



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA

ESCUELA DE MEDICINA

**MAESTRÍA EN GERENCIA EN SALUD PARA EL DESARROLLO
LOCAL**

TEMA:

“PROGRAMA EDUCATIVO PREVENTIVO SOBRE ETS-VIH /SIDA EN LOS ADOLESCENTES DEL PRIMERO, SEGUNDO Y TERCER AÑO DE BACHILLERATO EN TRES COLEGIOS DE INFLUENCIA DEL HOSPITAL JOSÉ MIGUEL ROSILLO DEL ÁREA DE SALUD No 5 CARIAMANGA DEL CANTÓN CALVAS 2010”.

**TESIS PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE MÁSTER EN
GERENCIA DE SALUD PARA EL DESARROLLO LOCAL.**

AUTOR

DRA. PAOLA SARANGO CUEVA

DIRECTORA

DRA. NOEMÍ ARMIJOS

LOJA - ECUADOR

CERTIFICACIÓN

Dra.

Noemí Armijos

DIRECTORA DE TESIS

CERTIFICA:

Que ha supervisado el presente trabajo titulado: ***“PROGRAMA EDUCATIVO PREVENTIVO SOBRE ETS-VIH /SIDA EN LOS ADOLESCENTES DEL PRIMERO, SEGUNDO Y TERCER AÑO DE BACHILLERATO EN TRES COLEGIOS DE INFLUENCIA DEL HOSPITAL JOSÉ MIGUEL ROSILLO DEL ÁREA DE SALUD No 5 CARIAMANGA, DEL CANTÓN CALVAS 2010”***, el mismo que está de acuerdo con lo estipulado por la Maestría Gerencia de Salud para el Desarrollo Local de la Universidad Técnica Particular Loja, por consiguiente autorizo su presentación ante el tribunal respectivo.

Loja, 2010- Septiembre

f).....

Dra. Noemí Armijos.

AUTORÍA

Todos los criterios y opiniones, afirmaciones, análisis, interpretaciones, conclusiones, recomendaciones y todos los demás aspectos vertidos en el presente trabajo de investigación son de absoluta responsabilidad de su autora.

Loja, Septiembre del 2 010

(f)_____

CESIÓN DE DERECHO

Yo, Dra. Paola Sarango Cueva, 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, Septiembre del 2 010

(f).....

Autor

DEDICATORIA

Dedico el presente trabajo de investigación

A mis padres: Juanito y Luz María que con

Sacrificio y abnegación supieron guiarme y

Apoyarme por el camino de la sabiduría, y

El anhelo de servir a mis semejantes.

A mis hermanos /as por su comprensión y

Apoyo incondicional en mi superación.

PAOLA SARANGO CUEVA

AGRADECIMIENTO

A la Universidad Técnica Particular de Loja, en especial a los señores catedráticos de la Maestría en Gerencia y Salud para el Desarrollo Local, por la enseñanza impartida.

Hago ostensible mi agradecimiento a la Dra. Noemí Armijos, por el apoyo, asesoría y conocimientos brindados durante el proceso académico e investigativo.

En igual forma, agradezco a los integrantes de las Unidades Educativas “Eloy Alfaro”, “Mariano Samaniego”, “María Auxiliadora”, por su participación e involucramiento para la presente investigación. En especial a los señores rectores, porque, con sus respectivas autorizaciones, tuve acceso a las mencionadas instituciones educativas para realizar la investigación.

Un cordial agradecimiento a los /as docentes y adolescentes del primer, segundo y tercer año de bachillerato de la Unidades Educativas “Eloy Alfaro”, “Mariano Samaniego”, y “María Auxiliadora”, por la colaboración brindada durante la aplicación de los instrumentos de investigación para el desarrollo del proyecto de acción.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

PRELIMINARES:	PÁGINAS
Carátula:	i
Certificación:	ii
Autoría:	iii
Dedicatoria:	iv
Agradecimiento:	v
Índice:	vii
APARTADOS	
Resumen:	8
Abstract	11
Introducción	15
Problematización	18
Justificación	23
Objetivos	26
Marco teórico	28
Diseño metodológico	76
Resultados	91
Conclusiones	124
Recomendaciones	126
Bibliografía	128
Anexos	132

1. RESUMEN

RESUMEN

La problemática sanitaria a nivel mundial ha determinado la importancia de abarcar temáticas de salud como la presencia incuestionable de la epidemia del VIH; lo que es alarmante debido a que esta enfermedad ha avanzado rápidamente afectando a un gran número de personas sin distinción de sexo, raza, edad, condición económica o social. Además el ETS-VIH/SIDA no es un problema aislado, puesto que repercute además de la salud, en los hábitos laboral, social, y personal, por ello la necesidad urgente de crear estrategias de trabajo mediante la promoción de salud y prevención de la transmisión de las ETS con educación y comunicación para lograr cambios de conducta en salud y sexualidad.

“De los datos obtenidos hasta el 2009, el 96% de los casos de SIDA fueron por transmisión sexual, 1,6% vía perinatal y 1,4 vía intravenosa. En el Ecuador, 8 de cada 10 personas infectadas (80%) tienen una edad comprendida entre 20 y 44 años; hasta septiembre del 2010, se han sido reportados 8.867 casos de VIH/SIDA”.

Este proyecto de acción se lo está aplicando en el cantón Calvas, en tres colegios de cobertura del Área de Salud N° 5 Cariamanga.

En la ejecución del presente plan de intervención se ha tomado como antecedentes los resultados previamente obtenidos en la línea de base, aplicada por el personal el Área de Salud N° 5 Cariamanga, en los que se evidenciaba el escaso o erróneo conocimiento que los adolescentes poseen sobre temas de sexualidad lo cual me sirvió de iniciativa para implementar este proyecto ***“PROGRAMA EDUCATIVO PREVENTIVO SOBRE ETS-VIH /SIDA EN LOS ADOLESCENTES DEL PRIMERO, SEGUNDO Y TERCER AÑO DE BACHILLERATO EN TRES COLEGIOS DE INFLUENCIA DE, DEL CANTÓN CALVAS 2010”***, el cual se fundamentó en la ejecución de reuniones, charlas, conferencias, talleres con el propósito de lograr crear una cultura educativo-preventiva en la comunidad educativa que integra estas instituciones educativas.

Durante la ejecución de este proyecto de acción, se pudo discernir que el nivel de conocimientos sobre actitudes preventivas frente a las ETS-VIH/SIDA era muy

reducido y que no existe el verdadero interés e involucramiento para desarrollar estos temas, enfocándolos únicamente a aspectos biológicos y no preventivos.

Mediante la realización de dicho proyecto y en el desarrollo de las actividades planteadas, procedimos a realizar un análisis del nivel de conocimientos sobre las ETS-VIH/SIDA, a través de la aplicación de encuestas a los alumnos de las instituciones educativas, observándose en algunos casos respuestas de desconocimiento, apatía, falta de colaboración.

Al culminar el presente trabajo de acción se pudo determinar que, el 100% de las instituciones educativas trabajan en el desarrollo del proyecto coordinando, criterios unificados, aunando esfuerzos para trabajar en la prevención de las ETS-VIH/SIDA, mientras 100% de las instituciones educativas coordinan acciones preventivas frente a esta temática.

Respecto a la implementación e institucionalización del Plan de información, educación y comunicación en las comunidades educativas, el 91% de los adolescentes se capacitaron en la prevención de las ETS-VIH/SIDA.

El 100% de las instituciones educativas, cuentan con el Plan de Información, Educación y Comunicación integradas al Plan Educativo Institucional.

Referente a la conformación de comisiones estudiantiles, se conformaron en cada una de las instituciones educativas alcanzando un resultado del 100% los cuales desarrollan actividades con el propósito de prevenir las ETS-VIH/SIDA.

2. ABSTRACT

ABSTRACT

The sanitary problem at world level has determined the importance of embracing thematic of health like the unquestionable presence of the epidemic of the HIV; what is alarming because this illness has advanced affecting to a great number of people without sex distinction, race, age, economic or social condition quickly. The ETS-HIV / AIDS is not also an isolated problem, since it rebounds besides the health, in the labor, social, and personal habits, hence the urgent necessity to create work strategies by means of the promotion of health and prevention of the transmission of ETS with education and communication to achieve behavior changes in health and sexuality.

"Of the data obtained up to the 2009, 96% of the cases of AIDS was for sexual transmission, 1,6% via perinatal and 1,4 via intravenous. In Ecuador, 8 of each 10 infected (80%) people have an age understood between 20 and 44 years; until September of the 2010, they have been reported 8.867 cases of HIV / AIDS."

This action project is applying it to him in the canton Bald patches, in three schools of covering of the Area of Health N° 5 Cariamanga.

In the execution of the present intervention plan he/she has taken as antecedents the results previously obtained in the base line, applied by the personnel the Area of Health N° 5 Cariamanga, in those that the scarce or erroneous knowledge was evidenced that the adolescents possess on topics of sexuality that which served me as initiative to implement this project it "PROGRAMS EDUCATIONAL PREVENTIVE ON ETS-HIV / AIDS IN THE ADOLESCENTS OF THE FIRST, SECOND AND THIRD YEAR OF HIGH SCHOOL IN THREE SCHOOLS OF it INFLUENCES OF, OF THE CANTON BALD PATCHES 2010", which was based in the execution of meetings, chats, conferences, shops with the purpose of being able to create an educational-preventive culture in the educational community that integrates these educational institutions.

During the execution of this action project, you could discern that the level of knowledge has more than enough preventive attitudes in front of the ETS-HIV / AIDS it

was very reduced and that it doesn't exist the true interest and involucramiento to develop these topics, only focusing them to aspects biologists and not preventive.

By means of the realization of this project and in the development of the outlined activities, we proceeded to carry out an analysis of the level of knowledge on the ETS-HIV / AIDS, through the application of surveys to the students of the educational institutions, being observed in some cases answers of ignorance, apathy, lack of collaboration.

When culminating the present action work you could determine that, 100% of the educational institutions works in the development of the project coordinating, unified approaches, joining efforts to work in the prevention of the ETS-HIV / AIDS, while 100% of the educational institutions coordinates preventive actions in front of this thematic one.

Regarding the implementation and institucionalización of the Plan of information, education and communication in the educational communities, 91% of the adolescents was enabled in the prevention of the ETS-HIV / AIDS.

100% of the educational institutions, they have the Plan of Information, Education and Communication integrated to the Educational Institutional Plan.

With respect to the conformation of student commissions, they conformed to in each one of the educational institutions reaching a result of 100% which develop activities with the purpose of preventing the ETS-HIV / AIDS.

3. INTRODUCCIÓN

INTRODUCCION

El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), que causa SIDA, ha desencadenado una pandemia mucho más extensa que la que se predijo hace apenas una década. El ONUSIDA y la OMS estiman que, a finales del siglo 20, el número de personas que vivían con el VIH o con el SIDA en 36,1 millones.

Esa cifra es más de un 50% superior a la que se proyectó en 1991 el Programa Mundial sobre el SIDA de la OMS a partir de los datos entonces disponibles.

La epidemia en América Latina es un mosaico completo de patrones de transmisión, en el que el VIH continúa propagándose a través de las relaciones sexuales entre varones, las relaciones sexuales entre varones y mujeres y el uso de drogas intravenosas, en el año 2009 existen en América del Sur 36000 menores de 18 años que viven con el VIH y 6700 adquirieron el VIH.

A pesar de que los datos son incompletos, hay pruebas crecientes de que, a medida que aumentan las tasas de prevalencia del VIH, disminuyen significativamente tanto los ingresos nacionales totales (producto interno bruto, o PIB) como su ritmo de crecimiento.

En el Ecuador, el SIDA constituye actualmente una de las enfermedades de mayor interés para los responsables de la salud pública. En un seguimiento que se hiciera en la ciudad de Quito por parte de la Cruz Roja, se detectaron 583 casos en adolescentes menores de 15 años desde enero del 2009 hasta junio del mismo año¹.

En la provincia de Loja, se ha iniciado estudios de lo que está sucediendo con la problemática del SIDA, pero existe un subregistro de los datos y las cifras no son reales, es así que en el 2009 se reportaron 19 casos de infecciones con VIH, 5 casos de SIDA dando un total de 24 pacientes; se dice que por cada detectado existen 10 casos no detectados, entonces sería de suponer que las cifras son mayores.²

¹ www.ECUAVISA.com/ Centro de Información y Noticias.

² Ecuador, Ministerio de Salud Pública (2009), Programa Nacional de SIDA/ITS.

LA falta de conocimiento sobre que es el VIH/SIDA-ETS como se transmite, el desconocimiento de cuáles son las medidas preventivas, el impacto en el núcleo familiar y la sociedad, son tópicos que nos ayudaran a evitar más contagios.

Se percibe que en los establecimientos educativos no existe un verdadero enfoque de la educación sexual, ni cómo prevenir enfermedades de transmisión sexual dentro de éstas el VIH-SIDA;, ni tampoco se realizan planes de contingencia, tal es el caso de los centros educativos en estudio. Sumado a esto, los inadecuados sistemas de promoción de salud, y la falta de involucramiento de los padres de familia, son aspectos que guardan relación frente a la problemática.

La población adolescente del Ecuador, específicamente de la provincia de Loja ,particularmente del cantón Calvas desconocen este tema; debido a que la adolescencia es una etapa de transición no puede estar exento de esta problemática. Por lo cual se seleccionó a las instituciones educativas: “ Eloy Alfaro”, “ Mariano Samaniego”, y, “ María Auxiliadora”, por ser los colegios más grandes de la ciudad, y de fácil acceso. Tienen una población estudiantil de 490 adolescentes inscritos, en el año lectivo 2010-2011, que están comprendidos en una edad entre 13 a 20 años. Se tomó como muestra, a los estudiantes del primero, segundo, y, tercer año de bachillerato, siendo en un número de 140 estudiantes.

La existencia de una base de conocimientos, un grupo humano dispuesto a transmitir sus conocimientos con el objetivo de disminuir el número de contagios de VIH, sumado a esto la accesibilidad y apoyo de las autoridades, padres de familia y estudiantes del plantel educativo, son elementos que contribuyeron para la justificación de este proyecto. El mismo que por ser económico, y, por la fácil disposición de recursos lo hace rentable y sostenible a largo plazo.

4. PROBLEMATIZACIÓN

PROBLEMATIZACION

El Área de Salud N° 5 Cariamanga, como rectora institucional de la salud es responsable de velar por el adecuado desempeño de políticas y procedimientos a favor del conglomerado social. Por ello, hemos analizado que entre los problemas sentidos de intervenir, está el VIH/SIDA, en el aspecto de prevención.

Así como presenciamos el avance de la ciencia y la tecnología, en el mundo actual, también somos testigos de la crisis social, económica y cultural, evidenciada por guerras, grupos subversivos internacionales, pobreza, analfabetismo, deterioro de la salud por falta de atención y enfermedades catastróficas. Este estado de crisis se refleja en un alto índice de delincuencia juvenil, drogadicción, secuestros, narcotráfico, inicio temprano de relaciones sexuales, adicional a esto, la falta de políticas gubernamentales enfocadas en el ámbito preventivo de salud, inciden en el deterioro de la calidad de vida de la población; por lo cual es necesario educar en la prevención, auto-cuidado de la salud y responsabilidad social para enfrentar las enfermedades de carácter social, entre ellas el SIDA; y más aún el SIDA en los adolescentes.

Comparativamente, el SIDA (Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida) en el Ecuador también está en ascenso, y, es así como desde 1984 en que se inicia la epidemia hasta el año 2008, se han registrado 5291 casos, de los cuales 1324 se presentan en mujeres, que corresponden al 25% del total de casos.

La proporción hombre-mujer se ha modificado, por cada cinco hombres hay una mujer contagiada en la primera década, en los últimos cinco años a variado por cada cinco hombres hay 3 mujeres contagiadas.

El primer caso de Sida en niños se presenta en el Ecuador en 1987; desde ese año hasta el 2008 se han presentado 378 casos. En Guayas, que es la provincia más afectada por la epidemia; la tasa de incidencia es de 2,2 casos de VIH- SIDA por cien mil niños de 0 a 9 años en el 2008 y, 4,4 casos en el 2009.

En la provincia de Loja desde el año 1988 hasta el 2002 se han detectado 58 casos, y desde 1999 hasta el 2009 66 casos. Siendo 48 casos del sexo masculino y 18 del

sexo femenino. Estas cifras determinan claramente que asombrosamente, la epidemia va en aumento.³

Considerando a esta enfermedad como uno de los peligros inmediatos para la salud y el bienestar de los y las adolescentes, es importante prevenir, la posibilidad de contraer una infección de transmisión sexual (ETS).

Desde una perspectiva económica y social, estas enfermedades siguen cobrando un tributo significativo en los adolescentes y finalmente en la sociedad; si bien es cierto en un inicio no provoca menoscabo en la salud orgánica del individuo, en su etapa adulta además de provocar daños en su estado físico impide que éste pueda formar parte de la sociedad económicamente activa. Lo más preocupante, de esta enfermedad es el hecho de que las enfermedades de transmisión sexual se consideran un factor predisponente de riesgo para contraer VIH. Considerando, que los infectados por el VIH pueden pasar mucho tiempo sin ser conscientes de su Cero positividad, debido a la incertidumbre de ser marginado o estigmatizado por la familia y la sociedad; lo que multiplica las posibilidades de transmisión y a su vez disminuye la eficacia de la terapia antirretroviral, cuando ya existe un desmedro del estado físico orgánico del paciente. Siendo importante educar a este grupo vulnerable, para que conozca todo lo concerniente a las ETS/VIH-SIDA, causas, consecuencias, formas de transmisión y formas de prevención.

