonas de riesgo.

En relación a los accidentes, causa prioritaria de la morbi mortalidad juvenil, cabe analizar la creación de nuevos enfoques que refuercen las medidas actuales. Es interesante constatar que la licencia de conducir, es de algún modo, uno de los pocos ritos de pasaje a la adultez que nuestra sociedad ofrece (los otros son alcanzados por los jóvenes que llegan a la escolaridad secundaria y con el derecho al voto), lo que podría contribuir a desarrollar programas preventivos vinculados a esta circunstancia.

7.4. 2. La participación juvenil en las estrategias de prevención.

Un aspecto que gana un reconocimiento metodológico creciente es la necesidad de incorporar a los propios jóvenes a las propuestas y a la ejecución de programas. Weinstein (1992:82) recomienda que "los programas sociales dirigidos a jóvenes en riesgo psicosocial deben explorar estrategias comunicacionales que consideren los modos y fuentes de información que este grupo etario y social posee". Enfatiza que la información circule en el nivel local, motivando a los líderes cercanos a estos jóvenes para que su información y opinión pueda influirlos. Efectivamente estas estrategias, se han puesto en práctica exitosamente en diversos países latinoamericanos y constituyen una forma del trabajo de promoción de la situación de los jóvenes en riesgo que permite el avance integral y fortalecimiento.

La focalización de la atención implica tomar en cuenta que la presencia de los factores de riesgo se hace presente en la adolescencia temprana. Por otro lado en la última etapa de la adolescencia -17 a 20 años- las preocupaciones y las capacidades de auto cuidado parecen incrementarse.

Hay una mayor conciencia de riesgos tanto en el plano sexual como en el campo de las drogas y los aspectos psicosociales de su desarrollo son más claramente percibidos. Estos jóvenes pueden ser capacitados para promover la salud en sus diferentes aspectos y actuar como agentes multiplicadores dada su fuerte interacción con los grupos de pares.

7.4.3 Consideraciones Finales.

Es posible identificar sectores con mayor exposición al riesgo, con diversas valoraciones de la salud, con mayor o menor desarrollo de los recursos que permiten prever, fomentar y enriquecer la calidad de vida. Las diferencias biológicas y socioculturales definen que, además de los problemas de salud compartidos por hombres y mujeres, existen manifestaciones de la morbi mortalidad que predominan o son exclusivos de uno u otro sexo, que tiene presencia mayor o menor, e incluso características diversas en las etnias, estratos socioeconómicos, ámbitos rural o urbano y particularidades muy importantes y críticas en al fase juvenil.

Las intervenciones preventivas de las conductas de riesgo consideran factores de riesgo y protección tanto internos como externos, así como la mayor vulnerabilidad a edades tempranas (adolescencia: 10 a 15 años) y la mejor capacidad de auto cuidado

y liderazgo en la promoción de la salud e inserción social en el período propiamente juvenil (15 a 24 años).

La participación juvenil en el diseño y aplicación de las estrategias es fundamental, así como la articulación con adultos que estén capacitados y convencidos de la adecuación de las acciones. La existencia de redes de capacitación, promotores de la calle que prioricen a los grupos insertos en los circuitos de alto riesgo, los ritos de pasaje que valoricen públicamente la incorporación a las responsabilidades adultas, son apoyos importantes en el desarrollo de las acciones.

Finalmente, es importante concluir con Perry y Jessor (1985), cuando señalan que la promoción de la salud frente a las conductas de riesgo no es simplemente materia de responsabilidad personal. El contexto inmediato de las vidas, el modelaje de la personalidad y el rol social guardan relación con factores económicos, sociales y políticos. Cambios en los enfoques sociales, en la estructura de oportunidades de educación, empleo, recreación y desarrollo personal son parte esencial de un enfoque amplio de promoción de la salud, todo lo cual no puede ocurrir sin el aporte de aquellos interesados en investigar y actuar permanentemente en el compromiso de superar los aspectos de riesgo de la fase juvenil, en todos los niveles posibles.

La colaboración familia y escuela deben impulsar junto con el estado políticas y programas de calidad para los adolescentes y jóvenes que promuevan zonas de protección (apoyo familiar, permanencia en el sistema educativo, trabajo, acceso a los servicios de salud) que permitan el desarrollo de una identidad positiva de los Adolescentes como agentes de cambio hacia una sociedad más democrática.

Los programas sociales dirigidos a jóvenes deben disminuir la vulnerabilidad y el daño (zonas de riesgo) al que se encuentran expuestos los adolescentes y jóvenes. Con una detección precoz de la población en riesgo, elaborando programas para estilos de vida saludable, como procesos formativos a incorporarse como temas transversales en los proyectos educativos formales y no formales (Álvarez y Bisquerra, 1989), incorporando a los propios jóvenes a las propuestas y ejecución de los programas de educación para la salud, escolares o gubernamentales. Integrando a adultos (padres y maestros) capacitados y convencidos hacia la creación de redes de apoyo comunitarias.

Conducta sexual del adolescente y factores de riesgo en la actividad sexual

Precoz Para Zubarew (2005), la conducta sexual de los adolescentes ha cambiado en forma significativa a lo largo de este último siglo. Actualmente, los adolescentes adquieren la maduración antes, pero se casan más tardíamente. Esto determina un largo período de tiempo en que los adolescentes ya han adquirido capacidad reproductiva y aún no logran el cumplimiento de las tareas psicosociales de la adolescencia, como son: el logro de una independencia afectiva y económica de su familia de origen. Durante este período los adolescentes están biológicamente preparados y culturalmente motivados para iniciar una vida sexual activa, pero son incapaces de analizar las consecuencias de su conducta sexual y tomar decisiones en forma responsable, ya que no han logrado el nivel de desarrollo cognitivo y emocional necesario para establecer una conducta sexual responsable. De otra parte, Dryfoos (1990) analiza los factores asociados al inicio precoz de la actividad sexual y sus consecuencias, donde demuestra claramente que la conducta sexual temprana aumenta el riesgo de múltiples consecuencias nocivas para la salud integral del Adolescente.

La conducta sexual precoz y desprotegida en adolescentes trae consecuencias como el embarazo no deseado, la adquisición de enfermedades de transmisión sexual y/o SIDA, repercusiones ligadas al embarazo y parto (complicaciones obstétricas y perinatales), o ligadas a la crianza del niño (deserción escolar), disminución de las posibilidades laborales, matrimonios menos estables, menores ingresos económicos, mayor frecuencia de problemas emocionales, entre otras consecuencias posibles. Según Cerruti (1997), la noción de derechos sexuales invoca la libertad sexual como la capacidad de expresar el deseo de disfrutar de una vida sexual placentera sin riesgos ni coacciones, con posibilidad de tomar decisiones y de ejercer opciones. En este sentido, se requiere de la planificación familiar, el control voluntario de la procreación, la prevención de enfermedades de transmisión sexual, la maternidad sin riesgos, la prevención de embarazos adolescentes y la presencia de servicios de salud pública para abortos seguros. Así mismo, la aplicación de los derechos sexuales compromete a los servicios educativos e informativos, los cuales tienen por misión formar, informar y asesorar sobre la problemática señalada.

El comportamiento sexual responsable se expresa en los planos personal, interpersonal y comunitario. Se caracteriza, así mismo, por la autonomía, madurez, honestidad, respeto, consentimiento, protección, búsqueda de placer y bienestar en el sujeto. Así, la persona que practica un comportamiento sexual responsable no pretende causar daño a terceros, por lo que se abstiene de la explotación, el acoso, la manipulación y la discriminación sexual. En efecto, la familia, la escuela y la comunidad en general deben fomentar los comportamientos sexuales responsables al proporcionar la información, los recursos y defender los derechos que las personas necesitan para participar en dicha práctica. Por ejemplo, la expresión relaciones seguras sin riesgo se emplea para especificar las prácticas y comportamientos sexuales que reducen el riesgo de contraer y transmitir infecciones de transmisión sexual, en particular el VIH-SIDA.

El autor arriba mencionado enfatiza claramente que la actividad **sexual es una** expresión conductual de la sexualidad personal, donde el componente erótico de la sexualidad es el más evidente. Así, la actividad sexual se caracteriza por los comportamientos que buscan el erotismo y es sinónimo de comportamiento sexual. Por su parte, la actividad sexual precoz se asocia a otros comportamientos problemáticos como beber en exceso, abusar de las drogas, mostrar conductas delictivas, tener problemas escolares, bajos niveles de autoestima y mayores posibilidades de padecer depresión.

Al respecto, Florenzano (1997) manifiesta que los conflictos aludidos van a depender del tipo de actividad sexual y la madurez de los individuos involucrados.

Idealmente, las relaciones sexuales deben ocurrir en el contexto de una relación de pareja estable, emocionalmente madura y con capacidad de intimar. Esta situación no se adquiere antes del final de la adolescencia (18-21 años). La percepción de los adolescentes respecto a este tema se manifiesta, por lo general, a partir de la presión de los pares, la curiosidad, el sentimiento de bienestar, atractivo propio y de aceptación y reconocimiento del entorno, las relaciones cercanas, el enamoramiento de la pareja, el deseo de querer tener un hijo, la falta de control de la situaciones, el sentirse mayor, y el nivel de independencia y autonomía, según manifiesta el autor.

Jessor (1991), explica por su parte sobre la influencia de los factores de riesgo en el inicio de la actividad sexual, el autor manifiesta que es reducto de varios elementos, a saber: depende del desarrollo cognitivo y psicosocial de los propios adolescentes, la influencia de la familia, los factores individuales y los medios de comunicación. Para la mejor comprensión describimos cada uno de estos factores, a continuación:

a) El desarrollo cognitivo y psicosocial. Se refiere a los cambios que vive el adolescente, que lo colocan en una situación de alto riesgo de conducta sexual precoz, ya que durante las primeras etapas de la adolescencia su pensamiento hipotético-deductivo aún no se ha desarrollado completamente. De igual modo, el adolescente no ha completado el proceso de desarrollo de su identidad, no está en capacidad de intimar, se da en él la presencia de sentimientos de invulnerabilidad, omnipotencia y egocentrismo, propia de la etapa, donde el adolescente busca experiencias nuevas y la separación de su familia.

b) El influjo de la familia. La causa fundamental es la relación directamente proporcional entre la relación de disfunción familiar con escasa comunicación, y el embarazo precoz en adolescentes ha sido ampliamente demostrada. La calidad de interacción del adolescente con la familia es uno de los factores protectores más importantes en el inicio de una actividad sexual precoz, así como para salvaguardarlo de otras conductas de riesgo.

c) Los factores individuales. Implican aspectos negativos como las bajas expectativas académicas, la escasa autoestima, el nivel socioeconómico bajo, que son elementos asociados frecuentemente en el contexto del inicio de una actividad sexual precoz. La presión de pares es un elemento también a considerar en este rubro, donde de acuerdo con las características del desarrollo del adolescente, el grupo cobra importancia como modelo de conducta.

d) Los medios de comunicación. Constituyen una fuente importante de información de conductas sexuales para los adolescentes, pero esta función socializadora no es nada positiva, lo contrario ocurre una difusión permanentemente con mensajes y modelos que los impulsan a asumir conductas de riesgo. Algunos de los mensajes entregados, por ejemplo, son del tipo: el sexo es entretenido, la

conducta sexual no tiene riesgo alguno, el sexo fuera del matrimonio es común. Los medios de comunicación están cumpliendo su rol como debe ser, no se difunde algún tipo de preocupación sobre la anticoncepción, los riesgos de embarazo o las enfermedades de transmisión sexual, por lo tanto, enseñar a los/las adolescentes a descifrar aquellos mensajes reorientando para lograr una adecuada educación en la sexualidad, es función de la familia, del personal de salud y de la educación formal.

Educación sexual en el desarrollo de la sexualidad adolescente Para Cerruti (1997), la educación de la sexualidad comprende “el proceso educativo continuo vinculado profundamente a la formación integral de niños y jóvenes que les aporte información científica y elementos de esclarecimiento y reflexión para incorporar la sexualidad de forma plena, enriquecedora y saludable en los distintos momentos y situaciones de la vida”. Así, mismo, el investigador plantea que los objetivos de todo programa de educación sexual deben ser:

- lograr el desarrollo de un pensamiento crítico que posibilite la adquisición de actitudes positivas hacia la sexualidad, entendida como elemento inherente al ser humano;
 - favorecer el proceso a través del cual es posible reconocerse, identificarse y aceptarse como ser sexual y sexuado durante el transcurso de su vida, sin temores, angustias ni sentimientos de culpa;
 - favorecer un desarrollo de roles sexuales que propicie relaciones de respeto y equidad entre las personas, superando discriminaciones de género;
 - revalorizar la importancia del componente afectivo en la vida de los seres humanos y en sus relaciones entre sí;
 - favorecer un mayor conocimiento y relación con el propio cuerpo, como elemento de autoestima y de sustento de auto cuidado de salud;
 - favorecer el desarrollo de conductas sexuales conscientes y responsables hacia uno mismo y los demás; y
 - propiciar la comunicación en la vida familiar, así como en la pareja, donde se deben promover criterios equitativos y conductas de responsabilidad compartida.
- Prosigue el autor señalando que la educación en sexualidad debe comenzar lo más temprano posible, idealmente desde la concepción y continuar progresivamente a lo largo de toda la vida. La educación sexual informal, que se desarrolla a nivel de los mecanismos espontáneos de socialización, repercute significativamente en niños y

adolescentes; esta se debe producir en forma continua en distintos niveles: la familia, los grupos de amigos, la comunidad y los medios de comunicación social. La educación formal se encuentra incorporada al currículo de los establecimientos educacionales y se basa principalmente en los aspectos biológicos reproductivos.