Por lo que se considera fundamental que se tengan conocimientos previos sobre la prevención de ITS/VIH, para que desarrollen actitudes que promuevan prácticas seguras sobre sexualidad. Estos criterios formulados, se correlacionan directamente con el estudio realizado por el departamento de epidemiología del Centro de Salud, Hospital José Miguel Rosillo, en el Colegio Mariano Samaniego a los estudiantes del tercer año de bachillerato sobre los conocimientos que poseen, frente a la posibilidad de contraer Enfermedades de Transmisión Sexual, en las que como resultados finales se pudo establecer que las nociones sobre sexualidad, son escasas o erróneas siendo este grupo considerado fundamentalmente vulnerable de adquirir el VIH-SIDA.

³ Departamento Epidemiología DPSL 2009.

Por lo expuesto anteriormente, se presentó un proyecto en donde los actores principales del cuidado de su salud sean los mismos adolescentes, a fin de establecer en concreto que tipo de conocimientos poseen los adolescentes y las adolescentes frente a esta enfermedad, que tipo de actitudes presentan frente al sexo, al VIH / SIDA, e investigar sobre las prácticas de hábitos de salud sexual para proporcionar información relevante sobre la actuación de los profesores y las profesoras frente a este tema, que involucra directamente al sector de la educación y la salud.

Esta, es una problemática sentida por toda la sociedad. Personalmente como profesional de la salud, y, como parte integrante del equipo de trabajo del Área de Salud N° 5 Cariamanga, he presenciado el drama social que viven las familias infectadas por el VIH, lo cual lleva a reflexionar sobre la necesidad de educar a la población de riesgo para que adopten, actitudes de prevención y estilos saludables para prevenir ETS/VIH-SIDA.

Reflexionando, sobre la falta de conocimientos de los adolescentes y las adolescentes, así como, de una educación que no aborda en forma pluridisciplinar el problema VIH/SIDA. Se determina, la presencia de algunas actitudes y hábitos negativos que van en contra de su salud. Por lo cual, de acuerdo a la técnica aplicada de grupo focal de jóvenes y señoritas de las instituciones educativas involucradas, en el desarrollo del proyecto de acción como son: la Unidad Educativa "ELOY ALFARO", Instituto Superior "MARIANO SAMANIEGO", y, Unidad Educativa "MARÍA AUXILIADORA"; al ser interrogados en preguntas relacionadas a temas como significado, diferencias, sitios de información, precauciones para prevenir las ETS/VIH-SIDA.

Los adolescentes y las adolescentes, manifestaron contundentemente que desconocían en su gran mayoría sobre esta problemática. El limitado y erróneo conocimiento que poseen sobre sexualidad y los peligros que conllevan, podrían acarrear la posibilidad de contraer una ETS/VIH-SIDA. Ellos buscan proveerse de información entre sus amistades, en la televisión, y por parte de sus padres, cuya información no tiene sustento científico y que en muchas ocasiones induce a cometer errores.

Esta realidad hace que el problema de salud de los adolescentes, sea considerado grave e importante, por lo que esbozo y planteo, el presente proyecto, que contribuya a sensibilizar a las instituciones educativas, sobre la importancia de una educación preventiva en hábitos de salud sexual.

5. JUSTIFICACIÓN

JUSTIFICACION

En el Ecuador, el VIH/SIDA-ETS constituye un problema de salud pública, las investigaciones y la forma de receptar nuevos infectados han sido estructurados para la capacitación de casos en adultos. Poco se toma en cuenta sobre lo que pasa en los adolescentes, y, por lo tanto pocas son también las medidas preventivas que se realizan en este grupo etario.

En comparación con los datos nacionales y de otras provincias, en Loja encontramos una incidencia del VIH/SIDA-ETS para el año 2009 del 0,3%, por lo que consideramos que la enfermedad se encuentra subregistrada dada el alta tasa de prevalencia mundial.

Así mismo, encontramos que existe un conocimiento moderado sobre VIH/SIDA-ETS en personas entre 18 y 49 años sin encontrar referencias en la población menor a 18 años, que también constituye un grupo etario de menor prevalencia, a nivel mundial y en el cual con educación real de lo que está pasando nivel mundial se puede disminuir el número de infectados.

“Los grupos de personas, a quienes el Ministerio de Salud Pública interviene en prevención y control de VIH/SIDA-ETS son: embarazadas, personas con ITS, pacientes tuberculosos, hijos de mujeres VIH positivas, personas viviendo con el VIH-SIDA⁴.

Entonces, podemos decir que son las mujeres menores de 18 años el grupo etario que debemos trabajar; ya que ellas, al tener menor prevalencia son aquellas en quienes debemos prevenir mediante la educación y prevención; porque, en el futuro serán las más susceptibles de contagio. Si tomamos en cuenta los centros educativos, dotándoles del material educativo suficiente y veraz, capacitando al personal docente e involucrando a los padres de familia, sí, es posible disminuir el número de contagios por VIH y el desarrollo del SIDA, en donde los beneficiarios serán los adolescentes que a futuro serán la nueva sociedad.

⁴ MINISTERIO DE SALUD PUBLICA SUBSISTEMA DE INFORMACION DE ATENCION EN VIH/SIDA-ETS.

Indicando además que, de acuerdo con lo previsto en el Art. 4 de la Ley de Educación de la Sexualidad y el Amor, el Ministerio de Educación, es responsable de elaborar planes y programas flexibles de información.

Por todo lo mencionado y la necesidad sentida de programas que potencien el bienestar de salud y vida de esta población adolescente susceptible. Es necesariamente urgente, la implementación e institucionalización del programa, con el único compromiso de cambio y el de elevar la calidad de salud y vida, bases importantes para crear seres humanos intelectualmente con valores positivos en sus salud sexual y reproductiva.

Por lo descrito anteriormente, siento la necesidad de implementar e institucionalizar un programa de educación y prevención sobre el VIH/SIDA-ETS, que potencie el bienestar de salud y vida del adolescente, anhelo que esta propuesta sea aceptada por las autoridades de las instituciones educativas y adopten como modelos de atención y cambios a implementar en otras instituciones o áreas para el desarrollo local y comunitario en beneficio de la población adolescente, su familia y comunidad.

6. OBJETIVOS

OBJETIVOS

GENERAL.

Implementar e institucionalizar un Plan de Información, Educación, y Comunicación, que fomente conocimientos, actitudes y prácticas preventivas, frente al VIH-SIDA/ETS en los adolescentes y las adolescentes de primero, segundo y tercer año de bachillerato de tres colegios de influencia del Hospital “José Miguel Rosillo”, perteneciente al Área de Salud N° 5 Cariamanga, en el período 2010.

ESPECÍFICOS.

- Fortalecer la integración de la comunidad educativa: directivos, padres de familia, docentes y estudiantes para unificar criterios y aunar esfuerzos frente a la prevención de VIH/SIDA-ETS.
- Promover la coordinación interinstitucional, entre al área de salud, instituciones educativas y otras que deseen involucrarse a fin de fortalecer las acciones de salud integral frente al VIH/SIDA-ETS.
- Implementar e institucionalizar un Plan de Información, Educación, y Comunicación tendientes a generar conocimientos, actitudes y prácticas positivas de prevención frente al VIH/SIDA-ETS.
- Promover la conformación de comisiones de salud, dentro de los gobiernos estudiantiles con la participación activa y propositiva de líderes estudiantiles organizados dispuestos a trabajar en prevención de la salud.

7. MARCO CONCEPTUAL

MARCO TEÓRICO

MARCO INSTITUCIONAL

SITUACIÓN DE SALUD EN EL ÁREA N° 5 “CARIAMANGA”

1. ASPECTOS GEOGRÁFICOS DEL LUGAR

El Área de Salud N° 5 Cariamanga, se encuentra ubicada en el histórico cantón Calvas, al Sur de la provincia de Loja. Se sienta en las faldas del majestuoso, Cerro Ahuaca.

Con una extensión superficial de cobertura de aprox. 839 Km². Se halla a 113 Km. de la cabecera provincial y a 1932 metros sobre el nivel del mar.

Limita con los cantones: Al norte con Paltas; al sur con Espíndola; al este con Quilanga y Gonzanamá; y , al oeste con el cantón, Macará.

Políticamente, está conformada por seis parroquias. Tres urbanas, y tres rurales con un total de 79 barrios, así distribuídos:

Parroquia Cariamanga (urbana) 11 barrios

Parroquia Chile (urbana) 12 barrios

Parroquia San Vicente (urbana) 6 barrios

Parroquia Colaisaca (rural) 24 barrios

Parroquia Lucero (rural) 12 barrios

Parroquia Sanguillín (rural) 14 barrios

Está conformada por 5 Unidades Operativas, ubicadas en las diferentes comunidades urbanas y rurales; la Jefatura de Área funciona además, como Hospital Básico "José Miguel Rosillo, siendo éste el Centro de mayor complejidad. A nivel urbano ,funciona 1 Unidad Hospital "José Miguel Rosillo" Cariamanga.

En el sector rural, se encuentran los Subcentros de Salud de Lucero, Sanguillín, Colaisaca, a más de 2 puestos de salud de Batan y Usaime.

ISOMETRÍA.-

UNIDADES	Calidad de la vía	Distancia en Km.	Medio de comunicación
Hospital José Rosillo.	Buena	0	Tel. fax. Email
Colaisaca	Regular	21	Ninguno
Lucero	Regular	25	Ninguno
Sanguillín	Regular	29	Ninguno
Batan	Regular	31	Ninguno
Usaime	Regular	36	Ninguno

CLIMA.

En el Cantón Calvas predomina un clima templado, y comprende los terrenos situados a nivel de 1700 a 3000 metros de altura. Cuya temperatura oscila entre los 17.5 grados centígrados .El clima en la Parroquia de Cariamanga es templado, fresco en verano, en ciertas épocas del año posee un clima cálido, y, fresco húmedo en invierno; a una temperatura entre los 8 a 22 grados.

FLORA.

En el Cantón y en especial en la parroquia de Cariamanga, existe una serie de plantas ornamentales, cultivos, gramíneas, cereales, caña, legumbres, hortalizas, árboles frutales, de igual manera una serie de animales domésticos.

OROGRAFÍA.

El cantón está representado por la cordillera central de los Andes y por tres ramales desprendidos indirectamente de éstas, a los que denominan:

Cordillera Central de los Andes, de ésta, las estribaciones occidentales hasta su clima más una mínima parte de la cordillera de Pon- domine, que se desprende de la

primera que se encuentra al Sur-este del cantón, y en cuyas estribaciones descansan las cabeceras parroquiales de Jimbura, Amaluza y Bellavista.

La Cordillera de Yarahuma que allá ubicada en el centro del cantón y donde se asientan la cabecera cantonal.

La cordillera de Colaisaca y la pequeña meseta de Chinchanga y la cordillera de Guallinimi, que ocupan el nor-este del cantón, y, en las que se encuentran las cabeceras parroquiales de Colaisaca y Utuana

HIDROGRAFÍA.

El cantón Calvas, se caracteriza por tener ríos que se dirigen hacia las dos vertientes del cantón Catamayo y del Calvas. Las mismas que se dirigen al Océano Pacífico, poseen cinco ríos de especial afluencia, que son: Bella María; el río Catamayo; el río Pindo; el río Espíndola, y el río Calvas.

2. DINÁMICA POBLACIONAL

POBLACIÓN

El habitante de Calvas por sus características físicas como el color de la piel, talla se lo podría clasificar en tres grupos: mestizo, blanco, indio, la raza mestiza es la más numerosa, se encuentra en todos los rincones del cantón y se caracteriza por su espíritu emprendedor.

POBLACIÓN DEL CANTÓN CALVAS POR GRUPOS DE EDAD Y SEXO.

GRUPOS DE EDAD Y SEXO.															
0-4 ÑOS		14-26 Años		10-19AÑOS		20-39AÑOS		40-59AÑOS		60-79años		80 y más		Total	
HOM BRE	MUJ ER	HOM BRE	MUJ ER	HOM BRE	MUJ ER	HOM BRE	MUJ ER	HOM BRE	MUJ ER	HOM BRE	MUJ ER	HOM BR	MUJ ERE	H	M
1731	1646	1830	1793	3545	3449	2526	3084	2210	2232	1402	1456	334	366	13578	14026
														27604	

Fuente: Instituto Nacional de estadística y censos 2001

ASPECTO ECONÓMICO:

Con un porcentaje de 50% tanto para el sexo masculino como para el femenino, la población económicamente activa, considerándose así, a las personas mayores de 19 años suman un total de 63%, el 11 % de la población son menores de 4 años mientras que los 27% restantes se encuentran en edad escolar.

La población económicamente activa del área de cobertura, corresponde al 64% de la población total y se la representa de acuerdo al sexo y ocupación de la siguiente manera.

MASCULINO.	FEMENINO.
Agricultores	Quehaceres domésticos.
Chóferes.	Vivanderas.
Obreros de la construcción	Agricultoras.
Empleados públicos.	Lavanderas.
Carpinteros.	Comerciantes minoristas.
Vendedores ambulantes.	Vendedoras ambulantes.

FUENTE: Fichas familiares del Área de Salud.

ELABORACIÓN: Investigador.

De lo descrito anteriormente, señalamos que existen actividades como la agricultura que la practican tanto hombres como mujeres. Cabe señalar que la principal actividad de la mujer es los quehaceres domésticos; actividad que al mismo tiempo es combinada con otras como: lavandería, vivandera y comerciante minoristas (tiendas barriales).

El hombre es el jefe de familia , y, el principal soporte económico para su manutención.

El ingreso económico de los habitantes de estos sectores, les permite satisfacer, aunque no cómodamente sus necesidades básicas, como son: educación, salud,

vivienda, así como, la recreación. Siendo el ingreso promedio de 300 dólares por jefe de familia.

Respecto al grado de instrucción, se encontró que existen problemas de analfabetismo:

Sector Urbano-Marginal.	2.2%
-------------------------	------

Sector Rural.	8 %
---------------	-----

El 97.8% de la población urbano marginal, presenta algún grado de escolaridad. (primaria en adelante). Mientras que la población rural tienen algún grado de Escolaridad en un 92%. (Datos tomados de las fichas familiares año 2008-2009).

3. LA MISIÓN DE LA INSTITUCIÓN

EL ÁREA DE SALUD N° 5 CARIAMANGA, ASPIRA LOGRAR BIENESTAR FÍSICO A TODA LA POBLACION, PARA PROMOVER CONDICIONES DE VIDA SALUDABLES, GARANTIZANDO EL ACCESO UNIVERSAL Y GRATUITO A TODOS LOS SERVICIOS DE SALUD, EN FORMA EFICIENTE DE CALIDAD Y CALIDEZ, CENTRADA ESPECIALMENTE A GRUPOS DE MAYOR RIESGO BIOLÓGICO Y SOCIAL, A TRAVÉS DE UNA GESTIÓN TRANSPARENTE Y PARTICIPATIVA INTEGRANDO A TODO EL PERSONAL DE SALUD.

4. LA VISIÓN DE LA INSTITUCIÓN

PARA EL AÑO 2013 EL ÁREA DE SALUD N° 5 CARIAMANGA, EJERCE LA FUNCIÓN DE RECTORÍA, DE TODAS LAS INSTITUCIONES QUE PROVEEN SALUD EN EL CANTÓN CALVAS, Y GARANTIZA LA SALUD INTEGRAL DE TODA LA POBLACIÓN SIN DISCRIMEN Y SOCIAL; LAS FAMILIAS PARTICIPAN EN LA GENERACIÓN DE UNA VIDA SANA, DESARROLLADA POR LAS INSTITUCIONES

DE SALUD, TANTO PÚBLICA COMO PRIVADA INTEGRADAS EN EL SISTEMA DE RED.

5. ORGANIZACIÓN ADMINISTRATIVA

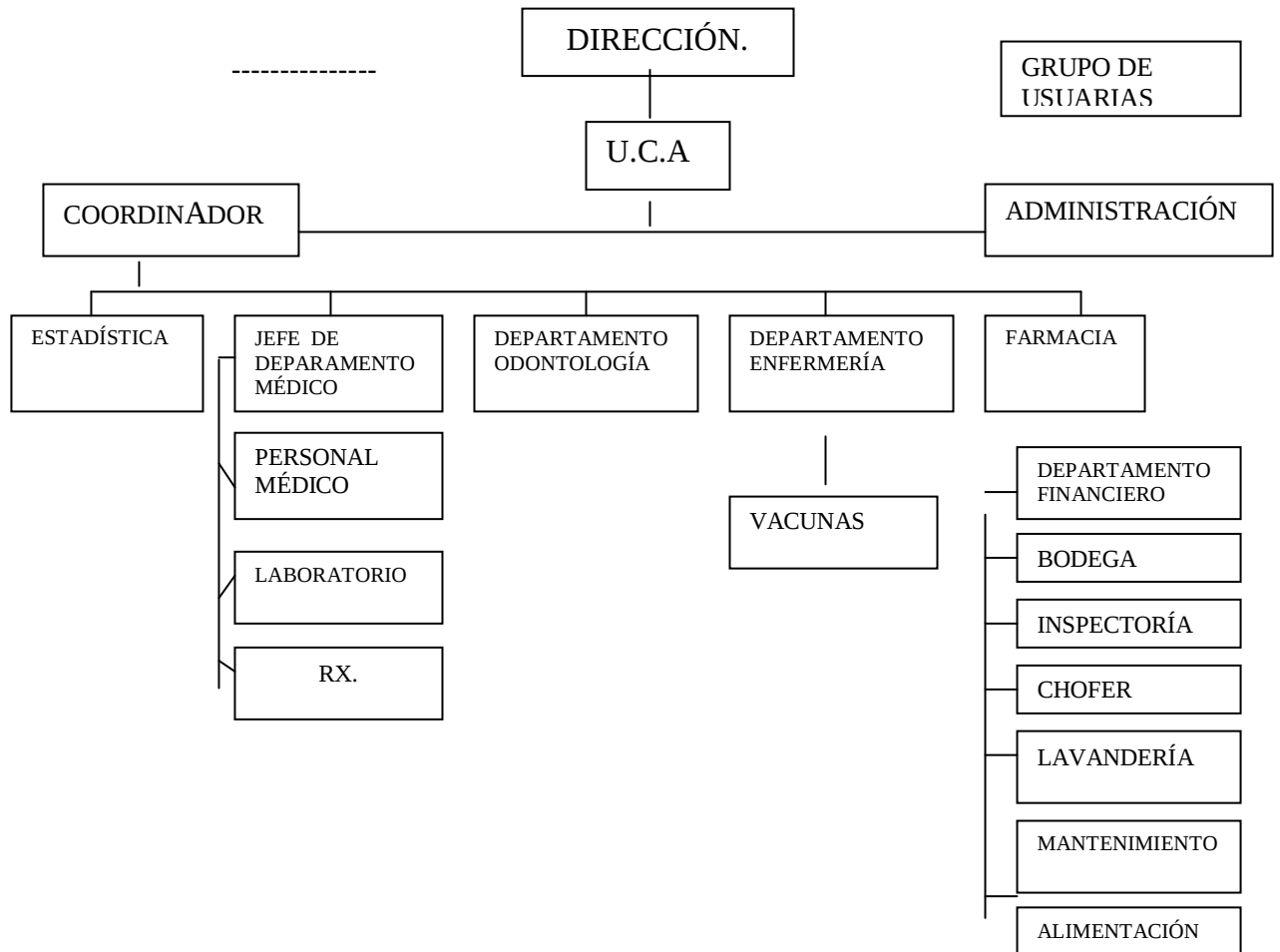
Realizando un breve e informal análisis del personal que laboran como jefes departamentales, en especial de los diferentes servicios, se determina que, el perfil profesional, y humano de estos jefes debe optimizarse, para brindar mejor calidad de servicios en la unidad.

- ❖ Jefe de área: Médico y Diploma de Cuarto nivel.
- ❖ Coordinador del Área: Diploma de Cuarto nivel.
- ❖ Jefe de enfermería: Título de Tercer Nivel
- ❖ Jefe financiera: Título de Tercer nivel
- ❖ Administrador y Jefe de Recursos Humanos: Título Bachiller.

Los demás jefes departamentales, son bachilleres y algunos de ellos con título de profesores, que ejercen funciones de salud fuera de su espacio profesional.

ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL POR PROCESOS

ESTRUCTURA ORGANO – FUNCIONAL.



6. SERVICIOS QUE PRESTA LA INSTITUCIÓN

FUNCIÓN DE PRESTACIONES DE SALUD

- Actividades de promoción de la salud en un aspecto amplio, para conseguir conductas saludables y auto cuidado.
- Fomento, protección y prevención específica de salud a las personas.
- Atención al ambiente.

- Detección temprana de casos de enfermedades crónicas graves: hipertensión arterial, diabetes, tuberculosis, cáncer de cérvix y mamario, entre otras.
- Atención de la morbilidad no complicada y que pueda resolverse con atención ambulatoria.
- Clasificación de riesgo en embarazo y atención de parto normal.
- Cirugía Mayor.
- Atención de servicios en las 4 especialidades básicas Pediatría, Ginecología, Cirugía, Anestesiología.
- Atención odontológica básica, hasta obturaciones y exodoncias.
- Primeros auxilios de patología grave y referencia normatizada.
- Prevención de incapacidades y rehabilitación básica.
- Acceso a medicamentos básicos de acuerdo a normas del M.S.P.
- Laboratorio Básico.
- Vigilancia epidemiológica y control de enfermedades.
- Fomento de la participación comunitaria y coordinación interinstitucional.
 - Maternidad Gratuita
 - Inmunizaciones
 - PAN 2000
 - Atención al Adolescente

OFERTA DE SERVICIOS.

Unidades	Médicos	Odont	Enf.	Adm	Aux.	Insp.	Aux. Farm.	Aux. Odon
Hospital "José Rosillo"	14	3	4	8	12	1	1	1
Colaisaca	1	0	1	0	1	0	0	0
Lucero	2	1	1	0	1	0	0	0
Sanguillín	1	0	1	0	1	0	0	0
Batán	1	0	1	0	1	0	0	0
Usaime	1	0	1	0	1	0	0	0
TOTALES	20	4	9	8	17	1	1	1

Unidades	Guardalmacén.	Caja.	Conserje.	Total	Población.
Hospital "José Rosillo"	1	1	1	31	20941
Colaisaca	0	0	0	3	1883
Lucero	0	0	0	4	2636
Sanguillín	0	0	0	3	2127
Batán	0	0	0	3	500
Usaime	0	0	0	2	670

7. DATOS ESTADÍSTICOS DE COBERTURA (Año 2009)

No de Consulta de embarazadas	526
----- X100	-----x 100 = 80 %
Población total de embarazadas.	652
No. Consultas de posparto	47
----- X100	-----x 100 = 20 %
No total de partos población	235
No de Consulta de DOC	134
----- X100	-----x 4 %
Población total de DOC	3316
No .de casos positivos con BK+	0
----- X1000	-----x 1000 =00 %
No total población	27604

PROGRMA DE INMUNIZACIONES.

GRUPOS DE EDAD	POBLACIÓN	VACUNAS	TOTAL DOSIS TERCERAS DOSIS	COBERTURAS.
Menores de un año	499	BCG OPV PENTAVALENTE	606 487 394	123% 98% 79%
12 A 23 MESES	639	SRP	551	86%
1 A 4 AÑOS	2657	DPT OPV BCG	169 217 93	6.3% 8.2% 4%

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DEL ÁREA DE SALUD N° 5 CARIAMANGA
MORBILIDAD 2009

Nº	CAUSA	NÚMERO	PORCENTAJE %
01	HTA	1426	10.42
02	Diabetes Mellitus DM.	1396	10.20
03	Neumonía	1174	8.6
04	Infarto agudo miocardio IAM	566	4.13
05	TCE.	354	2.6
06	Ca Gástrico	294	2.1
07	Ca Útero	228	1.6
08	Intoxicación alcohólica	221	1.6
09	Abdomen agudo	189	1.4
10	Otras	7828	57.3

MORTALIDAD POR CAUSAS ÁREA DE SALUD N° 5 “CARIAMANGA”, 2009

Nº	CAUSA	NUMERO	PORCENTAJE %
01	HTA	8	22.22
02	Diabetes Mellitus DM.	3	8.33
03	Neumonía	3	8.33
04	Infarto agudo miocardio IAM	2	5.55

05	TCE.	2	5.55
06	Ca Gástrico	2	5.55
07	Ca Útero	2	5.55
08	Intoxicación alcohólica	2	5.55
09	Abdomen agudo	1	2.77
10	Otras	11	30.55

8. CARACTERÍSTICAS GEOFÍSICAS DE LA INSTITUCIÓN

El Área de Salud N° 5 Cariamanga, es una de las trece áreas de salud que corresponden a la provincia de Loja, se encuentra ubicada al sur de la provincia de Loja, su planta administrativa funciona a nivel del hospital básico “ **JOSÉ MIGUEL ROSILLO**” en la ciudad de Cariamanga. En lo referente a su infraestructura dispone de diferentes departamentos necesarios para su trabajo, al igual que su planta administrativa, dispone del departamento de dirección, secretaria, administración, coordinación, financiero, estadística, secretaria, enfermería, DOTS, laboratorio, inspectora sanitaria, bodega, banco de vacunas.

El hospital cantonal, funciona en un edificio de cemento armado que se encuentra en buenas condiciones, con capacidad de 20 camas de ellas 6 para ginecología, 2 para pediatría, 12 para clínica(medicina general).

Bajo la cobertura de esta área de salud, se encuentran cinco unidades de las cuales una es urbana y cuatro son rurales, las mismas que disponen del local propio aunque su infraestructura no es suficiente predominantemente a nivel de las unidades operativas rurales correspondientemente.

Referente, al recurso financiero el área de salud cuenta con el presupuesto asignado por el Ministerio de Salud Pública, el mismo que es distribuido para las diferentes partidas, de acuerdo a las necesidades de todo las unidades operativas que pertenecen al Área d Salud No 5 Cariamanga. La autogestión es mínima, debido a que, es una población rural con recursos económicos deficientes.

Los consultorios de consulta externa tienen estrictamente, lo necesario, es decir en un 80% de equipamiento. Posee un centro quirúrgico, que cuenta medianamente con lo necesario, pero con un instrumental quirúrgico en malas condiciones. Dispone de una sala de parto en un 85 % equipada; al igual que en un 90% el servicio de hospitalización es equipado; el servicio de estadística en un 75 % está equipado; y, con capacidad resolutive. El servicio de farmacia presta atención solo 8 horas diarias, es decir solo 40 horas laborables semanalmente, Laboratorio realiza los exámenes mínimos necesarios, laboran únicamente 8 horas diarias, por lo que es mínimo el porcentaje de exámenes; farmacia y laboratorio no funciona las 24h00, por falta de talento humano con capacidad solvente, y, mucho menos cuenta la institución con un presupuesto para hacerlo. El servicio de odontología, tiene recursos humanos, pero no hay predisposición por falta de organización. El servicio de inspectora de salud (sanidad, no cuenta con equipo de trabajo adecuado, tampoco dispone de un lugar para que mantener sus materiales de alta peligrosidad.

La lavandería y cocina, en mal estado por falta de organización y mantenimiento; no cuenta con equipos que garanticen la calidad del servicio. El servicio de inmunizaciones, cuenta con un servicio físico totalmente reducido e incómodo para trabajar. No dispone de mobiliario adecuado, por la gran demanda de usuarios, que llegan a esta unidad. La unidad operativa cuenta con dos ambulancias y una camioneta en condiciones aceptablemente buenas. El sistema administrativo, no cuenta un sistema de información correcto, además las oficinas no cuentan con mobiliario adecuado y placentero.

9. POLÍTICAS DE LA INSTITUCIÓN

9.1 MARCO LEGAL

El 19 de Julio de 1993, se emite y aprueba, el “Manual de Organización y Funciones de las Áreas de Salud del Ministerio de Salud Pública”, “Sistema Regionalizado de Servicios de Salud” “Capacidad Resolutiva de las Unidades y Áreas de Salud”, herramientas de trabajo. Cuya ejecución se encarga al Director General de Salud, y a

quienes dirigen las Áreas de Salud, entre ellas el Área de Salud Nro. 5, de la cual depende el centro de salud, Hospital José Miguel Rosillo de Cariamanga.

El Centro de Salud, Hospital “José Miguel Rosillo”, de la ciudad de Cariamanga, fue creado mediante acuerdo ministerial, de 1952 y su estructura física inicial fue inaugurada el 17 de Agosto del mismo año. La historia revela que en aquella época el hospital contaba con un médico remunerado por el Municipio de Calvas, y, 5 hermanas de la Congregación de las Madres Capuchinas. Hasta el año de 1965 en que regresan a su país de origen y son reemplazados por las Hermanas de la Caridad.

El Hospital para el desarrollo de sus actividades, cuenta con un Reglamento Orgánico Funcional vigente desde el 1998, y que no ha sido objeto de actualización. En este documento de trabajo se han hecho constar en forma muy generalizada sus finalidades y objetivos, la estructura de organización, funciones, facultades y obligaciones asignadas a cada servidor. Siendo urgente la decisión de actualizar este reglamento conforme a la naturaleza actual de la institución.

MARCO CONCEPTUAL

1. CONOCIMIENTOS SOBRE VIH/SIDA-ETS

1.1. ORÍGEN DEL VIH

La hipótesis más plausible del origen del virus del SIDA es el que sostiene que surgió a partir del VIS (Virus de la inmunodeficiencia del Simio), dada la íntima relación genética existente entre el VIH y el virus de la inmunodeficiencia del chimpancé (homología de secuencias del 184%) y la del VIH-2 con la de los virus del mangabey tiznado (82-89 %) y la del macaco (82-86%). Existen otros datos que refuerzan esta hipótesis del origen del virus en África: el primer suero positivo proviene de Kingsasa (Congo) de 1959; por último la gran difusión de la pandemia en toda África Central. Durante los años 60-70 pudieron darse las condiciones adecuadas para su paso a la especie humana y su propagación al exterior (descolonización, panafricanismo,

campañas sanitarias masivas con material poco estéril, extracción ingente de lotes de sangre para preparar hemoderivados).

Huésped.- El huésped del VIH es el ser humano.⁵

1.2. VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH)

El virus de inmunodeficiencia humana (VIH), agente etiológico del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), está clasificado, dentro del genero lentivirus (virus lentos), de la familia retroviridae. Los virus de este género se caracterizan por fusionar y destruir las células hospedadoras por producir infecciones lentas, en las cuales, la aparición de los síntomas está separada del momento de la infección por muchos años.

El VIH fue el primer lentivirus con implicaciones en la patología humana; se conocen dos serotipos definidos, el VIH-1 y el VIH-2 y múltiples variantes. Por ser inmunotrópicos producen un deterioro cuantitativo, cualitativo y progresivo del sistema inmunológico del huésped, hasta causar el SIDA.

El VIH-1 fue identificado inicialmente como el agente etiológico del SIDA en Estados Unidos, Europa, África y la mayoría de otros países del mundo.

1.3. INFECCIÓN POR EL VIRUS INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH)

La infección por el VIH, comprende desde que el individuo se infecta, sea por vía sexual, sanguínea o peri natal, hasta que comienza a manifestarse clínicamente y progresa hasta constituirse en caso de SIDA. Se caracteriza por presentar un largo periodo asintomático, desde meses hasta varios años.

1.4. SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA)

⁵ [Http://www.promedmail.org](http://www.promedmail.org)

Es aquel síndrome caracterizado por una o más de las enfermedades oportunistas diagnosticadas por endoscopía, microscopía o cultivo, que sobrevienen como resultado de la infección por el VIH, es la etapa más grave de la infección. Se caracteriza por una falta del sistema inmunitario, que hace al individuo susceptible a desarrollar enfermedades oportunistas, u otras enfermedades que no constituirán una amenaza y rara vez se encuentra en personas con el sistema inmunitario normal.⁶

1.5. LAPSO PROMEDIO TRANCURRIDO ENTRE LA INFECCIÓN INICIAL Y LA MANIFESTACIÓN DE SIDA.

Desde 1992 los científicos han calculado que cerca de la mitad de las personas infectadas por el VIH contraen SIDA, dentro de 10 años de contraer la infección. Este tiempo varía enormemente de persona a persona y puede depender de muchos factores incluyendo el estado de salud de la persona y sus comportamientos.

1.6. FACTORES QUE FAVORECEN LA EXPANSIÓN DEL VIH.

Determinados aspectos del mismo (sexo, edad, enfermedades intercurrentes, profesión, nivel socio cultural, poder adquisitivo) influyen en la adquisición del VIH.

Algunos de los **FACTORES BIOLÓGICOS** y enfermedades del huésped pueden influir en la adquisición o expresión de la infección por VIH.

TUBERCULOSIS: Tuberculosis e infección por VIH van de la mano. Por un lado la inmunodepresión por VIH favorece la expresión de la infección por *Mycobacterium tuberculosis*, pero por otro lado, esta infección también acelera la inmunodepresión del enfermo.

ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL: Estas enfermedades aumentan el riesgo de contagio por VIH, sobre todo las de tipo ulcerativo, ya que facilitan una puerta de entrada para el agente.

⁶ [Http://www.promedmail.org](http://www.promedmail.org)

FACTORES GEOGRÁFICOS:

POBLACIONES HUMANAS: La movilidad de habitantes es grande y no siempre respetan las fronteras políticas. Estos individuos móviles pueden favorecer la entrada de nuevas cepas de VIH al país y la expansión de la infección del área urbana a la rural.