Cabe señalar que, en nuestro medio, los programas curriculares diseñados por el Ministerio de Educación, adolecen de la carencia de una visión preventiva promocional en el área de la salud sexual, especialmente en el conocimiento de los la prevención de factores de riesgo en el etapa prenatal. Más dicha institución ha enfocado la salud sexual desde el punto de vista de la salud sexual reproductiva. (Ministerio de Educación, 2005)

35. Menkes, C. y Suárez, L. (2004). Embarazo y fecundidad adolescente en México. Lozano

36. Ministerio de Educación. (2005). Centro de Informática y Estadística – UGEL 01 – San Juan de Miraflores- Lima – Perú.

37. Ministerio de Educación. (2005). Guía de educación familiar y sexual para docentes y padres de familia: Lima Perú - UNFPA.

38. Ministerio de Salud del Perú. (2005). Salud Sexual y reproductiva en el Programa de Promoción de la Salud en las Instituciones Educativas. Lima: Dirección General de Promoción de la Salud.

8. DISEÑO METODOLOGICO.

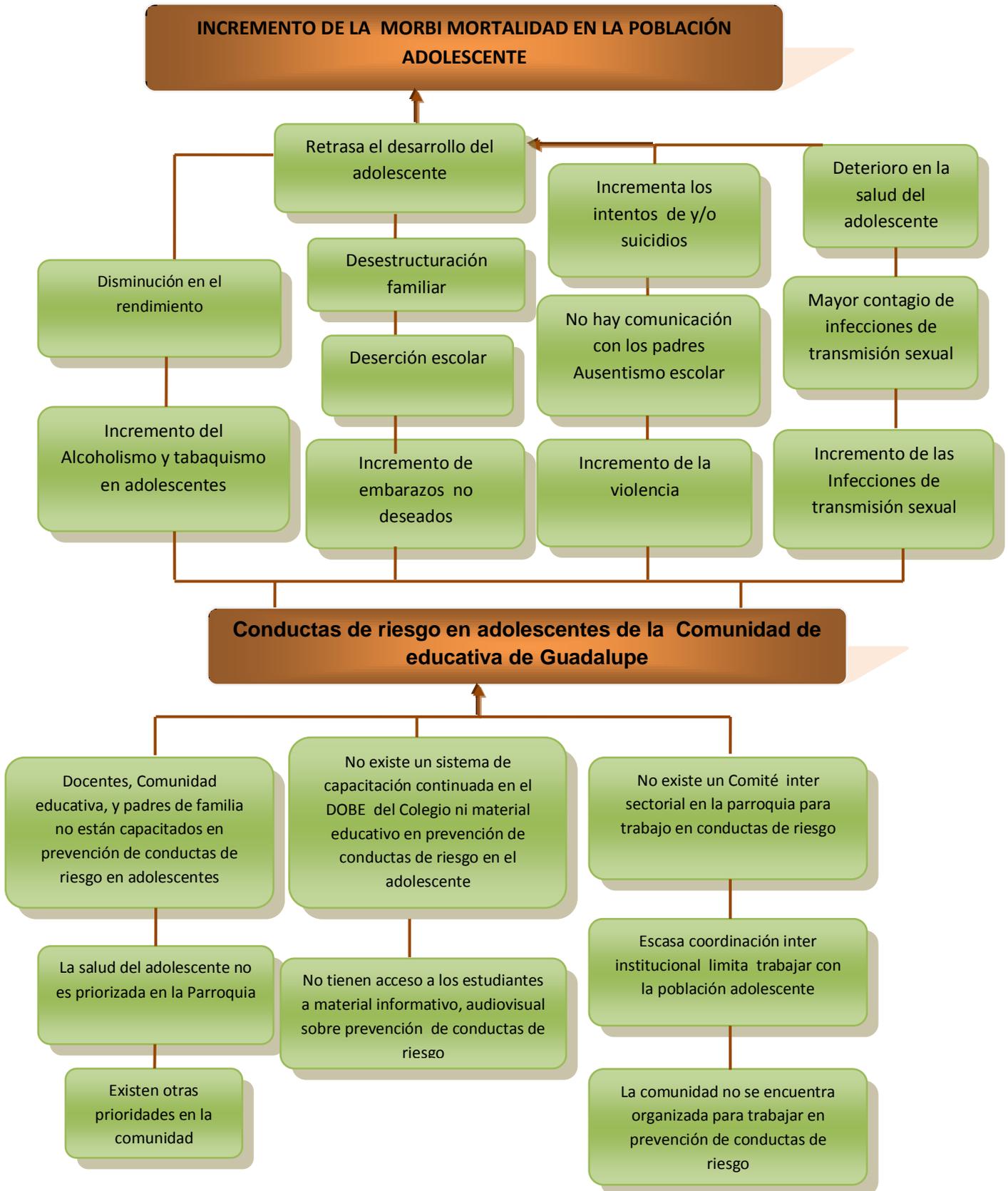
La intervención del presente proyecto de acción para su desarrollo y monitoreo se tomará en cuenta su metodología basada en, marco lógico con todas sus herramientas.

- Análisis de involucrados
- Árbol de problemas
- Árbol de objetivos
- Matriz de marco lógico

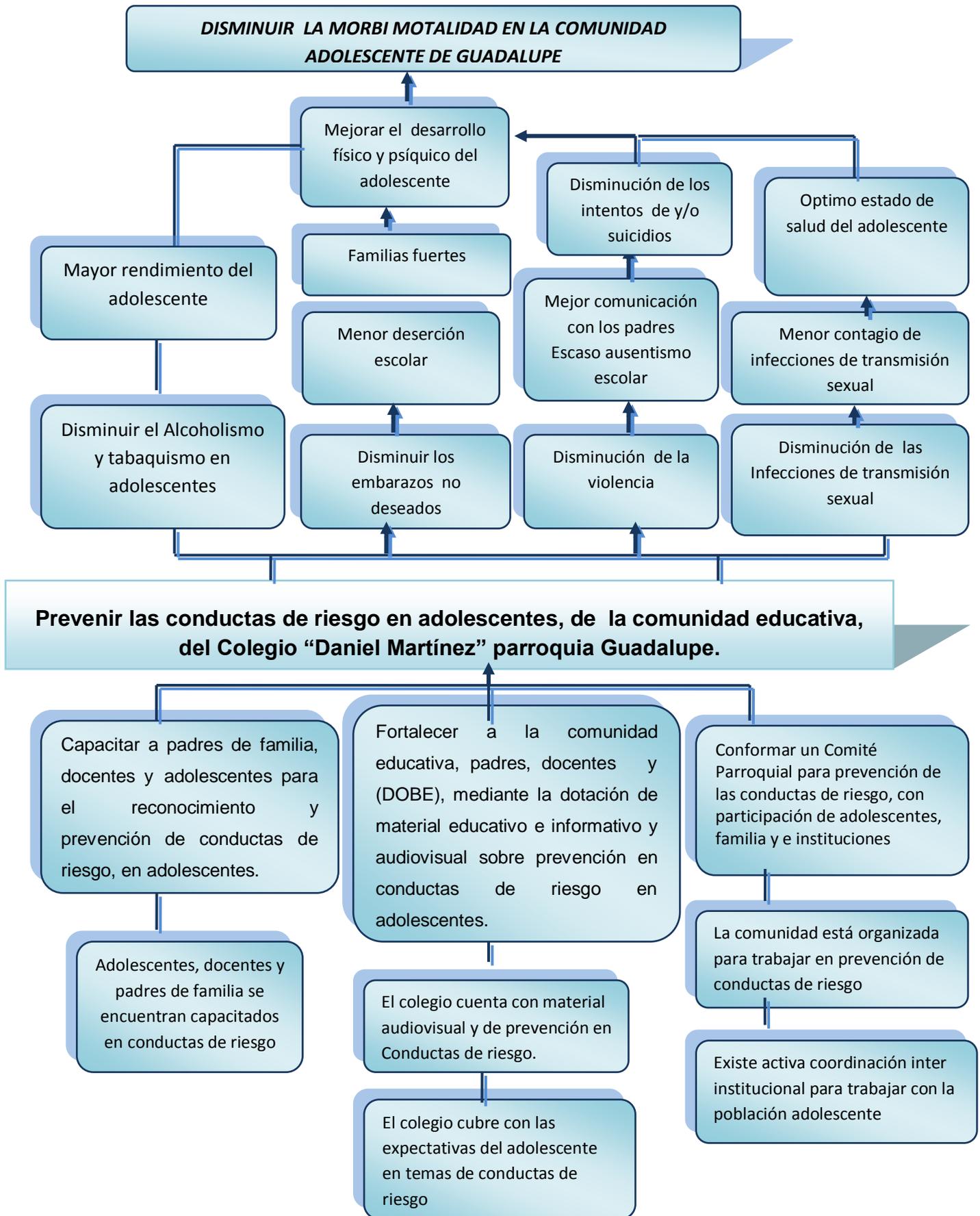
8.1 ANALISIS DE INVOLUCRADOS

GRUPOS Y/O INSTITUCIONES	INTERESES	RECURSOS Y MANDATOS	PROBLEMAS PERCIBIDOS
Dirección Provincial de Salud Zamora Chinchipe, Programa Salud del Adolescente	Cumplir con las Normas y protocolos de atención en salud de Niñez y adolescencia	Recursos humanos. Apoyo logístico, Médicos, Psicóloga, nutricionista. Cumplimiento de las políticas Normas- Protocolos del MSP	Escaso presupuesto para material educativo e informativo
Unidad d Atención Ambulatoria IESS Zamora (Dispensario Tipo C)	Cumplir Normas y reglamentos del IESS, con enfoque del nuevo Modelo	Humanos, Tecnológicos, Mater. Responsable de la prevención, recuperación y rehabilitación de la salud, mediante APS de consulta	No hay coordinación intersectorial para abordar salud preventiva en adolescentes
SCS Rural Guadalupe	Brindar atención integral en salud con enfoque del nuevo modelo de salud familiar y comunitario e intercultural,	Humanos, tecnológicos Materiales, Económicos Cumplir con las Normas y protocolos de atención en salud del MSP	Falta de material sobre conductas de riesgo en adolescentes
Concejo Cantonal de la Niñez y adolescencia	Cumplimiento de la Agenda Social Juntos por la Equidad desde el Principio de la Vida	Humanos, tecnológicos Materiales, Económicos. Cumplimiento de las Políticas de SNDNA	Falta de coordinación Inter institucional.
Junta Parroquial de Guadalupe	Contribuir al desarrollo de los diferentes grupos poblacionales de la parroquia,	Humanos, tecnológicos Materiales, Económicos. Cumplimiento de Políticas y Reglamentos del Gobierno	Bajo presupuesta asignado para la inversión social.
Colegio “ Daniel Martínez” Guadalupe	Contribuir a cumplir con los objetivos trazados por el ME C respecto a la implementación de Educación de la Sexualidad y el Amor.	Humanos, tecnológicos Materiales, Económicos. Políticas, normas y reglamentos del Ministerio de Educación	Inadecuada coordinación interinstitucional para abordar temas relacionados sobre prevención en salud del adolescente.

8.2 ÁRBOL DE PROBLEMAS



8.3 ARBOL DE OBJETIVOS.



8.4 MATRIZ DE MARCO LOGICO

RESUMEN NARRATIVO	INDICADORES	MEDIOS DE VERIFICACION	SUPUESTOS
FIN Contribuir a la disminución de la morbi mortalidad en la población adolescente de Guadalupe.			
PROPOSITO Implementar un proyecto en Prevención de conductas de riesgo en adolescentes de la parroquia Guadalupe periodo abril 2010 a abril 2011.	El 95 % de las, actividades programadas en el proyecto cumplidas.	Registro de asistencia a charlas y talleres de capacitación. Monitoreo con encuestas.	Grupo de trabajo capacitado actuando.
COMPONENTES O RESULTADOS ESPERADOS			
1. Capacitada la comunidad educativa, padres de familia y docentes para detección y prevención de conductas de riesgo.	a. El 95 % de adolescentes capacitados b. 50 % de padres de familia capacitados. c. 95 % de docentes, capacitados periodo mayo 2010 a abril 2011	Lista de personas capacitadas Memorias de talleres Normas escritas Fotos	Docentes, adolescentes y padres de familia motivados a participar activa y propositivamente.
2. Fortalecido el establecimiento educativo y participantes con material educativo e informativo sobre prevención de conductas de riesgo en adolescentes.	a. 95 % de adolescentes, docentes. 50% de padres de familia reciben material preventivo sobre prevención de conductas de riesgo. b. DOBE del colegio reciben material educativo para capacitación permanente periodo mayo 2010 a abril 2011	Dípticos, trípticos, afiches y videos sobre prevención de conductas de riesgo para adolescentes entregados al colegio y participantes.	Autoridades motivadas a participar activa y propositivamente.
3. Conformar un Comité Parroquial para prevención de las conductas de riesgo, con participación de adolescentes, familia y e instituciones	a. Convocar a las autoridades de las instituciones de la parroquia y cantonales que trabajan con población adolescente. b. Un comité comunitario para prevención de las conductas de riesgo conformado en Abril 2011.	Asistencias a reuniones y Acta de conformación del comité.	Los cambios políticos institucionales retrasan las acciones

8.5 MATRIZ DE ACTIVIDADES

ACTIVIDADES	RESPONSABLES	CRONOGRAM A 2010 - 2011	RECURSOS	
			MATERIALES	USD
A1				
1.1 Observaciones y entrevistas exploradoras. Diseño y elaboración del Proyecto. Presentación del proyecto a las Autoridades del Colegio Daniel Martínez. Autorización para la ejecución	Dr. Ángel Chamba V.	Enero-Febrero Marzo- abril	Vehículo Equipo Informático Papel, oficios Esferográficos	115.00
1.2 Diseño de matriz para la aplicación de encuesta recolección y tabulación de datos.	Autor proyecto.	Abril- mayo	Encuestas Computador. Vehículo	30.00
1.3. Reunión de trabajo con Técnicos y autoridades Institucionales solicitar su apoyo y conformación del Equipo de Facilitadores.	UAA, DPS Autor proyecto	Abril, mayo	Computador. Impresora	30.00
1.4. Taller de capacitación sobre conductas de riesgo dirigido a estudiantes, padres de familia y docentes del Colegio. Entrega de material informativo.	2 Médicos UAA IESS 1 Medico DPS Zamora 1 Medico SCS Guadalupe y 1 Psico rehabilitador Municipio Zamora	Mayo a diciembre 2010 Enero y febrero 2011	Vehículo, Proyector Computadora Tripticos, videos	220.00
A2				
2.1. Diseño, elaboración y preparación de material informativo y audio visual (trípticos, afiches y videos), para entregar a participantes	Equipo Inter institucional y autor del proyecto	Mayo-Junio	Computador. Impresora Copias	770.00
2.2. Entrega de material educativo e informativo al DOBE del Colegio.	Equipo Inter institucional Autor del Proyecto	marzo 2011,	Vehículo Tripticos, Afiches videos	30.00
A.3				
3.1: Convocar a las autoridades de las instituciones de la parroquia y cantonales que trabajan con población adolescente para informar de resultados del proyecto.	Equipo Inter institucional	Abril 2011	Vehículo, Proyector, actas computadora	30.00
3.2. Conformar un Comité Parroquial para prevención de las conductas de riesgo, con participación de adolescentes, familia y e instituciones	Equipo Inter institucional Autor del Proyecto	Abril 2011	Vehículo, Proyector, actas computadora	30.00

OBJETIVO: 1. Capacitada la comunidad educativa, padres de familia y docentes para detección y prevención de conductas de riesgo.

ACTIVIDADES	CUMPLIMIENTO	RESPONSABLE	FECHAS	OBSERVACIONES
a. El 95 % de adolescentes capacitados periodo abril 2010 a abril 2011	Si Equipo Inter institucional	2 Médicos UAA IESS 1 Medico DPS Zamora 1 Medico SCS Guadalupe y 1 Psico rehabilitador Municipio Zamora	Mayo a diciembre 2010 Enero y febrero 2011	
b. 50 % de padres de familia. capacitados periodo abril 2010 a abril 2011	Si	2 Médicos UAA IESS 1 Medico DPS Zamora 1 Medico SCS Guadalupe y 1 Psico rehabilitador Municipio Zamora	Mayo a diciembre 2010 Enero y febrero 2011	
c. de docentes, capacitados periodo mayo 2010 a abril 2011	Si	2 Médicos UAA IESS 1 Medico DPS Zamora 1 Medico SCS Guadalupe y 1 Psico rehabilitador Municipio Zamora	Mayo a diciembre 2010 Enero y febrero 2011	

Se cumplieron los indicadores trazados en el objetivo uno, dentro del proyecto capacitando al porcentaje previsto en el proyecto de padres de familia, docentes y adolescentes, que se educan en las dos secciones diurna y nocturna del Colegio Daniel Martínez de la parroquia de Guadalupe del Cantón Zamora en la provincia de Zamora Chinchipe.

Objetivo 2. Fortalecido el establecimiento educativo y participantes con material educativo e informativo sobre prevención de conductas de riesgo en adolescentes.

ACTIVIDADES	CUMPLIMIENTO	RESPONSABLE	FECHAS	OBSERVACIONES
a. El 95 % de Adolescentes, docentes. 50% de padres de familia reciben material educativo periodo mayo 2010 a abril 2011	SI Anexos Trípticos, Dípticos y afiches fotos	Equipo Inter institucional Autor del Proyecto	Mayo a diciembre 2010 Enero y febrero 2011	
b. D.O.B.E. del colegio reciben material educativo abril 2011	SI Anexos Trípticos, Dípticos y afiches y fotos	Equipo Inter institucional Autor del Proyecto	Mayo a diciembre 2010 Enero y febrero 2011	Se hizo la entrega a la Vicerrectora del colegio responsable del DOBE

Se cumplieron los indicadores trazados en el segundo objetivo, mediante la dotación de material educativo trípticos, dípticos a los participantes de las charlas, como fue a padres de familia, adolescentes estudiantes y docentes. Además se doto de material, escrito dípticos, trípticos, afiches y videos relacionados con la prevención de las conductas de riesgo en adolescentes al Departamento de Orientación y Bienestar Estudiantil DOBE del Colegio. Daniel Martínez.

Objetivo 3. Conformado un Comité parroquial para prevención de las conductas de riesgo de los y las adolescentes.

ACTIVIDADES	CUMPLIMIENTO	RESPONSABLE	FECHAS	OBSERVACIONES
a. Convocar a las autoridades de las instituciones de la parroquia y cantonales que trabajan con población adolescente.	SI Anexos Trípticos, Dípticos y afiches	Equipo Inter institucional Autor del Proyecto	Abril 2011	
a. Conformar un Comité Parroquial para prevención de las conductas de riesgo, con participación de adolescentes, familia y e instituciones	SI Anexos Acta de conformación	Equipo Inter institucional Autor del Proyecto	Abril 2011	

Se cumplió las actividades previstas en el tercer objetivo la conformación de un Comité Parroquial para la prevención e las conductas de riesgo en adolescentes con el compromiso y participación de las autoridades de la parroquia e instituciones participantes del proyecto para la respectiva sostenibilidad.

9. RESULTADOS.

RESULTADO ESPERADO I

Objetivo Específico 1

Capacitar y desarrollar destrezas y habilidades necesarias en los docentes, adolescentes y padres de familia para el reconocimiento y prevención de conductas de riesgo en adolescentes.

RESULTADO DE ACTIVIDAD 1.1. Observaciones y entrevistas exploradoras. Diseño y elaboración del Proyecto. Presentación de proyecto al Rector del Colegio Daniel Martínez parroquia Guadalupe.

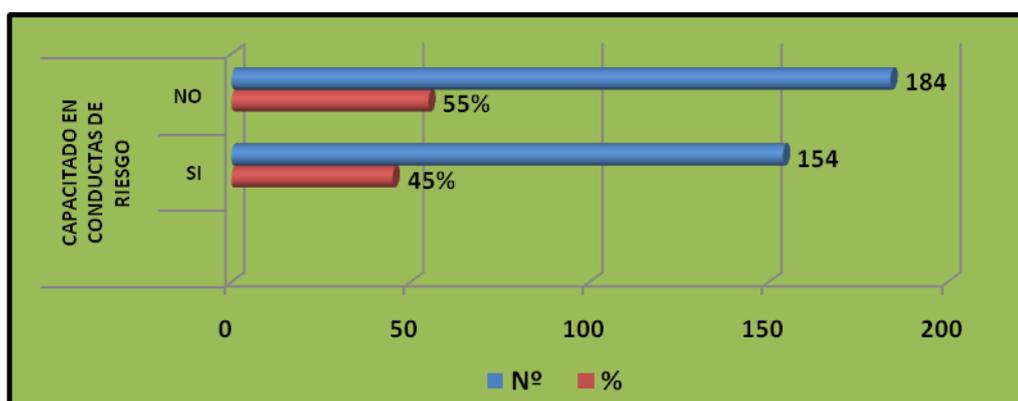
Para el cumplimiento de esta actividad se procedió a realizar en los meses de enero y febrero del 2010 visitas exploratorias y conversatorios con el Rector del Colegio, Presidente del Comité de Padres de Familia, consejo Estudiantil y Autoridades de la Parroquia procediendo posteriormente al diseño y elaboración del proyecto. El proyecto fue presentado con fecha 27 de abril del 2010 al Ing. Wilmer Eras Rector del Colegio "Daniel Martínez" de la parroquia Guadalupe. Posteriormente y mediante oficio N° 0201RCDMO-G de fecha 05 de mayo del 2010 remitido por el rector con número de cédula 1103048557 autoriza dicha petición para el desarrollo del proyecto.

RESULTADO DE ACTIVIDAD 1.2: Diseño elaboración de matriz para la aplicación de encuesta a estudiantes, recolección de datos y su tabulación.

Para el logro de esta actividad se procede a diseñar y presentar matriz (anexo 1) para la aplicación de encuesta, la misma que fue aplicada a la Comunidad educativa del Colegio de Guadalupe en sus 2 secciones diurna y nocturna en el mes de mayo; procediendo a tabular los datos lográndose obtener los siguientes resultados:

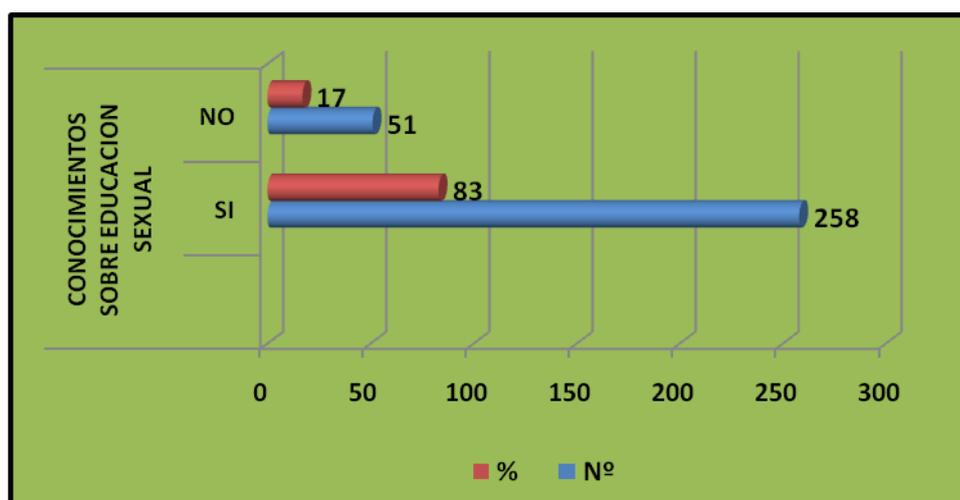
Resultados obtenidos de la encuesta aplicada

Grafico 1



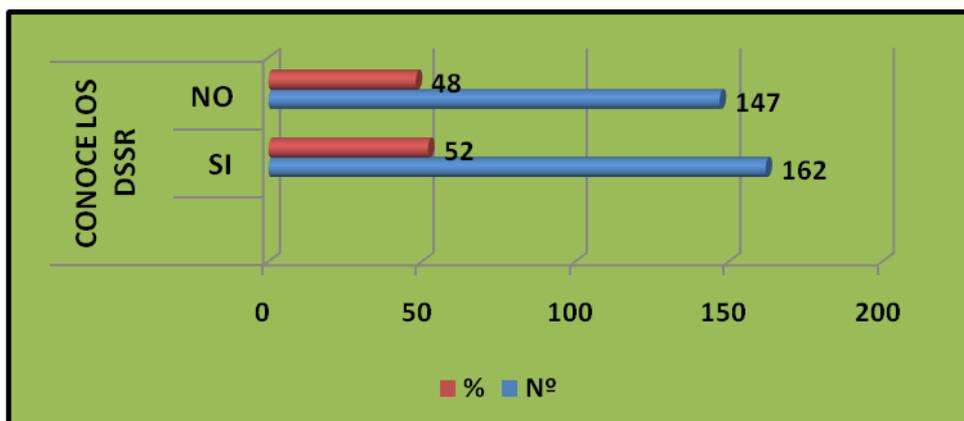
De 339 encuestas aplicadas a estudiantes del Colegio Daniel Martínez de la Parroquia Guadalupe del cantón Zamora se llegó a determinar que el 55 % de los estudiantes no han sido **capacitados en conductas de riesgo**, únicamente el 45 % respondieron que habían sido capacitados.

Grafico 2



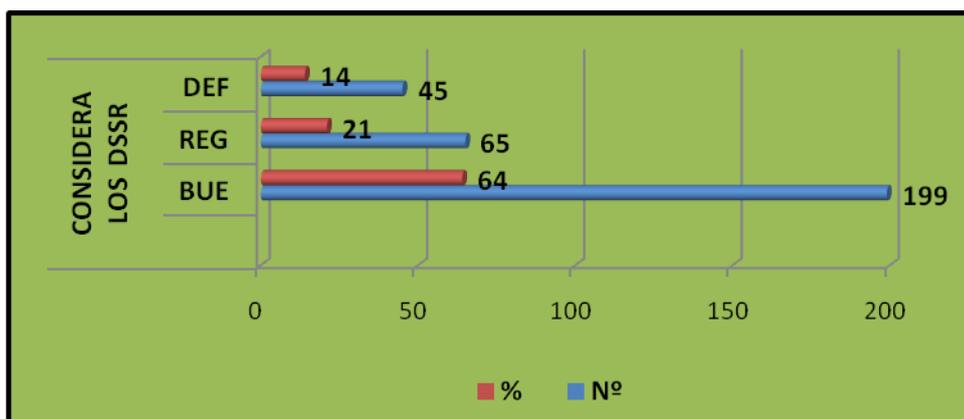
De 309 encuestas aplicadas a estudiantes del Colegio Daniel Martínez de la Parroquia Guadalupe del cantón Zamora sobre la pregunta **conocimientos sobre educación sexual** se llegó a determinar que el 83 % de los estudiantes respondieron haber sido capacitados alguna vez en educación sexual, y el 17 % respondieron que no habían sido capacitados.