FACTORES SOCIOECONÓMICOS:

OCUPACIÓN: Una parte importante de la población carece de empleo remunerado (10%). Esto, asociado a la gran desigualdad en el poder adquisitivo entre la mayoría de los nativos y gran parte de los trabajadores extranjeros occidentales (petroleros, empresarios, cooperantes, etc.) ha favorecido el desarrollo de la prostitución, en muchos casos encubierta por interpretaciones culturales.⁷

1.7. FORMAS DE TRANSMISIÓN DEL VIH/SIDA

1.7.1. TRANSMISIÓN A TRAVÉS DE LAS RELACIONES SEXUALES.

Considerada la forma de transmisión más frecuente. El riesgo se incrementa si el acto coital es con penetración y sin protección, y, muy especialmente si las secreciones de una persona infectada se ponen en contacto con la mucosa que recubre el recto, la vagina, la uretra o la boca de la persona expuesta. El coito anal no protegido es el que entraña el mayor riesgo ya que la mucosa que recubre el recto es más frágil y por lo tanto, es más fácil que sufra pequeñas lesiones o desgarros y permita el paso del VIH de la persona infectada.

1.7.2. TRANSMISIÓN A TRAVÉS DE LA SANGRE.

1.7.3. Por transfusiones sanguíneas y/o sus componentes infectados, por el uso de agujas, jeringas e instrumentos corto punzantes contaminados, por trasplantes de órganos tejidos infectados por el VIH.⁸

⁷ [Http://www.promedmail.org](http://www.promedmail.org)

⁸ [Http://www.promedmail.org](http://www.promedmail.org)

1.7.3. TRANSMISIÓN VERTICAL.

La transmisión perinatal del VIH puede ocurrir durante el embarazo, el parto y la lactancia, varios estudios han comprobado que el momento de mayor riesgo de transmisión es durante el parto, y que en la transmisión perinatal intervienen varios factores:

FACTORES MATERNOS

Infección del VIH reciente (2 a 3 meses), elevada carga viral, fases avanzadas de la enfermedad o con criterios de SIDA y CD4 inferior a 500 mm³, estado nutricional deficiente, presencia de infecciones de transmisión sexual (Sífilis, herpes, chancroide).

FACTORES OBSTÉTRICOS

Procedimientos invasores durante el embarazo (amniocentesis), parto prematuro (< de 37 semanas), ruptura prematura de membranas (> de 4 horas > mayor riesgo, según estudios WITS tasa de transmisión de 25%), uso de instrumentos durante el trabajo de parto.

FACTORES POSPARTO

La duración de la lactancia materna, los pezones agrietados y sangrantes.

La transmisión es de 30% durante la gestación, 50% durante el parto, 20% durante la lactancia.⁹

1.8. DEFINICIÓN DE UNA PERSONA INFECTADA POR VIH

Se considera infectada por el VIH a toda persona asintomática susceptible, que ha entrado en contacto con el VIH y como resultado, el virus ha penetrado en su organismo.

Factores de riesgo epidemiológicos:

⁹ Ministerio de Salud Pública, OPS, OMS (1999), Prevención de la Transmisión Perinatal del VIH/SIDA-ETS. Ecuador, Octubre 2008 Pág. 2

- Múltiples parejas sexuales
- Antecedentes recientes de infección de transmisión sexual (ITS)
- Uso de drogas por vía intravenosa e intracutánea.
- Hombres que tiene relaciones sexuales con otros hombres y con múltiples parejas sexuales.
- Personas que se dedican a la prostitución (y sus clientes).
- Pareja o parejas sexuales que tienen SIDA y que están infectadas por el VIH.
- Transfusión de sangre obtenida de los grupos de alto riesgo.
- Hemofílicos.
- Escarificación, tatuajes, perforación de orejas y circuncisión con instrumentos no esterilizados o de uso no individual.

1.9. SIGNOS Y SÍNTOMAS DEL SIDA

Después de la infección con el VIH puede aparecer un alto espectro de problemas clínicos. Inmediatamente después de la infección y durante un período de tiempo desconocido, puede haber un estado anticuerpo - negativo, de portador asintomático, detectable solo por estudios con cultivos víricos.

Entre dos y cuatro semanas después de la infección, algunos pacientes tienen un síndrome vírico inespecífico agudo de tres a catorce días de duración, con fiebre, malestar, exantema, artralgias y linfadenopatía generalizada, seguido por la seroconversión (aparición de anticuerpos) en uno a tres meses. A continuación estas manifestaciones desaparecen y los pacientes pueden volverse portadores asintomáticos anticuerpo – positivos que pueden durar años hasta que se dé la presencia de una o más manifestaciones del defecto inmunitario.

El síndrome del SIDA se compone de cualquiera de los siguientes signos y síntomas:

Linfadenopatía generalizada, pérdida de peso, fiebre intermitente, malestar y letárgica, diarrea crónica, condilomas rectales, linfopenia, leucopenia, anemia, trombocitopenia idiopática, anormalidades inmunológicas características del SIDA y muguet oral (candidiasis).

Además ciertas infecciones oportunistas o invasivas se han observado particularmente: Neumonía por pneumocystis carinii, criptosporidiosis crónica, toxoplasmosis, estrongiloidiasis extra intestinal, isosporiasis, candidiasis (esofágica bronquial o pulmonar) criptococosis, histoplasmosis, infección micro bacteriana, infección por citomegalovirus, infección muco cutánea crónica, o diseminada por el virus del herpes simple y leuco encefalopatía progresiva. Se han observado otras enfermedades infecciosas secundarias: herpes zoster, bacteriemia.

Los trastornos neurológicos varían desde la meningitis aséptica aguda y crónica hasta neuropatías periféricas con debilidad y parestesias y hasta la encefalopatía con ataques, alucinaciones y demencia progresiva.

Los pacientes son devastados por todas estas complicaciones, y la mortalidad se acerca al 100 % de los casos, de los cuales el 92 % fallece como consecuencia directa de las infecciones oportunistas.

1.10. PRINCIPALES INFECCIONES OPORTUNISTAS EN LOS PACIENTES CON SIDA.

- Neumonía por p. carinii
- Candidiasis
- Gingivitis
- Herpes Zoster
- Dermatitis Seborreica
- Gripe

- Infecciones intestinales
- Criptosporidiosis
- Shigelosis
- Campilo Bacteriodes
- Estrongiloidiasis
- Amebiasis
- Hepatitis
- Tuberculosis
- Hepatitis A en la infancia
- Salmonelosis
- Faringitis
- Amigdalitis
- Mononucleosis infecciosa
- Varicela zoster
- Meningitis

1.11. FORMAS DE PREVENCIÓN DEL VIH/SIDA

El VIH/ Sida, constituye una enorme carga en morbilidad y mortalidad en la mayor parte de los países de desarrollo. Está claro que siendo las relaciones sexuales la principal forma de transmisión de esta enfermedad, la mayor parte de las alternativas de control estarán dirigidas a modificar las conductas sexuales de los individuos.

Prevención primaria: Lo mejor es evitar el problema antes de que suceda por esa razón los programas de prevención primaria de ETS deben apuntar hacia la promoción, educación y difusión, y la práctica de una sexualidad segura, reduciendo el número de parejas, retardando el inicio de las actividades sexuales en los adolescentes, usando el condón.

La prevención es particularmente importante en los adolescentes, por ser un grupo que puede tener una alta incidencia de ETS y puede ser más susceptible que sus mayores para adoptar cambios en su comportamiento.

Prevención secundaria: Dentro de las estrategias de la prevención secundaria, es mejorar el manejo y tratamiento oportuno de las ETS y VIH/SIDA, siendo una prioridad en los programas de control ya que las ETS y VIH/SIDA, por si solas constituyen una carga importante de morbilidad y mortalidad.

Lo que tenemos que prevenir y podemos hacerlo, no es el SIDA, sino la infección por VIH, este es el único medio para frenar la propagación de la enfermedad y su doloroso coste personal y social.

Actualmente el único medio de lucha contra el contagio es **la prevención**, basada en la información:

1. En las relaciones sexuales, utilizar siempre el preservativo. Las relaciones con penetración anal son las de mayores riesgos, al igual que la presencia de otras ETS que producen lesiones genitales pueden favorecer la transmisión, es importante utilizar siempre preservativo, femenino o masculino.
2. No compartir jeringuillas ni agujas, utilizar siempre material desechable o correctamente esterilizado.
3. Una mujer seropositiva puede transmitir el VIH a su hijo durante el embarazo, el parto o la lactancia.

Estrategias de Prevención

1. Educar a la población, especialmente a los sectores vulnerables como: adolescentes, jóvenes y mujeres. A través de información y capacitación básica que les permita conocer ampliamente acerca del tema de VIH/SIDA
2. Concienciar y sensibilizar a los diferentes públicos acerca de las prácticas de riesgo.
3. Propiciar que los y las jóvenes, al igual que el resto de la población, incorporen como hábitos cotidianos las prácticas que evitan la infección por VIH.
4. Generar, a nivel individual y social, conductas de apoyo y solidaridad hacia las personas que han desarrollado la enfermedad del SIDA con independencia del cuál haya sido causa.¹⁰

2. ACTITUDES DE LOS / AS ADOLESCENTES

2.1. CARACTERÍSTICAS DEL ADOLESCENTE EN GENERAL Y PRINCIPALES ACTITUDES

La adolescencia es el período evolutivo del individuo que empieza en la pubertad y termina al iniciarse la vida adulta. En nuestra cultura, es pues un período psico-social. Éste no existe en todas las culturas.

Se denomina pubertad al momento en que las glándulas sexuales empiezan a adquirir madurez desarrollándose anatómica y fisiológicamente los órganos sexuales y apareciendo los denominados caracteres sexuales secundarios.

La adolescencia es un período en el que se experimentan importantes modificaciones físicas y psíquicas necesarias. Acontecen cambios físicos consistentes en la adquisición de las formas y funciones propias de los adultos de su sexo. En los varones cambia la voz volviéndose ésta más grave, crecimiento del bello facial y hay

¹⁰ BERKOW R y COL, (1989), El Manual de Merck, Octava edición, Barcelona, España.

posibilidades de eyacular semen; en las niñas se desarrollan los pezones, se producen cambios en el útero, en el área pelviana y aparece la menarquía. En ambos sexos crece el vello particularmente en el pubis y en las axilas, se produce un aumento de la estatura y del peso, se modifican a veces notablemente las facciones y cambia la estructura general del cuerpo. Los cambios más significativos del adolescente se dan en los campos psicológicos fisiológicos y sociológicos.

2.1.1. CAMBIOS FISIOLÓGICOS DEL ADOLESCENTE

En las adolescentes los primeros signos de maduración sexual se hacen ya visibles a los 10 ½ años en el incipiente crecimiento de los pezones y en el redondeamiento de las caderas. Más tarde aparece el primer vello pudiendo en forma de pelos lampiños aislados, en torno a los labios mayores, haciéndose cada vez más numeroso. Por último empieza a aparecer el vello terminal en la región axilar. En los chicos la maduración sexual empieza alrededor de los once años cumplidos (con frecuencia ya antes) con el crecimiento de los testículos y escroto. Entonces empieza a crecer el pene, y más tarde brota el vello en torno a la raíz del pene y el vello de las axilas; el cartílago cricoides se agranda y sobresale más.

El límite entre la pre pubertad y pubertad está en el apogeo de la desarmonía puberal o sea, de la desproporción entre lo largas que son las piernas y lo corto que es el tronco. Dicho límite coincide, en las adolescentes, con el momento de la menarquía y en los chicos con los procesos biológicos análogos. El crecimiento brusco del tronco se extiende también a los órganos interiores, especialmente al corazón y a los pulmones cuya actividad funcional se ajusta progresivamente al tamaño de la configuración total.

2.1.2. CAMBIOS PSICOLÓGICOS DEL ADOLESCENTE

El adolescente depende aún de los adultos, moral y materialmente, no puede satisfacer sus impulsos sexuales y debe emplear su energía compitiendo por la adquisición de un estatus que de todos modos será efímero.

Esta mezcla de compulsión y de vacío, de obligaciones y de ausencia de modelos y multiplicidad de posibles opciones, le fuerzan a descubrir soluciones originales y proyectos muy personales. La prueba es difícil y no todos la afrontan con armas iguales.

La adolescencia no es un período homogéneo y no implica tampoco un cambio brusco, sino que es un proceso evolutivo que comienza, en general, con los primeros cambios no manifiestos en la actividad endocrina y continúa hasta que el desarrollo físico y sexual es relativamente completo.

Los cambios psicológicos del adolescente son en algunos casos consecuencia directa de los cambios endocrinos; otros son más indirectos, aparecen a menudo de forma muy velada y representan reacciones personales ante el cuerpo transformado.

Por una parte nos encontramos con la reelaboración del esquema corporal; por otra, las actitudes ante el propio cuerpo percibido de forma inmediata o a través del medio que le rodea. El cuerpo, que sirve de soporte para todas las identificaciones y que es uno de los puntos fijos de nuestra experiencia existencial, se inserta igualmente en la opinión que uno tiene de sí mismo, del sentimiento del YO y sobre todo del sentimiento que tiene del propio valor o no valor personal.

Las reacciones psíquicas dependen en gran medida de las actitudes y juicios de los otros, sobre todo de las que los padres manifiestan hacia sus hijos. El cuerpo del adolescente es símbolo del yo, de su personalidad; es la primera cosa que el otro ve se quiera o no; el cuerpo es pues un estímulo social y, a partir de la pre adolescencia, un estímulo sexual

Como características psicológicas de los adolescentes podemos mencionar:

- Sentimiento de incertidumbre ante nuevas situaciones.
- Sentimiento de insuficiencia para integrar las modificaciones de su cuerpo.
- Sentimiento de extrañeza de sí mismo: de no reconocerse.
- Sentimiento de inquietud y soledad.

- Oscilación entre confianza en sí mismo y el sentimiento de inferioridad.
- Afán de emancipación.
- Deseo de autorrealización.
- Actitud crítica frente al mundo de los padres.
- Dificultades en la adaptación social.

Respecto a sus intereses, el adolescente pretende:

1. Lograr relaciones nuevas y más maduras con iguales de ambos sexos.
2. Lograr un papel social masculino o femenino.
3. Aceptar el físico que se tiene y utilizar con eficacia el cuerpo.
4. Alcanzar la independencia emocional respecto a padres y otros adultos.
5. Lograr una seguridad e independencia económica.
6. Elegir y prepararse para una ocupación.
7. Prepararse para la vida en pareja.
8. Desarrollar capacidades y conceptos intelectuales básicos para la vida cívica.
9. Desear y lograr una conducta socialmente responsable.
10. Adquirir una serie de valores.
11. El descubrimiento de un mundo propio y de intereses personales induce a los adolescentes a entusiasmarse con determinados ideales, los cuales se sienten predispuestos a admirar.

Aparece el descubrimiento del mundo de los valores. Los intereses a medida que crece el adolescente se diversifican e individualizan.

Una última característica de los adolescentes sería la inestabilidad, de acuerdo con la excitabilidad afectiva que padecen. Cambian constantemente de intereses.

2.1.3 CAMBIOS SOCIALES DEL ADOLESCENTE

Muchas veces no nos damos cuenta de la gran importancia de esta etapa en la sociedad y los cambios que se están produciendo.

El número de adolescentes en la sociedad ha aumentado. El poder del adolescente aumenta también, constituyendo una fuerza sobresaliente dentro de la sociedad.

Anthony señala los siguientes tipos de reacciones estereotipadas de los adultos:

- El adolescente es considerado como objeto peligroso y en peligro: ante eso se protege y se prohíben cosas "por su propio bien".
- El adolescente es considerado como un objeto sexual: el comienzo de la madurez sexual sorprende a la familia y la respuesta ante esto está en el grado de aceptación de la sexualidad de la misma.
- El adolescente es considerado como un individuo inadaptado: el adulto se ha acostumbrado a esperar de su hijo la turbulencia y la tensión. Así la sociedad tiene un tipo de adolescente que espera y merece.
- El adolescente es considerado como objeto perdido: los padres consideran perdido al hijo cuando éste comienza a cambiar sus afectos hacia otros objetos.

A los trece años salimos de la infancia: el individuo se interioriza en el medio ambiente, se absorbe a sí mismo. Al descender del exterior el joven se sentirá solo, único e incomprendido, actitud que persiste en los años siguientes.

En el aspecto social, ésta es la edad en que el individuo vive unido al grupo en mayor grado que en ningún otro momento de su vida; la vida social alcanza su máxima intensidad en "la pandilla".

La pandilla se forma de manera espontánea, sin intervención del adulto y no incluye a todos los posibles participantes sino que hay una selección de los miembros.

Se hace notar la popularidad o impopularidad de los miembros. Es autocrática y jerarquizada.

Libera al joven de la sujeción del adulto y de su constante supremacía, liberándole así de su complejo de inferioridad. Tienen por tanto un carácter anti-adulto.

Reaccionario. Se empiezan a elaborar las primeras relaciones de igual a igual.

A partir de ahora, el adolescente empieza a buscar la propia identidad, empieza a considerarse como algo separado del resto, de los otros y con una unidad en sí mismo.

Esta búsqueda se inicia en los grupos de iguales, de amigos con los que se identifica y diferencia de los adultos. Aparece la necesidad de autoafirmar su importancia y su valía, su ser algo especial. Se inicia la búsqueda de lo singular que lo distinga del resto. Las "marcas" de ropa, deportivas, etc., son un buen ejemplo.

Aparece el deseo de imitación de los ídolos, de mostrar sus cualidades atléticas, de competir.