Grafico 3



De 309 encuestas aplicadas a estudiantes del Colegio Daniel Martínez de la Parroquia Guadalupe del cantón Zamora sobre la pregunta **conoce los derechos de salud sexual y reproductiva DSSR** se llego a determinar que el 52 % de los estudiantes respondieron tener conocimientos y un 48 % respondieron que no conocían.

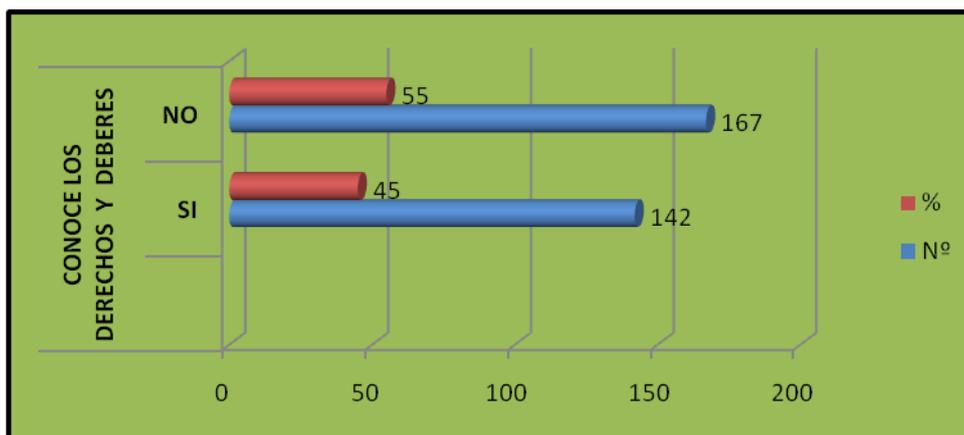
Grafico 4



BUE= Bueno REG= Regular DEF= Deficiente

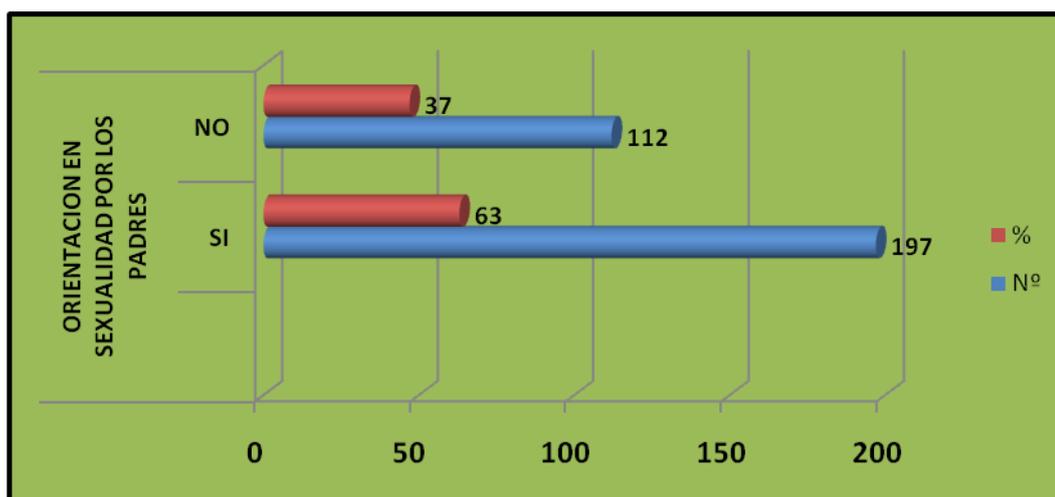
De 309 encuestas aplicadas a estudiantes del Colegio Daniel Martínez de la Parroquia Guadalupe del cantón Zamora sobre la pregunta **considera los derechos de salud sexual y reproductiva DSSR** buenos, regulares y deficientes se llego a determinar que el 64 % de los estudiantes respondieron tener conocimientos buenos, el 65 % respondieron regular y el 45 % respondieron deficientes.

Grafico 5



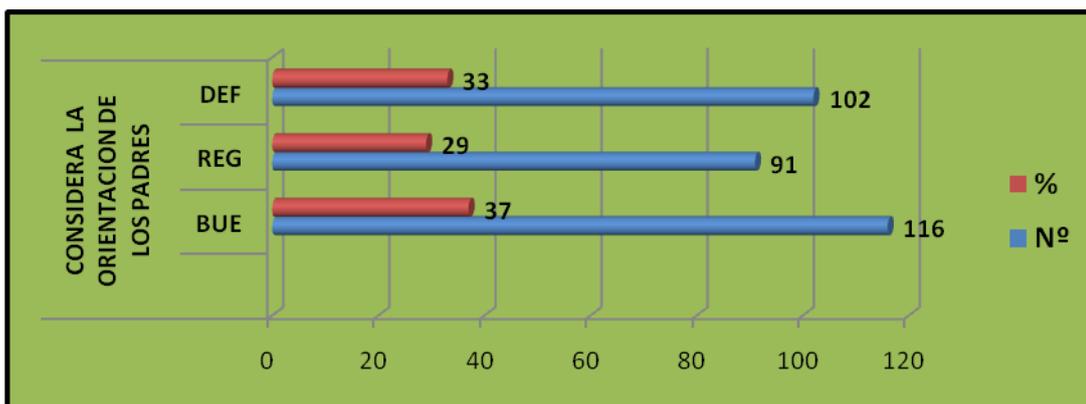
De 309 encuestas aplicadas a estudiantes del Colegio Daniel Martínez de la Parroquia Guadalupe del cantón Zamora sobre la pregunta **conoce los derechos y deberes** se llego a determinar que el 45 % de los estudiantes respondieron tener conocimientos y un 55 % respondieron que no conocían.

Grafico 6



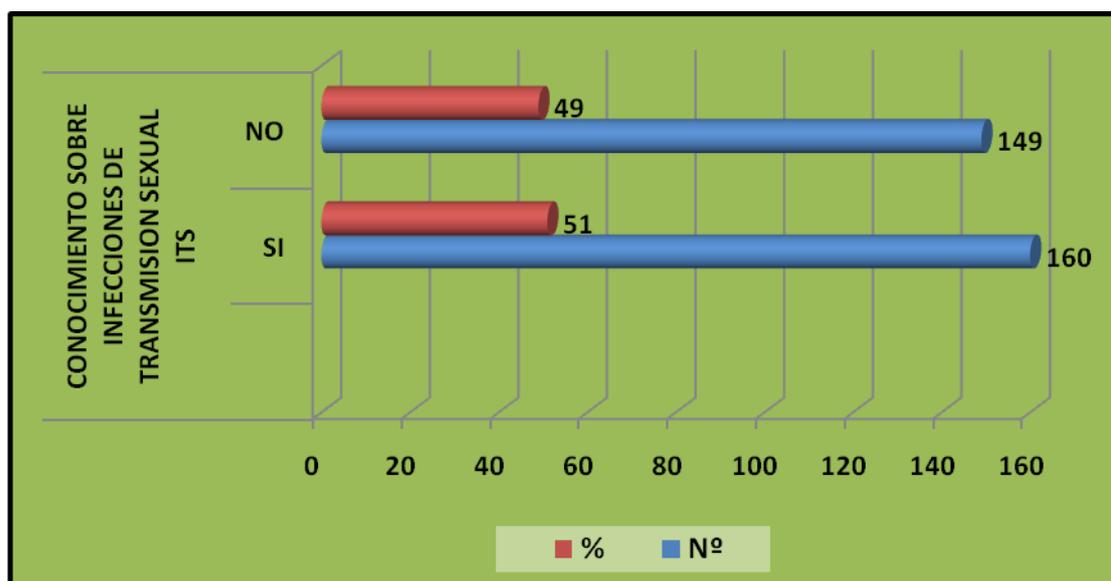
De 309 encuestas aplicadas a estudiantes del Colegio Daniel Martínez de la Parroquia Guadalupe del cantón Zamora sobre la pregunta **orientación en sexualidad por los padres** se llego a determinar que el 63 % de los estudiantes respondieron haber recibido orientación y un 37 % respondieron que no habían recibido orientación.

Grafico 7



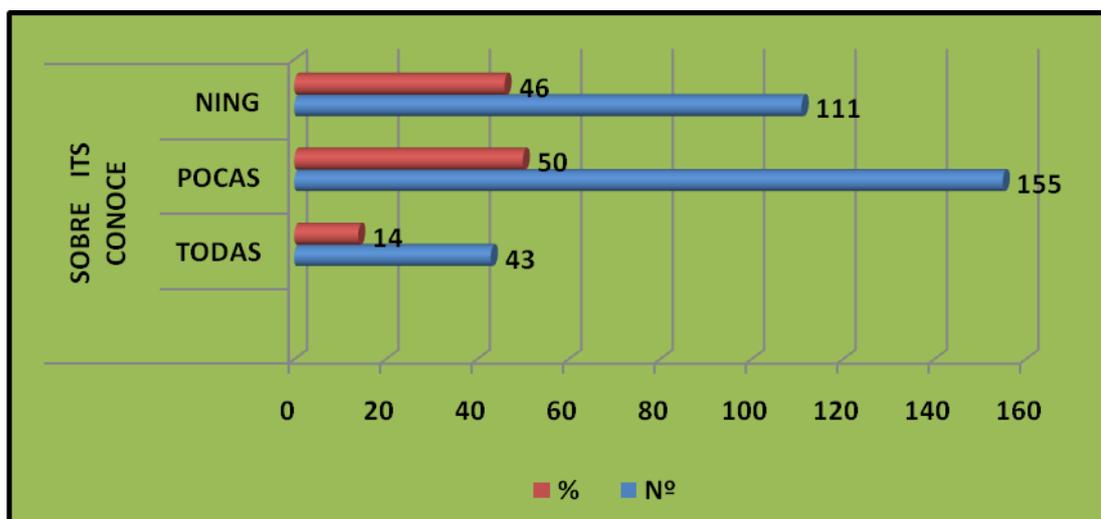
De las encuestas aplicadas a estudiantes del Colegio Daniel Martínez de la Parroquia Guadalupe del cantón Zamora sobre la pregunta **Considera orientación de los padres** se llegó a determinar que el 37 % de los estudiantes respondieron haber recibido orientación buena, un 29 % regular y el 33 % respondieron una orientación deficiente.

Grafico 8



De 309 encuestas aplicadas a estudiantes del Colegio Daniel Martínez de la Parroquia Guadalupe del cantón Zamora sobre la pregunta **conocimientos sobre infecciones de transmisión sexual ITS** se llegó a determinar que el 51 % de los estudiantes respondieron tener conocimientos y un 49 % respondieron que no tenían conocimientos claros.

Grafico 9



TODAS= Todas POCAS= Regular DEF= Deficiente

De 309 encuestas aplicadas a estudiantes del Colegio Daniel Martínez de la Parroquia Guadalupe del cantón Zamora sobre la pregunta **conocimientos sobre infecciones de transmisión sexual ITS conoce todas, pocas y ninguna** se llegó a determinar que el 43 % de los estudiantes respondieron conocer todas, un 50 % respondieron conocer pocas y el 46 % respondieron no conocer ninguna.

Conclusiones de la aplicación de la encuesta:

1. De 309 encuestas aplicadas a estudiantes del Colegio Daniel Martínez de la Parroquia Guadalupe del cantón Zamora se llegó a determinar que el 57 % de los estudiantes no han sido **capacitados en conductas de riesgo**, únicamente el 43 % respondieron que habían sido capacitados.
2. De 309 encuestas aplicadas a estudiantes del Colegio Daniel Martínez de la Parroquia Guadalupe del cantón Zamora sobre la pregunta **conocimientos sobre educación sexuales** llegó a determinar que el 83 % de los estudiantes respondieron haber sido capacitados alguna vez en educación sexual, y el 17 % respondieron que no habían sido capacitados.
3. De 309 encuestas aplicadas a estudiantes del Colegio Daniel Martínez de la Parroquia Guadalupe del cantón Zamora sobre la pregunta **conoce los derechos de salud sexual y reproductiva DSSR** se llegó a determinar que el 52 % de los estudiantes respondieron tener conocimientos y un 48 % respondieron que no conocían.

4. De 309 encuestas aplicadas a estudiantes del Colegio Daniel Martínez de la Parroquia Guadalupe del cantón Zamora sobre la pregunta **considera los derechos de salud sexual y reproductiva DSSR** buenos, regulares y deficientes se llegó a determinar que el 64 % de los estudiantes respondieron tener conocimientos buenos, el 65 % respondieron regular y el 45 % respondieron deficientes.

5. De 309 encuestas aplicadas a estudiantes del Colegio Daniel Martínez de la Parroquia Guadalupe del cantón Zamora sobre la pregunta **conoce los derechos y deberes** se llegó a determinar que el 45 % de los estudiantes respondieron tener conocimientos y un 55 % respondieron que no conocían.

6. De 309 encuestas aplicadas a estudiantes del Colegio Daniel Martínez de la Parroquia Guadalupe del cantón Zamora sobre la pregunta **orientación en sexualidad por los padres** se llegó a determinar que el 63 % de los estudiantes respondieron haber recibido orientación y un 37 % respondieron que no habían recibido orientación.

7. De 309 encuestas aplicadas a estudiantes del Colegio Daniel Martínez de la Parroquia Guadalupe del cantón Zamora sobre la pregunta **conocimientos sobre infecciones de transmisión sexual ITS** se llegó a determinar que el 51% de los estudiantes respondieron tener conocimientos y un 49 % respondieron que no tenían conocimientos claros.

8. De 309 encuestas aplicadas a estudiantes del Colegio Daniel Martínez de la Parroquia Guadalupe del cantón Zamora sobre la pregunta **conocimientos sobre infecciones de transmisión sexual ITS conoce todas, pocas y ninguna** se llegó a determinar que el 43 % de los estudiantes respondieron conocer todas, un 50 % respondieron conocer pocas y el 46 % respondieron no conocer ninguna.

9. De los 335 estudiantes del Colegio Daniel Martínez de la Parroquia Guadalupe del cantón Zamora en sus dos secciones se logró la capacitación y entrega de trípticos del 100% de alumnos en los temas de prevención de embarazo en adolescentes, prevención de violencia de género, prevención del alcoholismo y de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS).

10. De los 335 estudiantes del Colegio Daniel Martínez de la Parroquia Guadalupe del cantón Zamora en sus dos secciones diurna y nocturna se logro la capacitación del 100% de alumnos en el los temas prevención de conductas de riesgo.

RESULTADO DE ACTIVIDAD 1.3: Reunión de trabajo con Técnicos y autoridades Institucionales para presentar resultados de encuesta y solicitar apoyo y conformación del Equipo de Facilitadores.

Para el cumplimiento de esta actividad se mantuvo una reunión de trabajo con las autoridades y/o delegados de las siguientes Instituciones:

Unidad de Atención Ambulatoria IESS Zamora.

Dirección Provincial de Salud Programa Salud del Adolescente.

Gobierno Municipal del cantón Zamora CCNA.

Subcentro de Salud de Guadalupe

Junta Parroquial de Guadalupe.

Se procedió a presentar los resultados obtenidos en la aplicación de encuesta dirigida a estudiantes de las dos secciones diurna y nocturna a los asistentes, posteriormente se socializa el proyecto y solicita apoyo par la ejecución del mismo sobre todo en material informativo. Se plantea la necesidad de conformar un equipo de facilitadores inter institucional el mismo que fue conformado por profesionales de la salud que laboran en las instituciones que a continuación se detalla:

Institución	Nombre	Cargo
UAA IESS Zamora	Dr. Ángel chamba Vega	Maestrante UTPL Médico UAA IESS
	Dr. Víctor Suquilanda	Médico Internista UAA IESS Zamora
Dirección Provincial de Salud.	Dr. Marco Robles O.	Coordinador Normatizacion
SCS Guadalupe	Dr. Alan Fuentes	Medico SCS Guadalupe
Municipio de Zamora C.C.N.A. Junta de Protección de Derechos	Dra. Paulina Sánchez	Psicóloga Clínica Municipio Zamora

RESULTADO DE ACTIVIDAD 1.4. Taller de capacitación sobre conductas de riesgo dirigido a estudiantes, padres de familia y docentes del Colegio. Entrega de material informativo.

Los talleres de capacitación sobre conductas de riesgo en los y las adolescentes fue dirigido a padres de familia, se constituyo un espacio donde los participantes pudieron tener una visión mas clara de la importancia de tener conocimientos en estos temas que a diario enfrentan con sus hijos, muchos no habían recibido capacitación en estos temas. Fue una oportunidad para encontrar alternativas y consensuar acuerdos que permitirán interactuar en sus familias y brindar una mejor orientación y apoyo a sus hijos.

Objetivo General

Incorporar conocimientos sobre conductas de riesgo en padres y madres de familia de adolescentes que se educan en el Colegio Daniel Martínez de la parroquia Guadalupe del cantón Zamora.

Objetivos Específicos

- Incorporar conocimientos sobre las principales conductas de riesgo en adolescentes a padres en miras a abordar los temas de una mejor manera con sus hijos en el ámbito familiar.
- Generar un espacio de reflexión entre los padres, adolescentes actores institucionales en la importancia de los temas abordados en la capacitación.

Metodología del taller

1.- Fase expositiva: Mediante charla se dio una información general, acerca las principales conductas de riesgo en adolescentes. En conferencia y conversatorio se abordó los siguientes temas: 1. Consumo de drogas legales (alcohol y tabaco) e ilegales (drogas). 2. Propensión a la violencia y conductas antisociales. 3. Prevención de embarazos no deseados y 4. Enfermedades de transmisión sexual (SIDA) y la Promiscuidad sexual.

Los temas fueron abordados en dos auditorios por el equipo facilitador con un número de 50 participantes con fines de abordar la temática y realizar los conversatorios.

Resultados Esperados:

- 1.- Capacitar a padres de familia de estudiantes del nivel medio del colegio de Guadalupe en conductas de riesgo y su prevención.
- 2.- Ejercicio de los Deberes y Derechos en salud sexual y reproductiva.

Participantes.

Se invitaron a representantes de las y los adolescentes padres de familia convocatoria realizada por el Rector del establecimiento, contando con la asistencia de 104 padres de familia, acordando que luego repliquen los conocimientos al interior de sus familias.

Taller de capacitación sobre conductas de riesgo dirigido a padres de familia de estudiantes del nivel medio del Colegio de Guadalupe

AGENDA:

Hora	Contenido- Tema	Responsable
14:00- 14H15	Registro de Asistencia de participantes	Personal de Inspección del Colegio
14:15- 14H30	Charla: Bienvenida, introducción a las conductas de riesgo en adolescentes e información de intervención del proyecto.	Vicerrector Dr. Ángel Chamba
14:30- 15H15	Conferencia dialogada: Alcoholismo, tabaquismo y drogas. Entrega de material informativo.	Dr. Víctor Suquilanda
14:30- 15H15	Conferencia dialogada: Prevención de Embarazo en adolescentes. Entrega de material informativo. Presentación de video	Dr. Marco Robles
15:15- 15H30	Preguntas	
15:30-16:10	Conferencia dialogada: Prevención de la violencia de género. Entrega de material informativo. Presentación de video.	Dr. Ángel Chamba Dr. Marco Robles
16:10-16:45	Conferencia dialogada: Prevención de las enfermedades de transmisión sexual. Entrega de material informativo	Dr. Ángel Chamba Dr. Marco Robles
16:45-17:15	Conversatorio y Cierre	

Existió un gran interés en los temas abordados por los participantes quienes en un porcentaje muy significativo no habían sido capacitados en estos temas, autorizando

el abordaje de los temas y videos para sus hijos que se educan en el colegio Daniel Martínez de Guadalupe.

Talleres de capacitación sobre conductas de riesgo dirigido a adolescentes del Colegio. Presentación de videos y entrega de material informativo.

El taller de capacitación sobre conductas de riesgo en los y las adolescentes se constituyo un espacio donde los participantes pudieron tener una visión mas clara de la importancia de tener conocimientos en estos temas que a diario enfrentan con su domicilio, establecimiento educativo y sociedad muchos no habían recibido capacitación en estos temas. Fue una oportunidad para encontrar alternativas y consensuar acuerdos que permitirán interactuar con sus padres y hermanos

Objetivo General

Incorporar conocimientos sobre conductas de riesgo en adolescentes que se educan en el Colegio Daniel Martínez de la parroquia Guadalupe del cantón Zamora.

Objetivos Específicos

- Incorporar conocimientos sobre las principales conductas de riesgo en adolescentes en miras a abordar los temas de una mejor manera con sus padres, familia y comunidad.
- Generar un espacio de reflexión entre adolescentes, padres, docentes, y actores institucionales en la importancia de los temas abordados en la capacitación.

Metodología del taller

1.- Fase expositiva: Mediante charla se dio una información general, acerca las principales conductas de riesgo en adolescentes. En conferencia y conversatorio se abordo los siguientes temas: 1. Consumo de drogas legales (alcohol y tabaco) e ilegales (drogas). 2. Propensión a la violencia y conductas antisociales. 3. Prevención de embarazos no deseados y 4. Enfermedades de trasmisión sexual (SIDA) y la Promiscuidad sexual.

Los temas fueron abordados en dos auditorios y en 4 momentos por el equipo facilitador: 2 en la sección de urna y 2 en la sección nocturna por el equipo facilitador con grupos de 40 estudiantes por charla para fines de mayor interés para el alumno y realizar el conversatorio, registrándose al final un total de 335 estudiantes capacitados y que recibieron material informativo y además se expusieron videos.

Taller de capacitación sobre conductas de riesgo dirigido a adolescentes del nivel medio del Colegio de Guadalupe.

AGENDA: Sección diurna

Hora	Contenido- Tema	Responsable
09:00- 09H15	Registro de Asistencia de participantes	Personal de Inspección del Colegio. Autor de proyecto
09:15- 09H30	Charla: Bienvenida, introducción a las conductas de riesgo en adolescentes e información de intervención del proyecto.	Vicerrector Dr. Ángel Chamba
09:30- 10H15	Conferencia dialogada: Alcoholismo, tabaquismo y drogas. Entrega de material informativo.	Dr. Víctor Suquilanda
10:15-10:45	Receso	
10:45- 11H30	Conferencia dialogada: Prevención de Embarazo en adolescentes. Entrega de material informativo. Presentación de video	Dr. Marco Robles
11:30- 11H45	Preguntas	
11:45-12:20	Conferencia dialogada: Prevención de la violencia de género. Entrega de material informativo. Presentación de video.	Dr. Ángel Chamba Dr. Marco Robles
11:20-13:00	Conferencia dialogada: Prevención de las enfermedades de transmisión sexual. Entrega de material informativo	Dr. Ángel Chamba Dr. Marco Robles
16:45-17:15	Conversatorio y Cierre	

Existió un gran interés en los temas abordados por los participantes quienes en un porcentaje muy significativo no habían sido capacitados en estos temas.

Taller de capacitación sobre conductas de riesgo dirigido a adolescentes del nivel medio del Colegio de Guadalupe.

AGENDA: Sección Nocturna

Hora	Contenido- Tema	Responsable
19:00- 19H15	Registro de Asistencia de participantes	Personal de Inspección del Colegio. Autor de proyecto
19:15- 19H30	Charla: Bienvenida, introducción a las conductas de riesgo en adolescentes e información de intervención del proyecto.	Vicerrector Dr. Ángel Chamba
19:30- 20H15	Conferencia dialogada: Alcoholismo, tabaquismo y drogas. Entrega de material informativo.	Dr. Víctor Suquilanda
20:15-20:30	Receso	
20:30- 21H00	Conferencia dialogada: Prevención de Embarazo en adolescentes. Entrega de material informativo. Presentación de video	Dr. Marco Robles
21:00-21:30	Conferencia dialogada: Prevención de la violencia de género. Entrega de material informativo. Presentación de video.	Dr. Ángel Chamba Dr. Marco Robles
21:30-22:00	Conferencia dialogada: Prevención de las enfermedades de transmisión sexual. Entrega de material informativo	Dr. Ángel Chamba Dr. Marco Robles
22:00-22:15	Conversatorio y Cierre	

Taller de capacitación sobre conductas de riesgo dirigido a docentes del Colegio. Entrega de material informativo.

El taller de capacitación sobre conductas de riesgo en los y las adolescentes fue dirigido a docentes constituyéndose un espacio donde los participantes pudieron tener una visión mas clara de la importancia de tener conocimientos en estos temas que a diario enfrentan con sus alumnos, actualizándose y reforzándose los conocimientos en estos en estos temas. Fue una oportunidad para encontrar alternativas y consensuar acuerdos que permitirán interactuar en sus alumnos, padres de familia familias y brindar una mejor orientación.

Objetivo General

Actualizar e incorporar conocimientos sobre conductas de riesgo en docentes del Colegio Daniel Martínez de la parroquia Guadalupe del cantón Zamora.

Objetivos Específicos

- Incorporar conocimientos sobre las principales conductas de riesgo en adolescentes a docentes en miras a abordar los temas de una mejor manera con sus alumnos (as).
- Generar un espacio de reflexión entre los docentes, padres, adolescentes y actores institucionales en la importancia de los temas abordados en la capacitación.

Metodología del taller

1.- Fase expositiva: Mediante charla se dio una información general, acerca las principales conductas de riesgo en adolescentes. En conferencia y conversatorio se abordó los siguientes temas: 1. Consumo de drogas legales (alcohol y tabaco) e ilegales (drogas). 2. Propensión a la violencia y conductas antisociales. 3. Prevención de embarazos no deseados y 4. Enfermedades de transmisión sexual (SIDA) y la Promiscuidad sexual.

Los temas fueron abordados en un auditorio por el equipo facilitador con un número de 20 participantes docentes y administrativos del colegio con fines de abordar la temática y realizar los conversatorios.

Resultados Esperados:

- 1.- Capacitar a docentes del nivel medio del colegio de Guadalupe en conductas de riesgo y su prevención.
- 2.- Ejercicio de los Deberes y Derechos en salud sexual y reproductiva.

Participantes.

Se convocó por medio del rectorado a los docentes y personal administrativo en la sala de profesores para la capacitación en conductas de riesgo en población

adolescente, contando con la asistencia de 23 funcionarios docentes y personal administrativo del colegio Daniel Martínez.