Este proceso de búsqueda, deriva en la adquisición de una identidad "típica", aceptada y potenciada por el grupo social o al contrario, desviada de la "norma". También puede ser que cristalice muy temprano, limitando el desarrollo de las capacidades o posibilidades, o que la búsqueda se prolongue durante excesivo tiempo, prolongando el proceso de confusión.

La revelación familiar y el medio social en que se desenvuelva el adolescente determinarán en parte este proceso.

La imagen corporal en la adolescencia centra su problemática en estos factores.

- La apariencia física: el apartarse de la norma de belleza resultará perturbador. Y acercarse a ella está asociado con mayor popularidad, mayor seguridad en sí mismo, auto confianza.
- Los problemas planteados por el nuevo cuerpo funcional (erecciones, menstruación).
- Imagen corporal, identidad, autoestima.

La satisfacción con la imagen corporal va a ser un determinante del lucimiento de la potencia y habilidad de su cuerpo y la predisposición a trabajarlo.

Por ello, el reconocimiento del propio cuerpo, la aceptación y el desarrollo deportivo del mismo, favorecen la autoestima y la seguridad del adolescente.¹¹

2.1.4. PRINCIPALES PROBLEMAS DE LOS ADOLESCENTES

Estudios

Falta de rendimiento por:

- Ansiedad, fobia escolar.
- Falta de motivación.
- Déficit en estrategias de estudio.

Relaciones interpersonales

- Falta de habilidades sociales.
- Timidez.

¹¹ www.adolesc.org.mx/saludpublica/4551a.pdf

- Soledad.
- Ansiedad social.
- Grupos de amigos conflictivos.

Depresión

- Conductas suicidas.
- Inseguridad.

Ansiedad

- Ansiedad generalizada.
- Trastornos obsesivo-compulsivos.

Conductas antisociales

- Agresividad.
- Consumo de sustancias drogó filas (alcohol, drogas de diseño).

Relaciones con los padres

- Incomunicación.
- Violencia familiar.
- Peleas.
- Discusiones
- Ausencia de normas y control

Relaciones de pareja

- Desamor, rupturas afectivas.

- Sensación de incompetencia afectiva.
- Dificultad de comunicación.

Problemas con la alimentación

- Anorexia.
- Bulimia.
- Problemas mixtos.

Problemas de auto imagen

- Autoestima.
- Desestructuración de la imagen del yo.
- Búsqueda de identidad.

Cada uno de estos problemas tiene que ver con una forma de intervención terapéutica y/o multidisciplinar, para lo cual es necesario consultar a un especialista que oriente el caso. Siempre se resuelven mejor aquellos problemas abordados en su inicio.

Hemos de tener en cuenta que en este momento de la adolescencia y/o inicio de la edad adulta van a consolidarse estructuras estables de personalidad alterada, lo que llamamos **trastornos de personalidad** que derivan en conductas desadaptadas, alteración en la percepción de la realidad, etc. entre un 10 y un 20% de la población general presentarán posteriormente estos trastornos.

2.1.5. ALGUNAS CARACTERÍSTICAS DEL CONTEXTO EN EL QUE VIVEN LOS ADOLESCENTES.

Como se sabe más de la mitad de la población mundial tiene menos de 25 años (OMS 1995) y más de la quinta parte de la población de los países latinoamericanos tiene entre 10 y 19 años.

La pobreza: una realidad que marca grandes diferencias

Cuando se analiza el contexto en el que viven los / as adolescentes, es importante tomar en cuenta que, en condiciones de pobreza, se presentan más situaciones de inequidad y se mantienen los roles de género más tradicionales, así como las mayores desigualdades entre varones y mujeres en el acceso a servicios y recursos. Así, se encuentra un patrón recurrente que evidencia mayor equidad de género y mejores condiciones de salud integral en los países desarrollados y en los sectores sociales que no se encuentran en situación de pobreza (Aarhus 2002).

En Latinoamérica, y particularmente en los países de la región andina, un gran sector poblacional vive en situación de pobreza. Sin embargo se observan grandes diferencias entre los países que conforman la región andina, puesto que mientras más de la mitad de la población de Bolivia, Ecuador y Perú vive en esas condiciones 70%, 54.7% y 50.7% respectivamente (OPS 1999) en Venezuela, Colombia y Chile este porcentaje va de 42 a 17.7%

El acceso a los servicios de salud

En varios países de la región andina, por lo menos una cuarta parte de la población en general no accede a los servicios de salud (OPS, 1998; 1999), lo cual es un indicador de la limitada capacidad de respuesta de estos países para enfrentar los problemas de salud de sus habitantes, teniendo en cuenta que una de las poblaciones que menos accede está constituida por los y las adolescentes.¹²

2.2. ACTITUDES DE LOS / AS ADOLESCENTES FRENTE AL SEXO Y BARRERAS QUE DIFICULTAN LA SEXUALIDAD SALUDABLE.

¹² Tomado de Fundación ESQUEL. Proyecto de Salud Sexual y Reproductiva de Adolescentes. Frontera Sur, Pág. 19

Como se sabe las actitudes son aprendidas y tienden a permanecer bastante estables con el tiempo.

Estas son dirigidas siempre hacia un objeto o idea en particular.

En las actitudes del adolescente frente al sexo intervienen 3 elementos: Lo que él piensa (componente cognitivo); lo que siente (componente emocional) y su tendencia a manifestar los pensamientos y emociones (componente conductual).

De ahí la importancia de que los adolescentes tengan un conocimiento real sobre el sexo y la salud reproductiva, el mismo que debe ser de carácter multidisciplinar y con la intervención interinstitucional.

Dentro del componente emocional debemos precisar que las emociones están relacionadas con las actitudes de una persona frente a una determinada situación, cosa o persona y, a su vez la actitud es un preámbulo para ejercer una conducta. Por ejemplo frente al sexo, si el adolescente conoce su realidad sexual, tendrá una actitud favorable al mismo, encontraremos pensamientos positivos así como emociones de aceptación y agrado que se manifestarán en su conducta o modo de proceder en el campo sexual.

Por lo mismo, las actitudes del adolescente frente al sexo variarán, ya que dependen tanto de su educación familiar, educación escolar, relaciones entre compañeros y amigos, información que tenga del tema, creencias, convicciones, juicios.

Generalmente las actitudes de los adolescentes frente al sexo y a la salud reproductiva se pueden sintetizar en las siguientes:

2.2.1. ACTITUD EMOTIVA

Cuando dos personas se tratan con afecto, se toca el estrato emocional de ambas. Esta se basa en el conocimiento interno de la otra persona. El cariño, el

enamoramiento y el amor son emociones de mayor intimidad que van unidas a una actitud de benevolencia.

2.2.2. ACTITUD DESINTERESADA.

Ésta no se preocupa ni exclusiva ni primordialmente por el propio beneficio, sino que tiene su centro de enfoque en la otra persona y que no la considera como un medio o instrumento, sino como un fin. Está compuesta por 4 cualidades: apertura, disponibilidad, solicitud y aceptación.

2.2.3. ACTITUD MANIPULADORA.

Sólo ve al otro como un medio, de manera que la atención que le otorga tiene como meta la búsqueda de un beneficio propio.

2.2.4. ACTITUD INTERESADA

Puede considerarse como la consecuencia natural de una situación de indigencia del sujeto: cuando una persona experimenta necesidades ineludibles, busca todos los medios posibles para satisfacerlas; por ello, ve también en las demás personas un recurso para lograrlo.

2.2.5. ACTITUD INTEGRADORA

La comunicación de sujeto a sujeto, además de comprender el mundo interior del interlocutor y de buscar su propio bien, intenta la unificación o integración de las dos personas.

2.2.6. BARRERAS QUE DIFICULTAN LA VIVENCIA DE UNA SEXUALIDAD SALUDABLE EN LA POBLACIÓN ADOLESCENTE Y JOVEN.

Para determinarlas, se hace necesario enfocar el contexto sociocultural que dificulta que los y las adolescentes y jóvenes vivan una sexualidad libre, saludable y placentera.

Dicha barreras se pueden sintetizar en las siguientes:

- Políticas de salud y educación restrictivas y poco claras respecto a la salud sexual de adolescentes.
- Falta de reconocimiento de los y las adolescentes como sujetos de derechos sexuales y reproductivos.
- Censura de las relaciones sexuales durante la adolescencia, lo cual lleva a:
 - Que se maneje la información en forma incorrecta.
 - Que no se adopten comportamientos sexuales protegidos.
 - Que no disfruten plenamente de su sexualidad
- La construcción de género establece para varones y mujeres mandatos que dificultan la adopción de comportamientos sexuales protegidos que permitan vivir la sexualidad de manera placentera.
- Los varones pueden sentirse cuestionados por demostrar que “no saben” sobre sexualidad.
- Para algunas mujeres la maternidad puede ser una forma de ganar afecto, estima o respeto de parte de la familia o la comunidad.
- Hablar sobre sexualidad en pareja muchas veces está censurado por las normas sociales.

- Los adolescentes varones o mujeres que tienen una orientación homosexual, bisexual o transexual pueden sentir temor de ser estigmatizados o discriminados.
- Los programas y medios de información hacen hincapié en los riesgos y no en las formas saludables y responsables de vivir la sexualidad.
- Los y las adolescentes víctimas de violencia sexual, temen ser censurados/as o que no se les crea.
- Otras barreras están vinculadas al acceso a servicios e información
- Acceso limitado a servicios y programas adecuados.
- Actitudes rígidas de proveedoras de salud.
- Poco o ningún dinero para pagar por un servicio o por un medio de transporte.

Barreras legales que impiden ofrecer a los y las adolescentes información o servicios de salud sexual y reproductiva.

Los patrones de inicio de las relaciones sexuales en los y las adolescentes varían en Latinoamérica y el Caribe, mostrando que la proporción de mujeres en la región que ha tenido por lo menos una relación sexual antes de los veinte años- incluidas las que ocurren dentro del matrimonio- varía entre el 42% y el 63% (OPS-FNLIAP,2008).

En Ecuador, 43,5% de las mujeres de 15 a 24 años declararon tener relaciones sexuales (CEPAR 1999).¹³

2.3. ACTITUDES DE LOS / AS ADOLESCENTES FRENTE AL VIH/SIDA

¹³ Internet: WWW.paho.org/spanish/HPP/HPF/ADOL/Protocol.pdf

Uno de los peligros más importantes e inmediatos para la salud y el bienestar de los adolescentes es la posibilidad de contraer una enfermedad de transmisión sexual (ETS). Desde una perspectiva económica y social, estas enfermedades siguen cobrándose un tributo significativo en los adolescentes y finalmente en la sociedad. Quizá lo más preocupante sea el hecho de que las enfermedades de transmisión sexual aumentan de forma significativa el riesgo de que los adolescentes contraigan el VIH.

Los adolescentes tienen un riesgo considerable de contraer el VIH. Ciertas evidencias indican que el 50% de los nuevos casos de infecciones por VIH se produce en jóvenes menores de 25 años y el 25% en menores de 22 años (Office of National AIDS Pólíce, 1996). Según las investigaciones, en torno al 17% de todos los casos de SIDA que se conocen procede de la infección por el VIH en el segundo decenio de vida; es decir, entre los 10 y los 19 años (CDC, 1999). Este resultado es especialmente preocupante habida cuenta de que el grupo de población de adolescentes es menos activo sexualmente que el grupo de adultos; aun así, la mayoría de los contagios del VIH entre los adolescentes se debe al contacto sexual más que a otras formas de contagio, como el compartir agujas y jeringuillas para la inyección de drogas (CDC, 1999; Rosenberg y Biggar, 2008).

Como ocurre con otras ETS, los índices de contagio por VIH dependen también de diferencias de sexo y de raza. Cada vez es mayor el número de mujeres jóvenes infectadas por el VIH. Las últimas investigaciones señalan que la incidencia del SIDA en las ciudades de los Estados Unidos entre adolescentes y adultos jóvenes no ha disminuido, habiendo una cantidad mucho mayor de jóvenes afro americanas diagnosticadas de SIDA en comparación con sus compañeros masculinos. Igualmente, el número de adolescentes afroamericanos infectados por el VIH es muy elevado (CDC, 2007; Valleroy et al., 2004).

Entender los antecedentes del riesgo del VIH y de las conductas de protección entre los adolescentes ha sido un reto complejo e inmenso para los investigadores y los profesionales de la salud pública. La tarea es especialmente ardua porque la

investigación empírica de estas personas, de su conducta privada y a menudo no revelada, es complicada desde el punto de vista logístico. No obstante, se ha reunido últimamente una gran cantidad de datos que podrían ser muy útiles para adoptar nuevas perspectivas en el desarrollo de programas efectivos de prevención del VIH dirigidos a los adolescentes. Ahora bien, es importante destacar que los cambios en las prácticas y las políticas no han ido al mismo ritmo que “las mejores prácticas” como la investigación parece indicar.

En esta parte empezamos con la identificación de ciertas deficiencias en cuanto a la información, la motivación y las conductas de los adolescentes y el VIH. Aunque la mayoría de los programas actuales de prevención contra el VIH están diseñados para encarar estas cuestiones, parece evidente que se necesita incorporar estrategias muy innovadoras.¹⁴

2.3.1. ACTITUDES POR DEFICIENCIAS EN EL CONOCIMIENTO Y LOS CONCEPTOS ERRÓNEOS DE LOS / AS ADOLESCENTES SOBRE EL VIH.

Es necesario proporcionar a los / as adolescentes los conocimientos relacionados con la prevención de ETS/VIH, ha sido una práctica común en las intervenciones destinadas a reducir las conductas de riesgo y constituye normalmente el grueso de los programas de prevención contra ETS/VIH centrados en la escuela. Los conocimientos acerca de las ETS/VIH son el punto de partida para cobrar conciencia de la vulnerabilidad ante ellas y su gravedad, y para adoptar conductas seguras una vez adquiridas las competencias correspondientes.

Desgraciadamente, en los Estados Unidos se ha comprobado que los conceptos erróneos sobre la prevención de las enfermedades de transmisión sexual son comunes. Por ejemplo, en un estudio reciente de más de 3.000 adolescentes y adultos que asisten a las clínicas de ETS se puso de manifiesto que había varios conceptos

¹⁴ Internet: WWW.paho.org/spanish/HPP/HPF/ADOL/protocol.pdf

erróneos muy extendidos sobre los métodos para evitar contagios: el 46% de las personas involucradas creía en los lavados vaginales, el 39% en orinar después de las relaciones sexuales, el 20% en los anticonceptivos orales y el 16% en el lavado de los genitales tras la relación sexual. Los últimos análisis de los datos proporcionados por el National Longitudinal Study of Adolescent Health [Estudio Longitudinal Nacional de la Salud de los Adolescentes] pusieron de manifiesto que entre más de 16.000 adolescentes que habían usado preservativo en alguna oportunidad, aproximadamente el 32% de las adolescentes y el 40% de los muchachos creían que el extremo de éste debía ajustarse totalmente al glande; cerca del 28% de las adolescentes y el 33% de los muchachos no sabían que no se puede usar vaselina con los preservativos de látex; y alrededor del 15% de las adolescentes y el 24% de los adolescentes ignoraban que los preservativos de látex son más eficaces contra el VIH que los de tripa de carnero según Crosby y Yarber en el año 2001.

Para comprobar el posible desconocimiento de los adolescentes sobre la prevención de infecciones adquiridas por vía sexual como el VIH, revisamos los datos recogidos de una muestra de 522 adolescentes afro americanas según Crosby *en el año 2000*. De 1996 a 1999, los encargados del proyecto preseleccionaron jóvenes mujeres en las clínicas de medicina adolescente, en las clínicas del departamento de salud y en las clases de salud de las escuelas para determinar quiénes debían participar en una campaña de prevención de ETS/VIH. Los lugares de selección estaban en barrios con alto índice de desempleo, abuso de drogas, violencia e ETS. Las adolescentes tenían entre 14 y 18 años, y declararon haber tenido actividad sexual en los seis meses anteriores. De las 12 preguntas. Menos de la mitad respondió correctamente la mitad de las preguntas.

Estos errores de concepto suponen otras tantas oportunidades perdidas para motivar y orientar la conducta preventiva de los adolescentes frente a ETS/VIH. El bajo índice de respuestas correctas a cinco de las ocho preguntas relacionadas con la conducta preventiva es especialmente preocupante pues las ideas falsas respecto a cualquiera

de estos temas pueden inducir prácticas sexuales susceptibles de aumentar el riesgo de contagio de ETS/VIH.

Por ejemplo, las adolescentes que creen que los lavados después de un contacto sexual protegen de las ETS pueden adoptar esta práctica en la creencia de que se trata de una conducta preventiva, cuando lo cierto es que quizá estén aumentando el riesgo de contagio de ITS/VIH según Wolner-Hanssen *en el año* 1990. Igualmente, la creencia en la capacidad personal para saber si su pareja padece una ETS puede llevar a las adolescentes a emplear estrategias personales de selección de pareja que son inútiles, en vez de tratar de negociar el uso del preservativo o de negarse a tener relaciones sexuales sin éste.

Otra creencia errónea de las adolescentes, es la de que el fluido previo a la eyaculación no contiene el VIH. Ésto puede llevarlas directamente a la práctica de la interrupción del coito. Del mismo modo, las ideas falsas sobre el efecto protector de los preservativos de látex frente a los de piel, y el uso de lubricantes acuosos frente a los grasos puede perjudicar la eficacia de los preservativos.