Taller de capacitación sobre conductas de riesgo dirigido a docentes del Colegio de Guadalupe

AGENDA:

Hora	Contenido- Tema	Responsable
09:00- 09H15	Registro de Asistencia de participantes	Personal de Inspección del Colegio
09:15- 09H30	Charla: Bienvenida, introducción a las conductas de riesgo en adolescentes e información de intervención del proyecto.	Vicerrector Dr. Ángel Chamba
09:30- 10H15	Conferencia dialogada: Alcoholismo, tabaquismo y drogas. Entrega de material informativo.	Dr. Víctor Suquilanda
10:15- 10H45	Receso preguntas	
10:45- 11H30	Conferencia dialogada: Prevención de Embarazo en adolescentes. Entrega de material informativo. Presentación de video	Dr. Marco Robles
11:30-12:15	Conferencia dialogada: Prevención de la violencia de género. Entrega de material informativo. Presentación de video.	Dr. Ángel Chamba Dr. Marco Robles
12:15-13:00	Conferencia dialogada: Prevención de las enfermedades de transmisión sexual. Entrega de material informativo	Dr. Ángel Chamba Dr. Marco Robles
13:00-13:15	Conversatorio y Cierre	

Existió un gran interés en los temas abordados por los participantes quienes agradecen por el material entregado el mismo que servirá como guía para abordar la temática en las aulas y en las reuniones con los padres de familia de los estudiantes que se educan en el colegio Daniel Martínez de la parroquia de Guadalupe.

Material educativo e informativo sobre prevención de conductas de riesgo entregado a participantes:

El material de orientación dípticos, tríptico, en conductas de riesgo en los y las adolescentes que fueron entregados en cada taller a cada uno de los participantes padres de familia, docentes y estudiantes fueron los siguientes:

Nº	Detalle	Tema
1	Tríptico	Prevención del embarazo en adolescentes cantidad
2	Tríptico	“Abre la puerta a la denuncia contra la violencia de género”.
3	Díptico	Plan Nacional para la Erradicación de la Violencia de Género Hacia la Niñez Adolescencia y Mujeres
4	Folleto	Plan Nacional de Prevención del Embarazo en Adolescentes cantidad
5	Tríptico	El bebedor Problema

Videos Presentados:

Detalle	Tema	Cantidad
Video	Embarazo en adolescentes	10
Video	Prevención de la violencia de género	2
Video	Rodando en corto: documentales de adolescentes en nuestro país	6

CONCLUSION:

1. Capacitada la comunidad educativa, padres de familia y docentes para detección y prevención de conductas de riesgo.
 - a. Capacitación en prevención de conductas de riesgo al 95 % de alumnos del Colegio Daniel Martínez de la Parroquia de Guadalupe del Cantón Zamora, periodo lectivo 2010 - 2011.
 - b. Capacitación en prevención de conductas de riesgo al 50% de padres de familia de la comunidad educativa del Colegio Daniel Martínez de la Parroquia de Guadalupe del Cantón Zamora periodo lectivo 2010 – 2011.
 - c. Capacitación en prevención de conductas de riesgo al 95 % de docentes de la comunidad educativa del Colegio Daniel Martínez de la Parroquia de Guadalupe del Cantón Zamora periodo lectivo 2010 - 2011.

De la población programada para la capacitación en prevención de conductas de riesgo en adolescentes del Colegio Daniel Martínez de la parroquia de Guadalupe

del cantón Zamora se logró alcanzar el objetivo el 100 % de alumnos, docentes y el 100% padres de familia programados.

9.2 RESULTADO ESPERADO II

Objetivo Específico 2: Fortalecer la Salud preventiva a la comunidad educativa del nivel medio de la Parroquia Guadalupe mediante la entrega de material educativo e informativo al establecimiento educativo DOBE en conductas de riesgo en adolescentes.

RESULTADO DE ACTIVIDAD 2.1: Diseño, elaboración y preparación de material informativo y audio visual (trípticos, afiches y videos).

Para esta actividad se coordinó con las instituciones participantes en el proyecto para el diseño e impresión de material informativo como la recopilación de trípticos, dípticos y afiches y videos que cuentan y reposan en cada institución para entregar a los participantes padres de familia alumnos, docentes y establecimiento educativo.

El Material informativo utilizado en el desarrollo del proyecto que aportaron las instituciones relacionado a las temáticas a abordar fueron los siguientes:

Dirección Provincial de Salud Departamento Normatización Programa de Salud del Adolescente Diseño, elaboración e impresión:

Detalle	Tema	Cantidad
Tríptico	Prevención del embarazo en adolescentes cantidad.	1000

Material Informativo Dípticos, Trípticos, afiches y videos existentes en stock en el departamento de Normatización programa Salud del Adolescente Dirección de Salud:

Nº	Detalle	Tema	Cantidad
1	Tríptico	“Abre la puerta a la denuncia contra la violencia de género”.	600
2	Díptico	Plan Nacional para la Erradicación de la Violencia de Género Hacia la Niñez Adolescencia y Mujeres	500
3	Folleto	Plan Nacional de Prevención del Embarazo en Adolescentes cantidad	200
4	Tríptico	El bebedor Problema	500
5	Afiches	Con Vivir sin violencia	100

Municipio de Zamora Consejo Cantonal de la Niñez y Adolescencia

Detalle	Tema	Cantidad
Tríptico	El Camino de las drogas solo tiene un final	600

RESULTADO DE ACTIVIDAD 2.2: Entrega de material educativo e informativo al DOBE del Colegio Daniel Martínez de la parroquia de Guadalupe.

Para esta actividad se coordinó con el Vicerrectorado del colegio quien está al frente del Departamento de Orientación y Bienestar Estudiantil (DOBE) para la entrega del siguiente material de orientación dípticos, tríptico, afiches y videos en conductas de riesgo en los y las adolescentes para que repose en el mencionado departamento y pueda ser utilizado por los docentes y estudiantes:

Nº	Detalle	Tema	Cantidad
1	Tríptico	Prevención del embarazo en adolescentes cantidad	200
2	Tríptico	“Abre la puerta a la denuncia contra la violencia de género”.	300
3	Díptico	Plan Nacional para la Erradicación de la Violencia de Género Hacia la Niñez Adolescencia y Mujeres	100
4	Folleto	Plan Nacional de Prevención del Embarazo en Adolescentes cantidad	50
5	Tríptico	El bebedor Problema	300
6	Afiches	Con Vivir sin violencia	20

Videos:

Detalle	Tema	Cantidad
Video	Embarazo en adolescentes	10
Video	Salud sexual y reproductiva set de 2 videos	2
Video	Prevención de la violencia de género	2
Video	Rodando en corto: documentales de adolescentes en nuestro país	6

CONCLUSION:

Se fortaleció el Departamento de Orientación y Bienestar Estudiantil (DOBE) del Colegio Daniel Martínez con la entrega del material educativo e informativo y audiovisual sobre la prevención de Conductas de riesgo en los y las adolescentes.

9.3 RESULTADO ESPERADO III

Objetivo específico 3 Formar un comité comunitario para prevención de las conductas de riesgo de los y las adolescentes en la parroquia de Guadalupe del Cantón Zamora.

Objetivos Específicos

- Convocar a las autoridades de las instituciones de la parroquia y participantes del proyecto y trabajan con población adolescente para informar de resultados del proyecto.
- Conformación de Comité Comunitario de Prevención de Conductas de Riesgo en Adolescentes y para sostenibilidad futura de la temática.

RESULTADO DE ACTIVIDAD 3.1: Convocar a las autoridades de las instituciones de la parroquia y cantonales involucradas en el proyecto que trabajan con población adolescente para informar sobre los resultados del proyecto.

Se procedió a la realización de una convocatoria a las Autoridades y/o delegados de las instituciones participantes e inmersas en el proyecto para conocimiento de los resultados del proyecto y la conformación del Comité Parroquial para la Prevención de Conductas de Riesgo en los y las adolescentes; existiendo una activa participación.

Metodología del taller

1.- Fase expositiva: En conferencia se presenta los resultados obtenidos de la encuesta aplicada a la comunidad educativa del nivel medio que se educan en el Colegio Daniel Martínez de la Parroquia de Guadalupe, abordándose además la satisfacción de los padres d e familia, alumnos y docentes en los temas impartidos por el equipo de facilitadores. Se realizará un conversatorio, para crear interesen los participantes sobre la importancia de contar en la Parroquia con el Comité de Prevención de Conductas de Riesgo en Adolescentes aceptando por unanimidad la propuesta.

Resultados Esperados:

1. Participación de autoridades de las instituciones de la parroquia y participantes del proyecto convocadas.

Participantes.

En la Convocatoria asistieron 8 funcionarios autoridades y delegados:

1.	Colegio Daniel Martínez	Lic. Jorge Sozoranga	Rector
2.	Junta Parroquial de Guadalupe	Ing. Fabricio Quezada	Presidente Junta Parroquial
3.	Subcentro de Salud Guadalupe	Dr. Alan Fuentes	Director Subcentro de Salud
4.	Dirección Provincial de Salud	Dr. Marco Robles	Coordinador de Normatización
5.	Unidad de Atención Ambulatoria IESS Zamora	Dr. Galo Vivanco	Director
6.	Consejo Cantonal Niñez y Adolescencia Zamora	Srta. Doris Ortega	Promotora Juvenil CCNA Zamora
7.	Lic. Franklin Santos	Teniente Político Parroquia Guadalupe	Teniente Político
8.	Sr. Oswaldo Ureña	Comité Central de padres de familia del Colegio	Presidente

Taller informativo de resultados del proyecto y conformación de comité.

Agenda:

Hora	Contenido- Tema	Responsable
09:00- 09H15	Registro de Asistencia de participantes	Personal de Inspección del Colegio
09:15- 09H30	Charla: Bienvenida, introducción a las conductas de riesgo en adolescentes e información de intervención del proyecto.	Lic. Jorge Sozoranga Rector
09:30- 10H15	Resultados obtenidos de encuesta aplicada en comunidad educativa del colegio Daniel Martínez y intervención del proyecto	Dr. Ángel Chamba

10:15- 10H45	Resumen conductas de riesgo en adolescentes	Dr. Ángel Chamba
10:45- 11H30	Conformación del Comité de Prevención de “Conductas de Riesgo” en adolescentes de la Parroquia Guadalupe	Asistentes
11:30-11:15	Clausura	Lic. Jorge Sozoranga Rector

RESULTADO DE ACTIVIDAD 3.2: Conformar un Comité parroquial para prevención de las conductas de riesgo de los y las adolescentes.

Una vez realizada la presentación de los resultados alcanzados en el desarrollo del proyecto a las autoridades y/o delegados de las instituciones participantes se procedió a Formar un comité comunitario para prevención de las conductas de riesgo de los y las adolescentes en la parroquia de Guadalupe del Cantón Zamora.

Resultado Esperado:

1.- Conformación de Comité Comunitario para la Prevención de conductas de riesgo en adolescentes de la parroquia de Guadalupe.

Participantes.

En la Convocatoria asistieron 8 funcionarios autoridades y delegados, consolidando el compromiso de trabajar por la población adolescente de la Parroquia de Guadalupe del cantón Zamora en la prevención de las conductas de riesgo.

El comité quedo conformado por las siguientes instituciones:

Comité de Prevención de “Conductas de Riesgo” en adolescentes de la Parroquia Guadalupe.

Orden	Institución	Autoridad Responsable	Delegado	Cargo
1.	Colegio Daniel Martínez	Lic. Jorge Sozoranga		Rector
2.	Junta Parroquial de Guadalupe	Ing. Fabricio Quezada		Presidente Junta Parroquial
3.	Subcentro de Salud Guadalupe	Dr. Alan Fuentes		Director Subcentro de Salud
4.	Dirección Provincial de Salud	Dr. Marco Robles		Coordinador de Normatización
5	Unidad de Atención Ambulatoria IESS Zamora	Dr. Galo Vivanco		Director
6.	Consejo Cantonal Niñez y Adolescencia Zamora	Dra. Paulina Sánchez	Srta. Doris Ortega	Promotora Juvenil
7.	Lic. Franklin Santos	Teniente Político Parroquia Guadalupe		Teniente Político
8	Sr. Oswaldo Ureña	Comité Central de padres de familia del Colegio		Presidente

**ACTA DE CONFORMACION DEL COMITÉ DE PREVENCIÓN DE
"CONDUCTAS DE RIESGO" EN ADOLESCENTES DE LA PARROQUIA
GUADALUPE DEL CANTON ZAMORA**

A los 08 días del mes de abril del 2011, en el Colegio "DANIEL MARTINEZ" de la parroquia de Guadalupe del Cantón Zamora, con la participación de las Instituciones de desarrollo de la Parroquia: Educación, Salud, Gobierno Parroquial se procede a la conformación del **COMITÉ DE PREVENCIÓN DE "CONDUCTAS DE RIESGO" EN ADOLESCENTES DE LA PARROQUIA GUADALUPE DEL CANTON ZAMORA**, con la misión de coordinar acciones encaminadas a la capacitación integral a la comunidad adolescente, docente y familias de la Parroquia en los siguientes temas: Prevención del Embarazo en adolescentes, Prevención del alcoholismo y tabaquismo, prevención de la Violencia de género e intrafamiliar y prevención de las Enfermedades de transmisión sexual (ITS) VIH-SIDA; catalogados como principales conductas de riesgo en la población adolescente.