El hecho de que menos de un tercio de las adolescentes respondiera correctamente a la pregunta que pretendía medir si sabían o no que las mujeres son más propensas que los hombres a contraer ETS/VIH por vía sexual es también preocupante. La evidencia empírica ha establecido una mayor eficiencia de la transmisión hombre-mujer de la gonorrea, el herpes genital, la hepatitis B y el VIH según Ehrhardt, Bolan y Wasserheit, en el año 1999. El riesgo de transmisión del VIH de hombre a mujer es notoriamente mayor que la transmisión a la inversa según estudio realizado por Padian, Shiboski y Jewell, en el año 1991. Saber que corren más riesgo de contraer ETS aumenta la percepción de las mujeres de su vulnerabilidad ante estas enfermedades; sin embargo, nuestros datos prueban que la mayoría de las adolescentes no eran conscientes de que su riesgo era más elevado que el de los adolescentes. También eran comunes las ideas falsas relacionadas con la gravedad de las ETS, con lo que ello conlleva en cuanto a falta de motivación para la adopción de medidas de protección.

Pese a las reacciones constantes de las escuelas y comunidades de los Estados Unidos a la epidemia del SIDA, los datos de este estudio indican que existen grandes lagunas en los conocimientos de los adolescentes sobre la prevención de ETS/VIH.

Dado que la infección de ETS / VIH constituyen una amenaza grave para la salud y el bienestar de los adolescentes, tanto a corto como a largo plazo, es necesario intensificar los esfuerzos para proporcionar a la juventud de nuestro país los conocimientos necesarios para su prevención y asegurarse posteriormente de su efectividad.

Esfuerzos vigilantes, mantenidos en el tiempo, son beneficiosos para los adolescentes al aumentar sus conocimientos sobre la prevención de ETS/VIH.

Aunque los resultados del Youth Risk Behavioral Surveillance Survey [Estudio de Vigilancia del Riesgo Juvenil] señalaban que el 91,5% de los adolescentes de los Estados Unidos había recibido información sobre el contagio del SIDA/VIH en la escuela, y que aproximadamente el 63% afirmaba haber hablado con uno de sus padres o con un familiar adulto sobre el VIH/SIDA año 1998, es posible que las escuelas, y quizá los padres, no les estén proporcionando un conocimiento cabal de la prevención del VIH. Es lamentable, porque los adolescentes están normalmente deseosos de aprender cosas relativas a la sexualidad y los que hablan con sus padres sobre este tema son más proclives a adoptar prácticas de prevención según Di Clemente *en el año*, 2005.

2.3.2. ACTITUDES ORIGINADAS POR DEFICIENCIAS EN LA MOTIVACIÓN DE LOS ADOLESCENTES PARA PRACTICAR SEXO SEGURO

Los datos señalan que los adolescentes pueden subestimar sus posibilidades de contagiarse con el VIH. El que los adolescentes entiendan la amenaza que supone el VIH ha sido identificado como un importante condicionante para que adopten las precauciones contra un posible contagio. La amenaza se percibe como tal si se es consciente de los riesgos y de la gravedad de una enfermedad, acontecimiento o situación según estudio de Weinstein, en el año 1989. Los datos indican que es

probable que los adolescentes estén subvalorando tanto la gravedad de la infección por ETS/VIH, como sus propios riesgos de contagio. Esta subvaloración puede ser un mecanismo de defensa mental. Por ejemplo, Ellen y colaboradores midieron la ansiedad de los adolescentes acerca del contagio de ETS y VIH y encontraron que una mayor ansiedad no se asociaba con un menor comportamiento sexual de riesgo, sino con adolescentes con percepciones más bajas del riesgo de adquirir ETS y VIH en comparación con la percepción de sus pares.

También es posible que los adolescentes de hoy no perciban la gravedad de la infección por el VIH en la misma medida que los adultos. En un momento de terapias antirretrovirales eficaces en los Estados Unidos de América y una atención al SIDA bastante escasa por parte de los medios de comunicación, el contagio del VIH puede tener muy poca importancia para la actual generación de adolescentes. También es posible que éstos creen que la infección por el VIH es muy poco probable porque confían en la seguridad de su pareja de acuerdo a Overby y Kegeles, en el año 2004, o porque no conocen casos de infección por el VIH entre sus compañeros. Además, pueden creerse inmunes a la infección por el VIH por el hecho de no haberse contagiado pese a las repetidas ocasiones en que tuvieron conductas de riesgo. A este fenómeno se lo denomina hipótesis de “ausencia-inexistencia”, en la que los individuos creen que no son vulnerables porque han tenido conductas de riesgo y aun así no se han infectado con el VIH. Un estudio reciente apoyaba esta posibilidad al demostrar que el nivel relativo de preocupación de los adolescentes por el VIH no estaba asociado con sus conductas sexuales de riesgo recientes. En el estudio también se demostraba que el nivel de preocupación de los adolescentes por el VIH era, en general, bajo.

2.3.3. ACTITUDES POR DEFICIENCIAS EN LA CONFIANZA Y LAS COMPETENCIAS DE LOS ADOLESCENTES EN CUANTO AL USO DE PRESERVATIVOS.

Los datos indican que los adolescentes suelen cometer múltiples errores en el proceso de poner el preservativo. Stanton y colaboradores observaron a jóvenes que demostraban el acto de poner un preservativo en un pene artificial. Entre los adolescentes que no habían tenido contacto con campañas de promoción acerca del uso correcto del preservativo, el promedio de pasos realizados correctamente era tres de cinco. Es de destacar que los que habían recibido instrucción sobre el uso correcto obtuvieron resultados mucho mejores.

Otros investigadores han informado resultados parecidos acerca del número de errores que cometen los adolescentes de ambos sexos cuando ponen el preservativo en un pene artificial. Naturalmente, los adolescentes que tienen dificultades para poner el preservativo en el contexto de una demostración empleando un pene artificial son los que con más probabilidad experimentarán problemas durante las relaciones sexuales. Es lamentable, porque al menos en un estudio se ha puesto de manifiesto que los adolescentes que tienen experiencias negativas con el uso del preservativo son más proclives a tener actitudes desfavorables hacia éste y a informar que en su última relación sexual no lo usaron.

Al contrario, los resultados empíricos indican que una mayor confianza de los adolescentes en su capacidad de emplear los preservativos puede contribuir a aumentar la continuidad de su uso.

En un estudio de jóvenes urbanos de sexo masculino, Pendergrast y colaboradores encontraron una asociación positiva entre la auto eficacia de los adolescentes en el uso del preservativo y su intención de usarlos. Este resultado se ha observado también en otras muestras de adolescentes.

Sin embargo, hay que destacar que otros investigadores, estudiando sólo muestras femeninas, han demostrado que el auto eficacia en el uso del preservativo puede no estar asociado con su uso según Crosby.

Esta discrepancia es digna de tenerse en cuenta pues plantea una importante diferencia entre los adolescentes de uno y otro sexo, concretamente, entre las adolescentes, un mayor auto eficacia puede no traducirse directamente en una intención de uso o en un uso real del preservativo. Esto se explica probablemente por el hecho de que el uso del preservativo no es una conducta voluntaria para las adolescentes.

Este concepto ha sido recientemente apoyado por un estudio en el que se vio que la capacidad demostrada de las adolescentes para poner los preservativos *no* estaba asociada con el uso de éste ni con la prevalencia de las jóvenes de ETS biológicamente confirmadas por Crosby *en el año* 2005.

Desde luego, existen pruebas de que la resistencia que sienten las adolescentes hacia el uso del preservativo se puede evaluar de modo fiable por una medición de escala y que los resultados de esta medición están en estrecha relación con el uso del preservativo que ellas afirman hacer, por lo que una mayor resistencia se traduce en menor uso.

Puesto que la resistencia al uso del preservativo puede ser mayor en las adolescentes que en los adolescentes, son especialmente necesarias campañas que les proporcionen a las primeras las competencias y la confianza necesarias para lograr un sexo seguro.

3. HÁBITOS DE SALUD SEXUAL

3.1. LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

La organización Mundial de la Salud, define a la salud reproductiva como “un estado de bienestar físico, mental y social, y no solamente de ausencia de enfermedad,

durante el proceso de reproducción". Por otro lado, Chelala en una publicación de OPS ha definido como "La posibilidad que tiene el ser humano de tener relaciones sexuales gratificantes y enriquecedoras, sin coerción, sin temor de adquirir infecciones ni de un embarazo no deseado, de tener un embarazo y parto seguros, y de tener y criar hijos saludables".

La atención de la salud reproductiva se define como: "El conjunto de métodos, técnicas y servicios que contribuyen a la salud y al bienestar reproductivo al evitar y resolver los problemas relacionados con la salud reproductiva".

Incluye también salud sexual, cuyo objetivo es el desarrollo de la vida y de las relaciones personales y no meramente el asesoramiento y la atención en materia de reproducción y de enfermedades de transmisión sexual.

Con el enfoque de riesgo se estaría poniendo en práctica el principio de equidad: prestar mayor atención aquellos que más lo requieran. Las enfermedades de transmisión sexual tienen una carga social y emocional muy importante.

De acuerdo a los estudios realizados, se ha observado durante los últimos diez años, cómo la adopción de cambios profundos en los comportamientos de las poblaciones de hombres homosexuales, llevó a una disminución de la incidencia de ETS y VIH/SIDA y luego se observó también una tendencia al incremento de transmisión heterosexual, no siendo más la población de homosexuales un grupo de riesgo.

Pero está claro que es la conducta sexual, especialmente las tasas de cambio de parejas, la que determina el riesgo de transmisión, y por supuesto la población de prostitutas tienen una alta tasa de cambios de parejas, pero otras poblaciones: militares, camioneros, trabajadores masculinos temporales, cambian también con

frecuencia de pareja y, aún las mujeres heterosexuales, fieles a su pareja, tienen un cierto riesgo de adquirir una ETS, cuando su pareja (heterosexual promiscua) llega a su casa y tiene relaciones sexuales sin condón. Esto se ve reflejado en la tendencia al incremento de la incidencia de VHI/SIDA en mujeres hetero sexuales fieles.

Podríamos decir entonces que no hay grupos de riesgo, que todos estamos en riesgo, que hay quienes están en mayor riesgo y que hay conductas riesgosas. Es justamente en el cambio de estas conductas riesgosas en las que deben enfocarse nuestras intervenciones.¹⁵

4. LAS INSTITUCIONES EDUCATIVAS

Se encuentra, en muchos países del mundo, a merced de un voluntarismo tecno político iluminado y urgido por la ansiedad de transformar un sistema educativo que siempre se resiste. Prueba de ello es la experiencia acumulada en los últimos veinte años (sin muchos aciertos) en la aplicación de distintas reformas educativas en los países occidentales.

Todos los esfuerzos realizados a pesar de las diferencias en las posibles soluciones en las formas y caminos elegibles para su aplicación, parten del mismo diagnóstico: los distintos niveles educativos y de formaciones científicas y tecnológicas, y por los cambios emergentes en el orden social, profesional se encuentran obsoletos por causa de los profundos cambios económico y cultural. Las organizaciones educativas suman a su desorientación actual, un creciente aislamiento institucional con respecto a los desafíos sociales y laborales, en particular, y a las transformaciones de la cultura y la vida en general.

¹⁵ Internet: WWW.paho.org/spanish/HPP/HPF/ADOL/protocol.pdf

Una visión panorámica de los contenidos del nuevo sistema denominados Enseñanza General Básica y Educación Polimodal, junto a las dificultades organizacionales para su implementación demuestran los problemas que se exponen a continuación.

Parece necesario realizar un esfuerzo de integración de los conocimientos, lo cual requiere de parte del docente una relativa experiencia en dinámicas interdisciplinarias y una visión transdisciplinaria del mundo, que se base en un modelo epistemológico muy cercano a la visión sistémica de la realidad, el cual los docentes en general todavía hoy desconocen. A ésto se agrega, la falta de herramientas que les permitan situarse frente a la emergencia de la complejidad en las ciencias en particular, y en las sociedades en general.

Se requiere una gestión organizacional inteligente basada en un sistema integrado de formación aprendizaje de toda la comunidad educativa. Ésto entra en conflicto con el hecho de que los establecimientos educacionales muestran carencias de infraestructura, y sufren falencias muy serias de estrategias de gestión y planificación. Estas son incompatibles, de una parte, con las dinámicas de circulación de la información y el conocimiento; y, de otra, con el surgimiento de las nuevas tendencias organizacionales de la producción y el trabajo, a nivel general, y a nivel particular con las demandas espirituales y culturales de los jóvenes.

Se constata que persisten visiones, esquemas perceptivos y organizacionales obsoletos en la formación docente y en la gestión institucional. Se observa un bajo nivel de formación epistemológica y metodológica en el tratamiento y procesamiento de la información y el conocimiento, que sea acorde con los niveles de gerenciamiento y expansión de los mismos en los sistemas de formación docentes. Asimismo, hay una creciente descontextualización global/local en los docentes y en el personal jerárquico, directamente proporcional a la complejidad de los cambios socioeconómicos y culturales.

En este “estado de cosas”, la reconfiguración de nuestro paisaje social y económico se entreteje con la reestructuración de las formas de conocimiento, con sus medios de transmisión y con los modelos de articulación en los programas de estudio, en las disciplinas y sistemas de ideas. En este estado cobran su verdadera dimensión, de una parte, el desafío de la articulación de los saberes, mediante un análisis crítico del surgimiento y el debate en torno a las nociones de multidisciplinariedad, interdisciplinariedad y transdisciplinariedad, en relación con el actual contexto de mutación global; y, de otra, la necesidad de ensayar distintas aproximaciones sobre las condiciones metodológicas que posibilitarían una verdadera práctica interdisciplinaria en educación.

8. DISEÑO METODOLÓGICO

DISEÑO METODOLÓGICO

El trabajo se constituye en un proyecto de desarrollo social, específicamente de capacitación y promoción de salud. El Marco Lógico es una herramienta básica del mismo, puesto que estamos aplicando una estrategia metodológica que nos permite sintetizar en una sola matriz la información que se requiere para una planificación aceptable, así como para su ejecución, seguimiento y evaluación del proyecto.

El Marco Lógico, como instrumento metodológico nos permite sintetizar los aspectos más relevantes de un proyecto de acción, nos conlleva a disminuir la ambigüedad y a facilitar la comunicación; así, al plantear las preguntas fundamentales, se identifican las necesidades; al analizar los supuestos, se analiza el entorno del proyecto; al señalar los indicadores se tiene la base para el monitoreo y evaluación futura.

Además, es necesario señalar las siguientes bondades:

Con el marco lógico se asegura la continuidad del proyecto porque es un instrumento orientado a objetivos y no a personas, esto significa que en caso de retirarse los autores, el mismo puede avanzar.

Permite resumir la información, puesto que podemos visualizarlo en la Matriz del Marco Lógico.

Para estructurar nuestro proyecto, hemos tomado en cuenta los siguiente elementos: Matriz de involucrados, Árbol de Problemas, Árbol de Objetivos, Matriz del Marco Lógico.

Realizando un diagnóstico de la realidad de nuestra provincia de Loja, tenemos datos (tomados de Loja ENDEMAIN 2008).

Conocimientos espontáneos sobre VIH/SIDA-ETS, asciende en la provincia de Loja a 33% entre las mujeres de baja escolaridad; al 82% entre las mujeres con instrucción superior y del 37,5% en el quintil más pobre; al 79% en el más rico. Según el ENDEMAIN en Loja, sólo el 5% de mujeres conoce en forma espontánea las tres formas en conjunto para prevenir el SIDA. El menor conocimiento espontáneo de las tres formas en conjunto se encuentra en mujeres casadas o en unión libre, entre aquellas con bajo nivel de instrucción y entre las que tienen experiencia sexual, la forma más conocida para la prevención del SIDA, es el uso del condón (40%) seguida de la “monogamia” (fidelidad) con el 21%, y la abstinencia sexual (16%).

Del total de mujeres que conocen de la enfermedad, una de cada tres (30%), saben donde hacen la prueba del SIDA y el 9% se ha realizado la prueba o examen. Hasta aquí los datos de ENDEMAIN 2008.

De la investigación realizada por la autora del presente proyecto, entre otras se han detectado los siguientes problemas:

- Los y las estudiantes solamente, tienen una comprensión mediana y baja sobre el concepto de SIDA.
- Existe desconocimiento respecto a hábitos positivos de salud sexual.
- Los y las estudiantes investigados, no conocen las tres formas en conjunto de prevenir el SIDA.
- Los y las profesoras del plantel no insertan el tratamiento del tema SIDA en sus programas, y, quienes lo hacen sólo lo plantean en forma disciplinar.

Ante esta realidad se procede a participar en reuniones con los miembros del Departamento de Bienestar Estudiantil, autoridades, padres de familia y representantes de estudiantes con el fin de socializar el diagnóstico situacional participativo y socializar los problemas más importantes que tengan impacto con el desarrollo local y salud.