Lic. Jorge Sozoranga
RECTOR DEL COLEGIO DANIEL MARTINEZ




Lic. Fabricio Quezada
PRESIDENTE DE LA JUNTA PARROQUIAL




Dr. Alan Fuentes
DIRECTOR DEL SERVICIO DE SALUD GUADALUPE




Dr. Marco Robles O
COORDINADOR DE NORMATIZACIÓN DE LA DIRECCIÓN DE SALUD DE ZAMORA CH. PROGRAMA SALUD DEL ADOLESCENTE

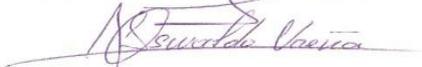



Dr. Galo Vivanco T.
DIRECTOR TÉCNICO DE LA PARROQUIA DE GUADALUPE




Srta. Doris Ortega
DELEGADA DEL CCNA CANTON ZAMORA PROMOTORA MUNICIPAL GUADALUPE


Lic. Franklin Santos
TENIENTE POLÍTICO DE LA PARROQUIA DE GUADALUPE.


Sr. Oswaldo Ureña
PRESIDENTE DEL COMITÉ CENTRAL DE PADRES DE FAMILIA

CONCLUSION:

Conformación de un Comité Parroquial para prevención de las conductas de riesgo de los y las adolescentes, involucrándose las instituciones de desarrollo de la parroquia de Guadalupe y del cantón Zamora.

ANALISIS FINAL: Una vez desarrollado el proyecto Prevención de conductas de riesgo dirigido a comunidad educativa, padres de familia y docentes del Colegio “Daniel Martínez” parroquia Guadalupe, se logro alcanzar y dar cumplimiento a los objetivos trazados, como los indicadores planteados en el marco lógico del trabajo ejecutado, alcanzando los resultados esperados en cada una de sus fases, cuyo **FIN** es el de Contribuir a futuro la disminución de la morbi mortalidad en la población adolescente de la parroquia de Guadalupe del cantón Zamora de la provincia de Zamora Chinchipe.

Nos ha permitido dejar sentadas las bases para las futuras intervenciones sobre los temas relacionados con las conductas de riesgo que enfrentan a diario nuestros adolescentes, quienes son parte fundamental del desarrollo de nuestra provincia y país..

10. CONCLUSIONES

Una vez ejecutado el proyecto "PREVENCION DE CONDUCTAS DE RIESGO EN ADOLESCENTES DE LA PARROQUIA GUADALUPE CANTON ZAMORA 2010, se llevo a las siguientes conclusiones:

1.- Existió activa participación de las Instituciones, comunidad educativa, docentes y padres de familia del Colegio Daniel Martínez de la parroquia de Guadalupe en el desarrollo del proyecto.

2. Se capacitó al 100 % de adolescentes, al 50 % padres de familia, el 100% de docentes pertenecientes a la comunidad educativa del colegio Daniel Martínez de la parroquia de Guadalupe del cantón Zamora en prevención de conductas de riesgo.

3.- Se entregó material informativo dípticos y trípticos a comunidad educativa estudiantes, docentes y padres de familia del colegio Daniel Martínez de la parroquia de Guadalupe sobre prevención de conductas de riesgo.

4. Se fortaleció el Departamento de Orientación y Bienestar Estudiantil (DOBE) del Colegio Daniel Martínez con la entrega del material educativo e informativo y audiovisual sobre la prevención de Conductas de riesgo en los y las adolescentes.

5. Se Conformó un Comité Parroquial para prevención de las conductas de riesgo de los y las adolescentes, involucrándose las instituciones de desarrollo de la parroquia de Guadalupe y del cantón Zamora.

11.RECOMENDACIONES

1. A las instituciones de desarrollo de la provincia que trabajan con población adolescente una mayor coordinación al momento de abordar temáticas relacionadas a conductas de riesgo en adolescentes para obtener un mayor impacto.
2. Se poseione el tema sobre la prevención de conductas de riesgo en docentes, padres de familia y alumnos del nivel medio de la parroquia Guadalupe.
3. Se establezca un ciclo de capacitación integral entre instituciones de salud, educativas y gremios dirigidos a la comunidad educativa de los niveles medio de la provincia sobre prevención de las conductas de riesgo.
4. Conocer la realidad de la provincia sobre las conductas de riesgo en la población adolescente, manteniendo un registro estadístico anual, inter institucional como línea de base para futuros proyectos de acción en coordinación inter sectorial.

12. BIBLIOGRAFIA

1. Acero A, Escobar F, Castellanos G. (2007) Factores de riesgo para violencia y homicidio juvenil. Revista Colombiana de Psiquiatría, vol. XXXVI / No. 1.
2. Anuarios del INEC Ecuador 1990. 1991.
3. Anuarios del INEC Ecuador 2000. 2004.
4. Anuarios del INEC Ecuador 2006 y 2007.
5. *Boletín Demográfico 68. América Latina y Caribe: Fecundidad 1950-2050.*
6. Constitución de la República del Ecuador 2008.
7. Código de la Niñez y Adolescencia 2003.
8. CEPAL, Ni una más! El derecho a vivir una vida libre de violencia en América Latina y el Caribe, octubre 2007.
9. CELADE- SIISE. Las tasas de fecundidad: CELADE 2004.
10. Código Penal, Art. 514: Violación con graves perturbaciones en la salud o muerte de la víctima.
11. CLAP-OPS. Sistema informático del adolescente, con Historia de Salud Sexual y Reproductiva. Publicación Científica del CLAP 1454. Agosto 2000.
12. Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (2003) Formación en Promoción y Educación para la Salud. Murcia, España
13. Diagnóstico sobre Salud Sexual y Reproductiva de Adolescentes en América Latina y el Caribe. México; Guzmán, J.M. et al. (2006).
14. Démographie de l'Amérique latine et de la Caraïbe Depuis 1950". *Populación*. Vol. 61. Núm. 5-6. France. INED.
15. Dirección General de Orientación y Servicios Educativos (2003) Navegando por la Adolescencia.unam.mx. México UNAM
16. Estadística Dirección Provincial de Salud de Zamora Chinchipe 2008.
17. Estimaciones del Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA, 2003)
18. II Encuesta Mundial del Tabaco en Jóvenes Ecuador 2007.
19. Feldman F (2006). Escuela y Prevención de las Adicciones (antología). México: Liberadictus.
20. Gómez M. (2000) Adolescencia y Prevención: conducta de riesgo y resiliencia. *Psicología y Psicopedagogía*. Publicación virtual de la Facultad de Psicología de la USAL. Año 2000. Nº 4.

21. IMAN (Integración del Manejo de Adolescentes y sus Necesidades) Servicios: Normas de atención de salud sexual y reproductiva de adolescentes. OPS. Washington DC. 2005.
22. Krauskopf. D. (s/f) 2000. Las Conductas de Riesgo en la Fase Juvenil en web:
<http://www.cinterfro.org.uy/pubic/spanish/region/ampro/cinterfor/temas/youth7doc/not/libro37/libro37.pdf>
23. LEY contra la Violencia a la Mujer y la Familia, Ley 103, publicada en el Registro Oficial N° 839 del 11 de diciembre de 1995 y actualizada a junio del 2007, Corporación de Estudios y Publicaciones, Quito.
24. LEY contra la Violencia a la mujer y la Familia, Art. 4, literal c): Violencia sexual
25. MSP Ecuador - CONASA Normas y Protocolos de Atención Integral de la Violencia de Género, Intrafamiliar y Sexual por Ciclos de Vida año 2008.
26. Ministerio de Salud Pública. República la Ecuador Normas y Procedimientos para la Atención Integral de los y las Adolescentes 2009.
27. Ministerio de Salud Pública. República del Ecuador (2005) Manual de norma y procedimientos para la atención integral de los y las adolescentes.
28. Ministerio de Educación. (2005). Centro de Informática y Estadística – UGEL 01 – San Juan de Miraflores- Lima – Perú.
29. Menkes, C. y Suárez, L. (2004). Embarazo y fecundidad adolescente en México. Lozano.
30. Ministerio de Educación. (2005). Guía de educación familiar y sexual para docentes y padres de familia: Lima Perú- UNFPA.
31. Ministerio de Salud del Perú. (2005). Salud Sexual y reproductiva en el Programa de Promoción de la Salud en las Instituciones Educativas. Lima: Dirección General de Promoción de la Salud.
32. Plan Andino y Nacional y Provincial de Prevención del Embarazo en Adolescentes 2007 , 2008, 2009
33. Palacio, Bravo y Andrade. (s/f) consumo de alcohol y conducta de riesgo en los adolescentes. UNAM. En web:
34. Política Nacional de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos 2006.
35. Santiago de Chile; Encuestas DHS; Guzmán, J.M. et al. (2001).
36. (UNFPA – CEPAL Proyecciones Estadísticas Poblacional 2003).

13. ANEXOS

13.1 ANEXO 1: Presupuesto y financiamiento

RUBROS	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	TOTAL
A). R. HUMANOS			
1. Facilitadores: .. 4 para la sección de Urna (5 d) 4 para la sección Nocturna (5 d)	00		00.00
	00		00.00
Subtotal	00		00.00
Coordinador proyecto traslado	1		00.00
B). R. MATERIALES			
Materiales de oficina.			
1. Acusador,	1	10.00	10.00
2.Perforadora,	1	5.00	5.00
3.Engrampadora	1	5.00	5.00
4. Hojas INEN resmas	5	4.00	20.00
5. CDS original	30	2.00	60.00
8. Memoria USB	2	20.00	40.00
9. Tiza Líquida	20	1.00	20.00
10. Copias	1.000.00	0,2	200.00
B Subtotal			360.00
C). OTROS			
1.levantamiento de texto anillado	10	8	80.00
2. Movilización: alquiler de vehículo para movilización de autor proyecto y equipo facilitador para las 2 secciones diurno y nocturno del colegio	30	20.00	500.00
3. Alimentación			
4.Diseño e impresión de trípticos y fotocopias	50	1.00	50.00
	2.000.00	0.40.00	800.00
B Subtotal			1.430.00
SUBTOTAL			1.790.00
IMPREVISTOS	10% de A+B+C		150.00
TOTAL			1.940.00

FUENTE DE FINANCIAMIENTO	PORCENTAJE
RESPONSABLE Y AUTOR DEL PROYECTO	50 %
UNIDAD DE ATENCION AMBULATORIA DEL IESS ZAMORA	10%
DIRECCION PROVINCIAL DE SALUD	20 %
CONCEJO CANTONAL DE LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA DE ZAMORA	20 %
SCS SALUD GUADALUPE	0 %
FINANCAMIENTO TOTAL	100%

ANEXO 2: Cronograma:

Objetivos Específicos	Actividades	Tiempo de ejecución meses															
		2010										2011					
		E	F	M	A	M	J	J	O	N	D	E	F	M	A		
Objetivo específico 1 1. Capacitar y desarrollar destrezas y habilidades necesarias en los docentes, padres de familia para el reconocimiento y prevención de conductas de riesgo de los y las adolescentes.	Actividad 1.1 Observaciones y entrevistas exploradoras Diseño, elaboración del proyecto. Presentación de proyecto al Rector del Colegio Daniel Martínez parroquia Guadalupe.		X														
	Actividad 1.2 Diseño elaboración de matriz para la aplicación de encuesta a estudiantes, recolección de datos y su tabulación.				X	X											
	Actividad 1.3 Reunión de trabajo con Técnicos y autoridades Institucionales para presentar resultados de encuesta solicitar su apoyo y conformación del Equipo de Facilitadores.					X											
	Actividad 1.4 Taller de capacitación sobre conductas de riesgo dirigido a estudiantes, padres de familia y docentes del Colegio. Entrega de material informativo.							X	X			X	X	X			
Objetivo específico 2. Fortalecer la Salud preventiva mediante la entrega de material educativo e informativo al establecimiento educativo en conductas de riesgo en adolescentes	Actividad 2.1 Diseño, elaboración y preparación de material informativo y audio visual (trípticos, afiches y videos), para entregar a participantes e institución.					X		X	X	X		X	X				
	Actividad 2.2. Entrega de material educativo e informativo y videos al DOBE del Colegio Daniel Martínez de la parroquia de Guadalupe.							X	X	X	X	X	X	X			
Objetivo específico 3. Formar un comité comunitario para prevención de las conductas de riesgo de los y las adolescentes.	Actividad 3.1: Convocar a las autoridades de las instituciones de la parroquia y cantonales que trabajan con población adolescente para informar de resultados del proyecto. Actividad 3.2 Conformación de Comité comunitario de Prevención de conductas de riesgo en adolescentes Y para sostenibilidad futura de la temática.														X	X	

ANEXO 3: ENCUESTA PARA APLICACIÓN EN ADOLESCENTES

Sexo: Femenino [] Masculino []. Edad:.....

Entre las más principales conductas de riesgo en el adolescente se consideran las siguientes:

- a. Consumo de drogas legales (alcohol y tabaco) e ilegales (drogas).
- b. Violencia y conductas antisociales
- c. Embarazos no deseados.
- d. Enfermedades de transmisión sexual (SIDA)
- E. Depresión

1. ¿Ha sido capacitado alguna vez sobre conductas de riesgo del adolescente SI () NO ()
2. Tiene conocimientos sobre Educación Sexual? SI () NO () En caso de su respuesta ser afirmativa. ¿Cómo considera estos conocimientos? Buenos () Regulares (). Deficientes ()
3. ¿Conoce los derechos de salud sexual y reproductiva? SI () NO ()
4. ¿Conoce los derechos que ampara al adolescente y sus deberes y obligaciones que impone el estado SI () NO () conoce Todos () pocos () o ninguno ()
5. ¿Recibe orientación en educación sexual por parte de sus padres? SI () NO (), la misma es Bueno () Regular (). Deficiente () Por Que.....

.....¿Consumes Usted cigarrillos SI () NO (), a que edad inicio a consumir Cuantos consume en el día....., alcohol SI () NO () a que edad inicio a consumir.....

6. ¿Consumes Usted alcohol SI () NO (), a que edad inicio a consumir
7. ¿Ha tenido Usted una Hermana (), Prima () o vecina () que ha sido madre adolescente. A que edad se embarazo? Menos de 15 años () entre 15 a 17 () o de 17 a 19 ()
8. ¿Conoce Usted de adolescentes (entre 10 a 19 años) en su comunidad que tengan mas de 1 hijo SI () NO (), de ser afirmativo cuantos 2 hijos () o 3 hijos ().
9. ¿Está capacitado (a) en enfermedades de transmisión sexual SI () NO (), de ser afirmativo conoce Todas () pocas () o ninguno ()
10. ¿Sobre el aparato genital masculino y femenino conoce Usted los órganos que lo conforman, y la función que cumple cada uno de ellos Si () No ().
11. ¿Cuál es su definición de ciclo menstrual?.....

13. Cual de las siguientes conductas de riesgo cree Usted que debería capacitarse más urgente en su comunidad señale en número en orden de prioridad:

- a.....
- b.....
- c.....
- d.....
- e.....

14. Cree Usted que la capacitación deberá ser integral: padres de familia, adolescentes y docentes SI () No () Por que?

15. Cree Usted que estos temas deben ser prioritarios actualmente en sus comunidades y que exista la participación todas las instituciones y de toda la población en general Si () No ().

ANEXO 4: GALERIA FOTOS

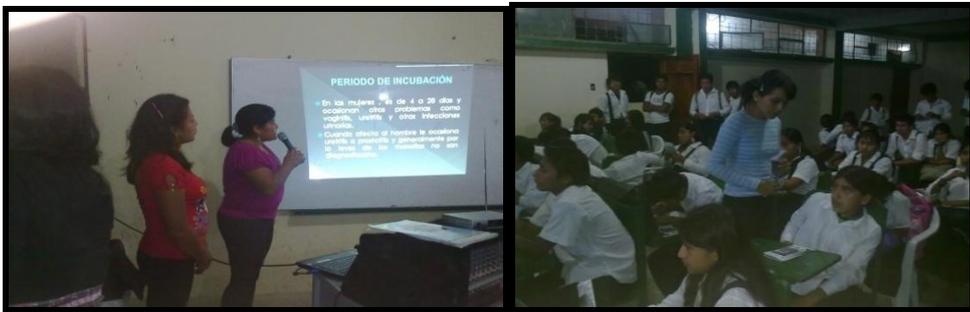


SECCION DIURNO





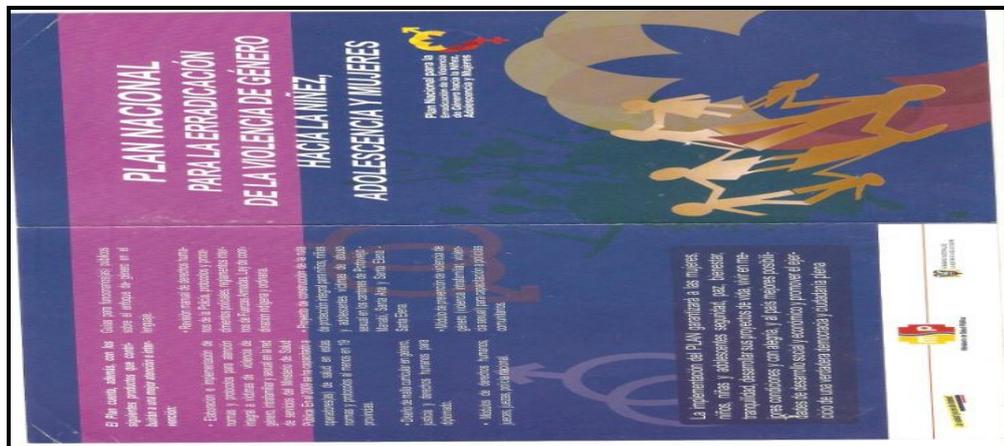
SECCION NOCTURNO



PADRES DE FAMILIA



ANEXO 5: MATERIAL INFORMATIVO DE PREVENCIÓN UTILIZADO EN EL PROYECTO



**DIRECCION PROVINCIAL DE SALUD
ZAMORA CHICHINPE**

PREVENCIÓN DEL EMBARAZO EN LAS ADOLESCENTES

PROCESO DE IMPLANTACIÓN DE LA NORMA
Programa de Salud Intercultural
Programa de Salud del Adolescente

MSP Ministerio de Salud Pública

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE PARTOS DE MADRES ADOLESCENTE

Año	ZAMOR (%)	PAIS (%)
1990	15	19
1995	16	18
2000	18	17
2004	21	16
2005	22	15
2006	23	14
2007	24	11

ZAMOR. PAIS

Estrategias de intervención.

- Crear centros de información sobre el embarazo en adolescentes.
- Implementar servicios de atención diferenciada.
- Fomentar la participación de los/as adolescentes para el cumplimiento de sus derechos y deberes.
- Sensibilizar a la sociedad sobre derechos sexuales y reproductivos de los adolescentes.
- Promover un plan de educación sobre la sexualidad tomando en cuenta factores culturales propios de nuestra provincia.
- Promover la participación intersectorial.

ADOLESCENCIA SE REFIERE AL GRUPO DE EDAD COMPRENDIDO ENTRE LOS 10 Y 19 AÑOS DE EDAD, SEGÚN LA DECLARACIÓN DE LA OMS. AL "PERIODO DE LA VIDA EN EL CUAL EL INDIVIDUO ADQUIERE LA CAPACIDAD REPRODUCTIVA, TRANSITA LOS PATRONES PSICOLÓGICOS DE LA NIÑEZ A LA ADULTEZ Y CONSIDERA LA INDEPENDENCIA SOCIO-ECONÓMICA" DE "ADOLESCER" "HACERSE ADULTO". STAPA QUE LLEVA DE LA NIÑEZ A INFANCIA A LA JUVENTUD, MIENTRAS QUE EL TÉRMINO PUBERTAD CAMBIOS BIOLÓGICOS RELACIONADOS CON LA MADURACIÓN CORPORAL.

¿Cómo ayudar a la persona dependiente de las drogas?

- Si una persona cercana a usted tiene un problema de drogadicción, acepte la realidad y reconozca que lo/la necesita y que es una enfermedad la que está padeciendo.
- Mantenga la calma, sentir enojo, miedo, vergüenza o huir de esa realidad no ayuda en nada a resolver el problema. Es mejor conservar la serenidad y dar todo el apoyo, comprensión, amor y solidaridad que sea capaz.
- Solicite información y orientación profesional. Es muy difícil que por sí solo pueda hacer una evaluación objetiva del problema. Necesita conocer los efectos de la drogadicción, así como sus daños y consecuencias tanto en la persona que sufre la adicción como en sus familiares y personas cercanas.
- Sólo con ayuda profesional podemos afrontar el problema positivamente y ver las mejores opciones de tratamiento.

www.msp.gov.ec

EL CAMINO DE LAS DROGAS...
SOLO TIENE UN FINAL

PIENSALO

www.msp.gov.ec

Si necesitas hablar

familiares
amigos / as
unidades de salud

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA
SALUD MENTAL
Juan Larrea N14-83 (483) y Riofrio
Edificio Pazmiño, 3er. Piso, Of.: 20, 21 y 22
Quito - Ecuador
Teléfono: 02 255 8532
Fax: 02 255 8527
E-mail: saludmental@msp.gov.ec

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA

Los malos tratos no empiezan de golpe

ABRE LA PUERTA A LA DENUNCIA CONTRA LA VIOLENCIA DE GÉNERO

A LA MINIMA SEÑAL

Hablar es la única salida

¡ La Salud ya es de todos !

SI USTED DISFRUTA DE LA VIDA SIN BEBER ALCOHOL, ES LO MEJOR, SI BEBE APRENDA A HACERLO CON MODERACIÓN.

m p
Ministerio de Salud Pública
 DIRECCIÓN NACIONAL DE SALUD MENTAL

EL BEBEDOR
PROBLEMA

DIRECCIÓN NACIONAL DE SALUD MENTAL
 Av. República de El Salvador # 950 y Suecia
 Teléfono: 381 4400 ext. 5400 / 5406
 Fax: 381 4450 ext 5407
 Correo: saludmental@msp.gov.ec

La Salud es un deber
 Ministerio de Salud Pública
 GOBIERNO NACIONAL DE LA REPUBLICA DEL ECUADOR

¡TODAS Y TODOS TENEMOS DERECHO A VIVIR UNA VIDA LIBRE DE VIOLENCIA, PODEMOS HACERLO!!

SI SOMOS VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DEBEMOS ACUDIR A :

Cualquier hospital, centro o subcentro de salud a nivel nacional
Donde encontraremos:
ATENCIÓN GRATUITA
Respeto a la confidencialidad
Personal sensible

ConVivir
sin violencia
 Plan Nacional para la Erradicación de la Violencia de Género hacia la Niñez, Adolescencia y Mujeres

ANEXO 6: OFICIOS

	<p style="text-align: center;">COLEGIO TÉCNICO AGRÍCOLA “DANIEL MARTÍNEZ ORDÓÑEZ” Dirección: Av. Principal a Yacuambi s/n Telf. 2606950 GUADALUPE - ZAMORA CHINCHIPE - ECUADOR REPUBLICA DEL ECUADOR</p>
<p>COLEGIO TÉCNICO AGROPECUARIO “DANIEL MARTÍNEZ O” Guadalupe- Zamora Chinchipe- Ecuador Telefax 2 606950 Oficio N° 0201RCDMO-G. Guadalupe a 05 de mayo del 2010</p>	
<p>Dr. ANGEL CHAMBA VEGA FUNCIONARIO DEL CENTRO DE ATENCION AMBULATORIA DEL IESS - ZAMORA. En su despacho.- De mi Consideración.</p>	
<p>Por medio del presente me permito llegar ante usted, con la finalidad de dar contestación a su oficio fechado el 27 de abril de 2010 donde solicita la respectiva autorización y apoyo por parte de Autoridades, docentes, alumnos y padres de familia del Colegio “DANIEL MARTINEZ ORDONEZ” para la ejecución del proyecto “PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE CONDUCTAS DE RIESGO DE LOS Y LAS ADOLESCENTES EN LA PARROQUIA DE GUADALUPE CANTON ZAMORA 2010, previa la obtención de la maestría en DESARROLLO LOCAL Y SALUD.</p>	
<p>Esta Institución representada por el Ing. WILMER ERAS A, en calidad de Rector Encargado con número de cedula 1103048557 autoriza dicha petición para el desarrollo del presente proyecto, facultando al interesado hacer uso de este oficio para lo que estime conveniente y pertinente.</p>	
<p>Por la favorable atención que sabrá dar al presente le antelo mis más sinceros agradecimientos</p>	
<p>Atentamente.</p>	
<p>..... Ing. Wilmer Eras a. RECTOR(E) ENCARGADO</p>	
	



COLEGIO TÉCNICO AGROPECUARIO
"DANIEL MARTÍNEZ ORDÓÑEZ"

Dirección: Av. Principal a Yacuambi s/n Telf. 3836659
GUADALUPE - ZAMORA CHINCHIPE - ECUADOR

CERTIFICACION

Mediante la presente me permito certificar que en el periodo comprendido abril del año 2010 hasta 8 de abril del 2011 se desarrollo el proyecto de "PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE CONDUCTAS DE RIESGO DE LOS Y LAS ADOLESCENTES EN LA PARROQUIA DE GUADALUPE CANTON ZAMORA 2010" el mismo que estuvo dirigido a la Comunidad educativa, docentes y padres de familia del "COLEGIO DANIEL MARTINEZ" de la Parroquia Guadalupe, el mismo que estuvo bajo la dirección del Dr. Ángel Chamba Vega Médico de la UAA del IESS Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social Zamora desarrollándose en el transcurso del mismo las siguientes actividades:

- 1.- Capacitación a padres de familia, docentes y adolescentes de la comunidad Educativa del Colegio Daniel Martínez.
- 2.- Entrega de trípticos a padres de familia, adolescentes y docentes relacionados con los siguientes temas: Prevención de embarazo en adolescentes, violencia de género, el bebedor problema y prevención de infecciones de transmisión sexual.
- 3.- Entrega de material informativo y audiovisual al establecimiento como: Afiches Convivir sin violencia, Plan Nacional para la erradicación de la violencia de género, uso indebido de drogas; set de videos Historias Juveniles, debes + puedes de la Red Nacional por los Derechos Sexuales reproductivos de los jóvenes, embarazo en adolescentes y paquete Normativo de Atención Integral de la Salud de Adolescentes y Violencia de género intrafamiliar y sexual por ciclos de vida.
- 4.- La conformación del Comité de Prevención de "Conductas de Riesgo" en adolescentes de la Parroquia Guadalupe del cantón Zamora.

Atentamente

Lic. Jorge Sozoranga
RECTOR DEL COLEGIO DANIEL MARTINEZ
DE LA PARROQUIA DE GUADALUPE