A continuación se procede a seleccionar por consenso el problema considerando

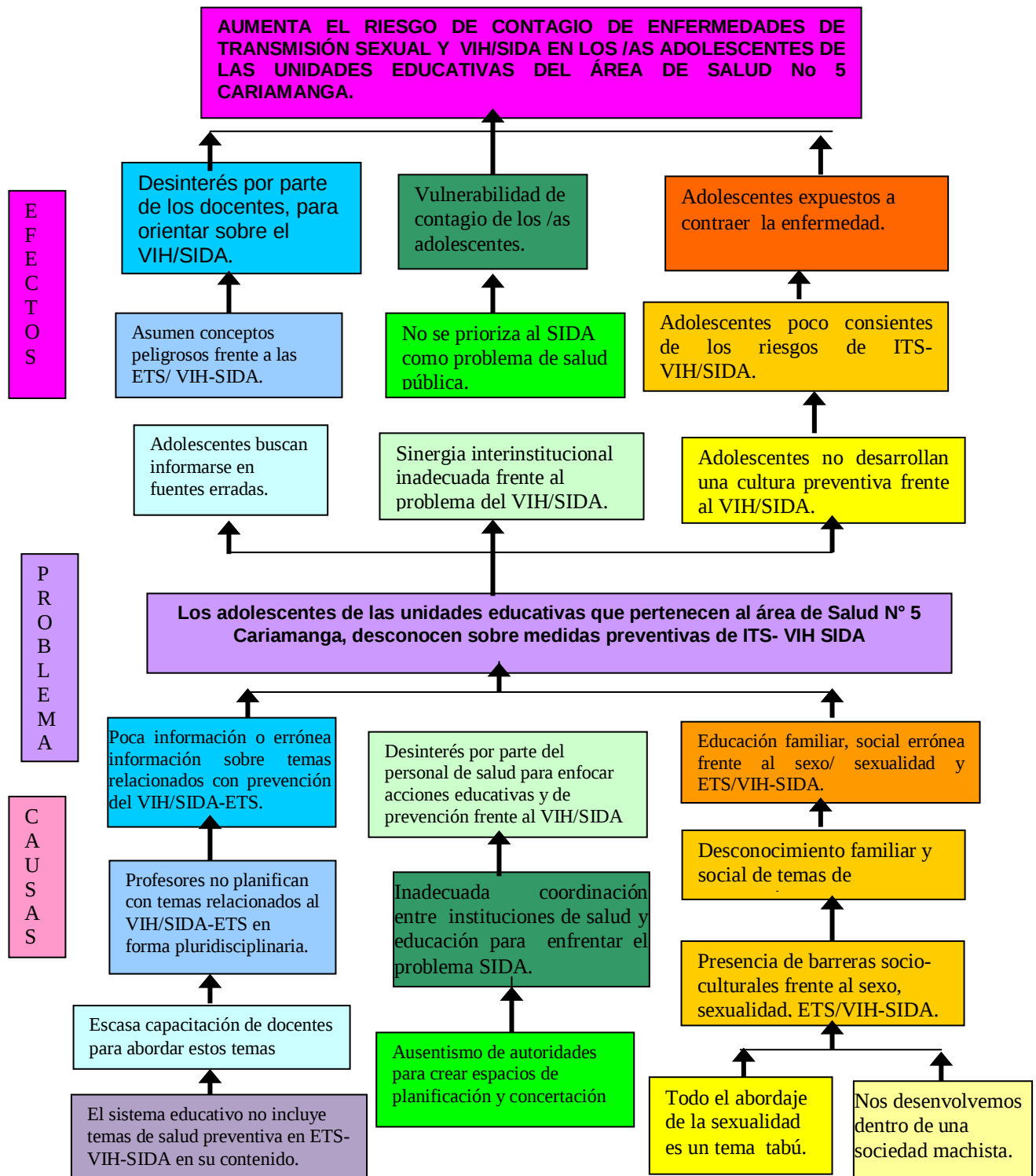
Primero que involucra a una gran población de riesgo como son los adolescentes y las adolescentes de las unidades educativas (magnitud), segundo que dicho problema es muy grave porque afecta a hombres y mujeres de toda edad y con gran desventaja para los adolescentes; tercero porque se trata de una enfermedad mortal que no tiene cura, pero que con métodos preventivos existe una gran posibilidad de disminuirlo, y finalmente existe una gran voluntad de trabajar en bien de la colectividad y sobre todo de este grupo humano como son los adolescentes y las adolescentes.

ANÁLISIS DE INVOLUCRADOS

GRUPO Y/O INSTITUCIONES	INTERESES	RECURSOS Y MANDATOS	PROBLEMAS PERCIBIDOS
Los Directivos de las instituciones educativas que pertenecen al Área de Salud No 5 de la ciudad de Cariamanga.	Mejorar los conocimientos actitudes y hábitos de salud sexual de los y las adolescentes, frente al VIH/SIDA-ETS	Recursos humanos. Recursos materiales. Recursos educativos Brindar atención médica integral e integradora de calidad. Normas y reglamentos institucionales.	Falta de conocimientos sobre el problema del VIH/SIDA-ETS, de los estudiantes investigados.
Estudiantes de 1º, 2º y 3º año de bachillerato, de establecimientos secundarios, de la ciudad de Cariamanga.	Mejorar los conocimientos actitudes y hábitos de salud sexual	Recursos humanos. Recursos educativos. Cuidar su estado de salud. Derecho a educación y salud digna.	Información y orientación deficientes sobre las formas de contagio del VIH/SIDA-ETS. Estudiantes desmotivados.
Personal docente	Adquirir conocimientos para brindar adecuada información a los estudiantes	Personal docente capacitado. Participación activa del docente.	Personal docente limitado en la participación sobre el tema.

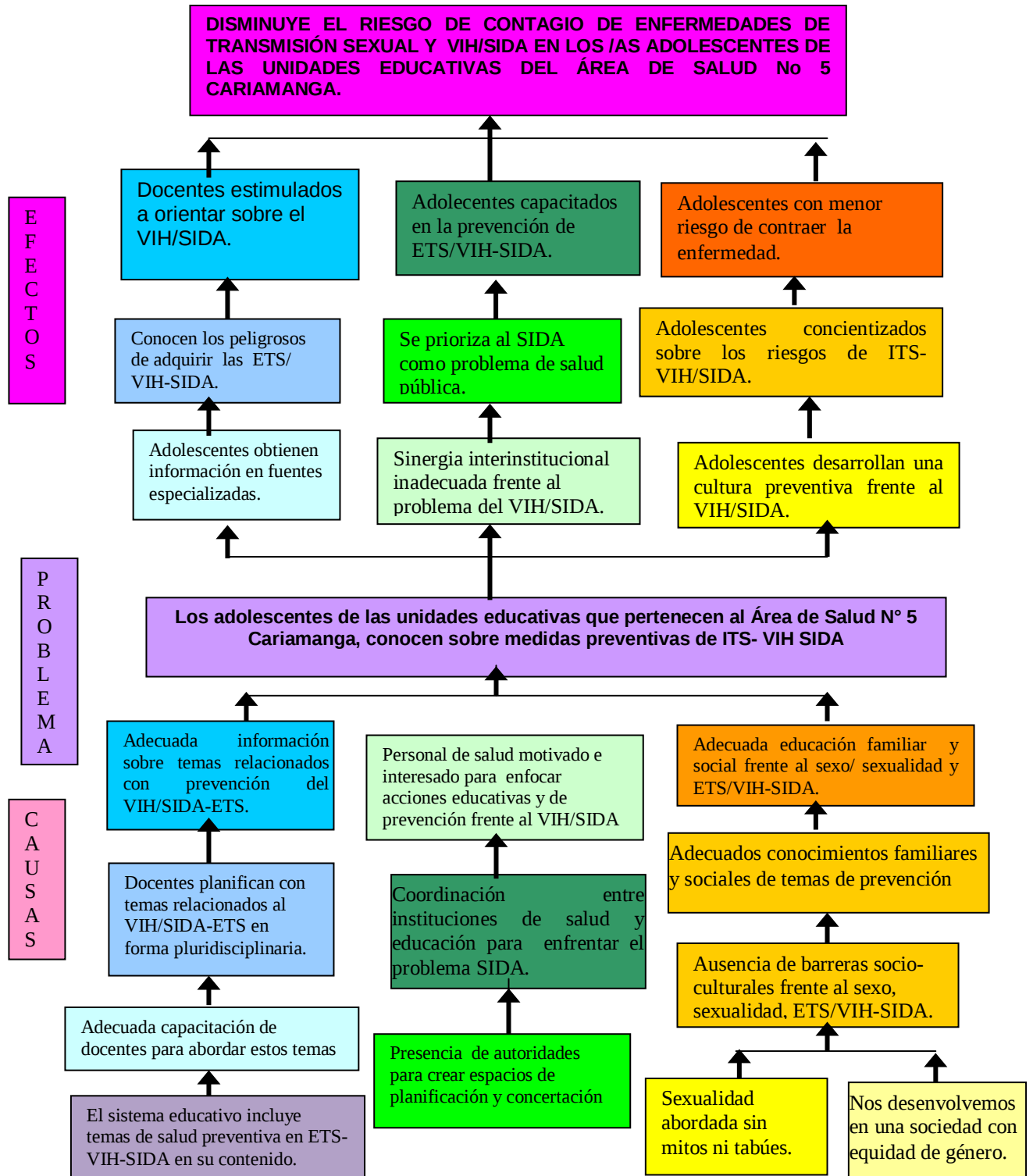
			Falta de coordinación.
Padres de familia	Mejorar los conocimientos y comunicación familiar.	Apoyo incondicional al programa.	Creencias culturales y tabúes.
Área de Salud N° 5, de la ciudad de Cariamanga.	Disminuir la incidencia y los factores de riesgo de contagio del VIH/SIDA-ETS en la población de su influencia.	Garantizar el cumplimiento de los derechos del Adolescente a tener una salud integral. Recursos humanos. Recursos materiales. Apoyar acciones de prevención en los adolescentes involucrados	Actitudes no preventivas frente a la sexualidad.
Maestrante en: "Gerencia Integral de salud para el Desarrollo Local", de la UTPL	Los estudiantes conozcan como prevenir el VIH- SIDA instruyéndolos y apoyando a las instituciones involucradas.	Recursos humanos. Recursos materiales. Recursos educativos. Capacitación	Poca coordinación entre el Área de Salud e instituciones educativas para trabajar mancomunadamente frente al problema del VIH/SIDA.

ANÁLISIS DEL PROBLEMA.- ÁRBOL DE PROBLEMAS.



AUTOR: Dra. Paola Sarango Cueva.

ÁRBOL DE OBJETIVOS.



AUTOR: Dra. Paola Sarango Cueva.

MATRIZ DEL MARCO LÓGICO

ELEMENTOS	INDICADOR	MEDIOS DE VERIFICACIÓN	SUPUESTOS
FIN. Se contribuye a disminuir el riesgo de contraer ETS/VIH-SIDA en los adolescentes de las unidades educativas que pertenecen al Área de salud N° 5 Cariamanga.			
PROPÓSITO Plan de Información, Educación, Comunicación implementado, fomentando una cultura de conocimientos, actitudes y prácticas preventivas frente a las ETS/VIH-SIDA a finales del 2010.	80% de los adolescentes participantes conocen y mantienen una cultura de prevención frente al VIH/SIDA-ETS.	• Monitoreo con encuesta inicial y final.	Grupos de participantes capacitados actuando en la prevención del SIDA.
RESULTADOS ESPERADOS 1. Comunidades educativas integradas, con criterios unificados, aunando esfuerzos para trabajar en la prevención de ETS/VIH-SIDA.	100% de las instituciones participantes trabajan organizados ejecutando acciones de prevención frente a las ETS/VIH-SIDA en el desarrollo del proyecto en el año 2010	• Memorias de reuniones. • Lista de asistencia. • Actas de Conformación de Comités.	Sinergia entre las Instituciones, docentes, padres de familia, participantes, en la educación y prevención del VIH/Sida.

2. Instituciones educativas y organizaciones de salud coordinan acciones de prevención frente a la ETS/VIH-SIDA.	80% de las instituciones educativas y de salud coordinan acciones de prevención frente a las ETS/VIH-SIDA.	• Acta de compromiso. • Memorias.	Coordinación interinstitucional que educan desde la perspectiva pluridisciplinar sobre VIH/SIDA.
3. Plan de Información, Educación y Comunicación institucionalizado o genera verdaderas actitudes de prevención frente al VIH SIDA en los adolescentes.	1. 70% del Plan de Información, Educación, y Comunicación implementado, generando cambios de actitudes frente al VIH/SIDA-ETS. 2. 100% de las Instituciones educativas cuentan con un plan de información, educación, comunicación integrado a su Plan Institucional.	• Nóminas de asistencia a la implementación de talleres. • Memorias de reuniones de trabajo. • Plan Institucionalizado.	Plan de Información, Educación y Comunicación implementado.
4. Comisiones de salud estudiantil conformadas; integrada a los gobiernos estudiantiles para trabajar por la prevención de las ETS/VIH-SIDA.	100% de las instituciones educativas cuentan con comisiones de salud estudiantil trabajando para prevenir las ETS-VIH/SIDA.	• Nómina de asistencia. • Memorias de reuniones. • Actas de conformación de comités. • Lista de Asistencia	Juventud que apoya informativamente sobre el VIH/SIDA-ETS.

ACTIVIDADES

ACTIVIDADES	RESPONSABLE	CRONOGRAMA	RECURSOS
1.1. Socialización del proyecto: "Prevención de las ETS/VIH-SIDA" a directivos, docentes, y representantes de Padres de familia de las instituciones educativas.	Maestrante y, coordinador del proyecto	14 de Mayo del 2010	- Textos - Internet - Folletos Epidemiológicos - Computador - Papeles - Esferos - Impresora.
1.2. Establecimiento de compromisos y responsabilidades de los participantes del proyecto.	Autoridades del Área: Epidemiólogo y Maestrante.	14 de Mayo del 2010	- Transporte. - Oficios y convocatorias
1.3. Conformar comités de salud con representantes de cada una de las instituciones educativas para coordinar el desarrollo del presente proyecto.	Rectores de las unidades educativas, presidentes de los gobiernos estudiantiles, directiva de padres de familia de las diversas entidades educativas. Maestrante del proyecto.	14 Mayo 2010	- Computador - Papeles - Esferos - Copias. - Impresora.
1.4. Elaboración de Acta de compromisos y	Maestrante y Coordinador del Área de Salud, comisiones	14 Mayo 2010	- Computador - Papeles - Esferos

responsabilidades de cada comité de padres de familia.	de salud educativas.		- Copias. - Impresora.
2.1 Reunión de la Unidad de Conducción Hospitalaria (UCA), con el departamento de Bienestar Estudiantil (DOBE), Comité de Salud.	Epidemiólogo, Maestrante responsable del desarrollo del proyecto	6 de Junio 2010	- Computador - Papel - Carpetas - Esferográficos - Impresora
2.2 Definición de compromisos y responsabilidades de cada institución y comunidad educativa.	Epidemiólogo, Maestrante responsable del desarrollo del proyecto	7 de Junio 2010	- Computador - Papel - Carpetas - Esferográficos - Impresora
2.3 Elaboración y programación de cronograma de trabajo.		7 de Junio del 2010	-
2.4 Elaboración de acta de compromiso para darle continuidad y sostenibilidad al proyecto de las ETS-VIH/SIDA.	Autoridades de las Instituciones Educativas, Directivos del Área de salud, Maestrante, ejecutor del proyecto, Comisiones de salud.	7 de Junio 2010	- Computador - Proyector - Pizarrón - Papeles - Esferos - Vídeos - Acta.
3.1 Reunión con comisiones para	Epidemiólogo y Médico representante	14 de Junio del 2010	- Textos - Internet

elaborar Plan de Información, Educación, Comunicación.	del Área de Salud N° 5 Cariamanga Maestrante ejecutor del Proyecto.		- Folletos Epidemiológicos - Computador - Papeles - Esferos - Impresora.
3.2 Determinación de los contenidos del Plan de Información, Educación, Comunicación.	Epidemiólogo del Área y Maestrante ejecutor del proyecto.	14 de Junio 2010	- Transporte
3.3 Elaboración de trípticos sobre prevención de las ETS/VIH-SIDA.	Representante del Área de Salud, médicos del DOBE de las unidades educativas y maestrante ejecutor del proyecto.	15, 18, 22 de Junio 2010 en la Unidad Educativa "Eloy Alfaro"; Unidad Educativa "María Auxiliadora"; e Instituto Superior "Mariano Samaniego" respectivamente.	- Computador - Proyector - Pizarrón - Papeles - Esferos - Vídeos.
3.4 Desarrollo del concurso de periódicos murales entre las instituciones educativas participantes.	Maestrante del proyecto, equipo de salud, autoridades educativas, padres de familia	25 de Junio del 2010.	- Computador - Proyector - Pizarrón - Papeles - Esferos - Vídeos. - Pinturas de colores
3.5 Elaboración de	Maestrante del	25 de Junio del	- Textos

Rota folio referente a la prevención de las ETS/VIH-SIDA.	proyecto, equipo de salud, autoridades educativas, padres de familia.	2010.	- Copias. - Pizarras. - Tachuelas. - Cartulinas de colores.
3.6 Ejecución de tres Talleres sobre ETS/VIH-SIDA dirigido a Padres de Familia y Estudiantes: • ETS-VIH/SIDA Factores de riesgo, causas y consecuencias. • Medidas preventivas y auto cuidado. • Comunicación familiar y autoestima.	Epidemiólogo y Médico representante del Área de Salud N° 5 Cariamanga Maestrante ejecutor del Proyecto	Unidad Educativa "Eloy Alfaro" 8 y 9 de Julio 2010 Instituto Superior "Mariano Samaniego" 12 y 13 de Julio 2010. Unidad Educativa "María Auxiliadora" 15 y 16 de Julio 2010.	- Computador - Proyector - Pizarrón - Papeles - Esferos - Vídeos.
3.7 Institucionalización del Plan de Información, Educación, Comunicación que promueva actitudes de prevención frente al VIH-SIDA.	Representante del Área de Salud N° 5, médicos del DOBE de las entidades educativas, padres de familia, estudiantes y maestrante ejecutor del proyecto.	Unidad Educativa "Eloy Alfaro" 8 y 9 de agosto 2010. Instituto Superior "Mariano Samaniego" 12 y 13 de agosto 2010. Unidad Educativa "María Auxiliadora" 15 y	- Textos - Internet - Folletos Epidemiológicos - Computador - Papeles - Esferos - Impresora.

		16 de agosto 2010.	
3.8 Difusión del Plan de Información, Educación, y Comunicación, por medios radiales y televisivos.	Epidemiólogo del Área de Salud N° 5, ejecutor del proyecto.	27 de agosto del 2010	- Textos - Copias
4.1 Colaboración de los líderes estudiantiles que conforman los gobiernos estudiantiles, para integrar las comisiones de salud en las instituciones involucradas.	Maestrante del proyecto, equipo de salud, autoridades educativas involucradas.	Unidad Educativa "Eloy Alfaro" el 9 de julio 2010. Instituto Superior "Mariano Samaniego" el 13 de julio 2010. Unidad Educativa "María Auxiliadora" el 16 de julio 2010.	- Nóminas de conformación de los gobiernos estudiantiles.
4.2 Organización de los líderes en las distintas comisiones de salud, en cada una de las instituciones educativas.	Maestrante del proyecto, equipo de salud, autoridades educativas involucradas.	Unidad Educativa "Eloy Alfaro" el 9 de julio. Instituto Superior "Mariano Samaniego" el 13 de julio 2010. Unidad Educativa "María Auxiliadora" el 16 de julio 2010.	- Pizarrón - Tiza liquida - Oficina de rectorado del colegio.
4.3 Integración de	Maestrante del	Unidad Educativa	- Pizarrón

Comisiones de Salud, con los gobiernos estudiantiles en cada una de las instituciones educativas involucradas.	proyecto, equipo de salud, autoridades educativas involucradas.	“Eloy Alfaro” el día 9 de julio 2010 Instituto Superior “Mariano Samaniego” 13 de julio 2010 Unidad Educativa “María Auxiliadora” 16 de julio 2010.	- Tiza liquida - Oficina de Rectorado del Colegio.
4.4 Elaboración de plan de trabajo de actividades de las comisiones de salud.	Maestrante del proyecto, equipo de salud, autoridades educativas, comisiones de salud estudiantiles involucradas.	11 de agosto del 2010.	- Pizarrón - Tiza liquida - Oficina de Rectorado del Colegio.

9. RESULTADOS

RESULTADOS OBTENIDOS

RESULTADO UNO

1. Comunidades educativas, comprometidas y con criterios unificados para trabajar mancomunadamente en la prevención de ETS/VIH-SIDA.

Para lograr este resultado se ejecutaron las siguientes actividades:

1.1. Socialización del proyecto: “Prevención de las ETS/VIH-SIDA” a directivos, docentes, y representantes de padres de familia de las unidades educativas involucradas.

1.2. Establecer acuerdos, compromisos y responsabilidades de los participantes en el proyecto de: “Prevención de las ETS/VIH-SIDA”.

1.3. Conformar comités de salud, con representantes de cada una de las instituciones para coordinar el desarrollo del presente proyecto.

1.4. Elaboración del acta de compromisos y responsabilidades, entre los involucrados.

1.5 Elaboración del Plan de Trabajo, de los comités de salud.

Para el logro de este resultado las actividades se iniciaron fundamentadas en los datos obtenidos previamente en la línea de base; referencias que permitieron inferir el nivel de conocimientos de los adolescentes, acerca de las enfermedades de transmisión Sexual y VIH-SIDA.

Por lo que inicié concretando una reunión con el Jefe de Área, y, Epidemiólogo del Área de Salud No 5 Cariamanga; para solicitar la colaboración en la implementación del presente proyecto de acción, sustentado en la línea de base previamente obtenida por el personal de salud.

Seguidamente, con la autorización de los directivos y el compromiso de colaborar en el desarrollo de las actividades, se convocó oficialmente a través de oficio, a la

comunidad educativa de las instituciones involucradas como son: Unidad Educativa “Eloy Alfaro”, Instituto Superior “Mariano Samaniego” y, la Unidad Educativa “María Auxiliadora”, para informar, coordinar y concretar acciones sobre la implementación del proyecto de acción.

El día 14 de mayo del 2010, a las 09:30 am se realizó la primera reunión con los directivos, docentes, y representantes de padres de familia de las Unidades Educativas involucradas, en el salón de reuniones del Hospital “José Miguel Rosillo”.

El Epidemiólogo del Área de Salud N° 5 Cariamanga, motiva y resalta la importancia de trabajar juntos en la ejecución de este proyecto de acción, el mismo que contribuirá en el fortalecimiento de conocimientos en la prevención y educación del VIH/SIDA-ETS, además recalcó la importancia de trabajar con los adolescentes en estos temas, por constituir un sector de la población vulnerable.

Luego de exponer el proyecto a los directivos de cada una de las instituciones educativas circunscritas, se acordó mantener una reunión con los representantes de los integrantes del Departamento de Orientación y Bienestar Estudiantil (DOBE), con quienes, se analizó los resultados obtenidos en la línea de base, en cuanto a conocimientos, actitudes y prácticas de los adolescentes, frente a la ETS/VIH-SIDA; lo cual sensibilizó y motivó a los integrantes a buscar implementar acciones preventivas frente al VIH-SIDA.

Al finalizar la reunión, se hizo un llamado de atención, y se motivó a los presentes, para que nos empoderemos del proyecto, a fin de efectivizarlo y cumplir con las metas propuestas.

Seguidamente se solicita establecer una propuesta de solución y la necesidad de aunar esfuerzos para en conjunto buscar alternativas de solución a esta patología.

Los delegados, se comprometan a socializar el tema en la institución a la que pertenecen, utilizando el material presentado y que está argumentado con datos reales obtenidos en la línea de base. Para ello, se delegó funciones tanto a maestros y directiva de padres de familia, que van a formar parte del proyecto, con la finalidad de

fortalecer en los profesores y los adolescentes la educación sexual, basada en valores y actitudes preventivas frente a las enfermedades de transmisión sexual y VIH/SIDA.

Se dio a conocer el cronograma de realización de las diferentes actividades programadas para el desarrollo del proyecto. (Ver anexo).



REUNION DE COMUNIDAD EDUCATIVA

En la reunión se logra el 100% de participación de las comunidades educativas, las cuales se involucran decididamente en el desarrollo del programa.

Se logró establecer los siguientes compromisos por parte de cada uno de los integrantes de las comunidades educativas:

- ❖ Directivos de las instituciones involucradas, se comprometieron a colaborar con los espacios físicos para el desarrollo de actividades, material de proyección, colaborar con actividades que incluyan promoción del proyecto.
- ❖ Directivos del Área de Salud No 5 Cariamanga, se comprometieron a facilitar el espacio físico adecuado, disposición de insumos, medicamentos y profesionales capacitados para brindar información diferenciada integral a los y las adolescentes, tal como indica las normas y políticas institucionales en el

marco de la atención primaria de salud, enfatizando su trabajo en las tres instituciones participantes.

- ❖ La comunidad se comprometió a mantenerse organizada y asistir a las capacitaciones con la finalidad de fortalecer y actualizar sus conocimientos para ayudar y formar a sus hijos adolescentes.

Se acuerda conformar la Comisión de Salud, que representen a las instituciones educativas y sean portavoces de las acciones que se desarrollarán durante la implementación del proyecto; como sugerencia, se solicita: que las comisiones sean integradas equitativamente por representantes de cada una de las unidades educativas involucradas.

- Dr. Manuel Pacheco, Epidemiólogo del Área de Salud No 5 Cariamanga.
- Mg. Sc. Manuel Ruiz, Rector de la Unidad Educativa “Eloy Alfaro”
- Dr. José Tobías Verdugo, Jefe del DOBE del Instituto “Mariano Samaniego”
- Dra. Sevigne Aguirre, Coordinadora del Área de Salud No 5.
- Dra. Paola Sarango, Maestrante ejecutor del proyecto.
- Lic. Luis Castillo, Presidente del Comité de Padres de Familia.



COMISIÓN DE SALUD

La ayuda oportuna, de las personas citadas anteriormente, permitió se cumpla con lo planificado para el desarrollo del proyecto en las tres unidades educativas que la integran.

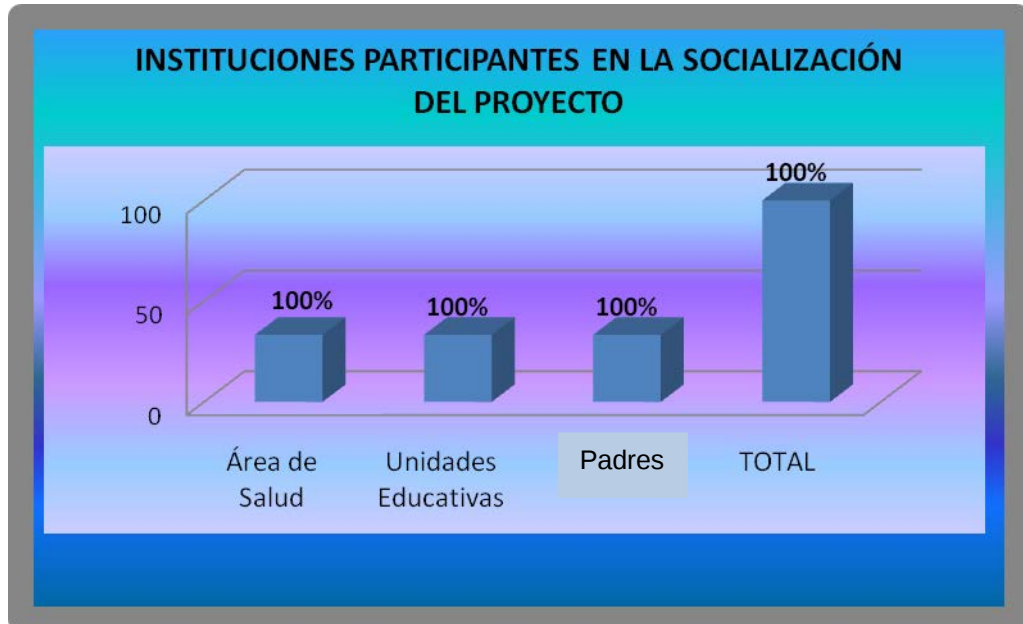
Finalmente, para constancia del cumplimiento de actividades realizadas, se firma un acta compromisos y responsabilidades; cuyo contenido se fundamenta en las acciones que se implementarán, para lograr crear una cultura educativa preventiva frente a las ETS-VIH/SIDA en los adolescentes de las unidades educativas. (Ver anexo)

TABLA 1. INSTITUCIONES PARTICIPAN ACTIVAMENTE EN EL DESARROLLO DEL PROYECTO

INSTITUCIONES PARTICIPANTES EN LA SOCIALIZACIÓN DEL PROYECTO			
INSTITUCIONES	INVITADOS	ASISTENTES	PORCENTAJE
Área de Salud No 5	2	2	100%
Unidades Educativas	18	17	99%
Directiva de padres de familia	16	17	100%
TOTAL	36	36	100

Fuente: Listado de asistencia

Elaborado por: Paola Sarango Cueva



RESULTADO DOS

2. Instituciones educativas y de salud coordinan acciones de prevención frente a la ETS/VIH-SIDA.

Para dar cumplimiento a este resultado de coordinación interinstitucional se realizaron las siguientes actividades:

2.1 Reunión de la Unidad de Conducción Hospitalaria (UCA), con el departamento de Bienestar Estudiantil (DOBE), Comité de Salud.

2.2 Definición de compromisos y responsabilidades de cada institución y comunidad educativa.

2.3 Elaboración y programación del cronograma de trabajo

2.4 Elaboración del acta de compromiso para la continuación del programa del VIH/SIDA-ETS.

Se convoca a reunión a las autoridades de la Unidad de Conducción Hospitalaria, a las autoridades educativas o delegados de las instituciones involucradas, así como a los representantes del comité de padres de familia, y comisión de salud estudiantil, la cual se realiza el día 7 de Junio a las 15:00, con el propósito primordial de agradecer la colaboración proporcionada para el desarrollo de las actividades que implicó el proyecto; y, a su vez establecer compromisos frente a la problemática abordada a lo largo del desarrollo de las acciones en cada una de las instituciones educativas, a fin dar continuidad y seguimiento a los propósitos del mismo; dicha reunión se realizó en el salón de reuniones del Hospital José Miguel Rosillo, de la ciudad de Cariamanga.

Como tema central de la reunión, se establece el impacto que tiene el conocimiento del VIH/SIDA-ETS al ser adquirido por los seres humanos; lo cual predispone al adolescente para que siempre disponga de las herramientas necesarias de prevención, o, se creen los medios adecuados para la supervivencia.

Este conocimiento del VIH/SIDA-ETS se basa en cifras reales de lo que está sucediendo en la población adolescente de la ciudad de Cariamanga, y, se imparte al alumnado como la afección más importante que hoy por hoy está cobrando muchas víctimas y vidas humanas inocentes.

Entonces se hará una verdadera conciencia, y, se crearán los mecanismos más adecuados para que las estadísticas a nivel local, provincial, nacional y porque no mundiales disminuyan notablemente.

También se manifiesta, que éstos datos han logrado concienciar en el cuerpo docente, lo importante que es: prevenir esta patología, y, que se convierta en una materia que llene todas las expectativas del alumnado, y para que ellos sean los principales protagonistas al momento de proteger su vida.

Luego de haber despertado el interés y el compromiso de los asistentes, con los argumentos señalados anteriormente, se concretan las responsabilidades entre los responsables del Área de Salud No 5 y los delegados de cada una de las instituciones educativas involucradas; en donde se especifican las actividades que cada institución

debe desarrollar, conforme a lo establecido en el cronograma de actividades. (Ver anexo)

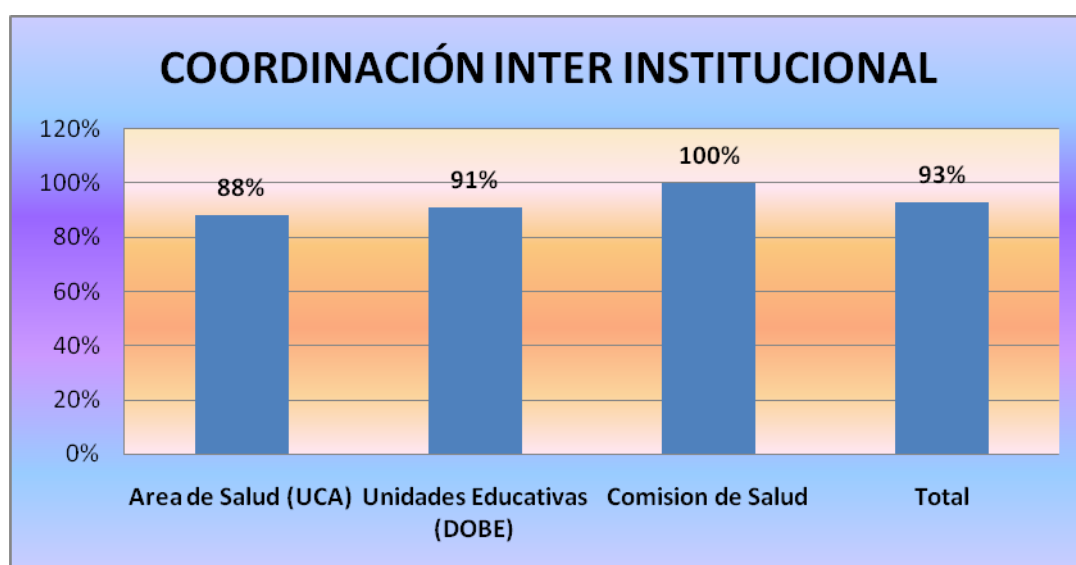
Para formalizar el compromiso de cumplimiento de cada una de las actividades planificadas, se firma un acta entre los directivos y el Comité de Salud, donde se ratifican en la continuación del proyecto VIH_SIDA-ETS.

INDICADOR ALCANZADO

Al realizar un análisis del nivel de coordinación interinstitucional que fortalece las acciones de salud integral frente del VIH/SIDA, entre el Área de Salud N° 5 Cariamanga y los colegios participantes podemos observar que se logró una participación total (100%).

TABLA 2. COORDINACIÓN INTER INSTITUCIONAL

INSTITUCIONES	IINVITADOS	ASISTENTES	PORCENTAJE
Área de Salud (UCA)	8		88%
Unidades Educativas (DOBE)	22	20	91%
Comisión de Salud	5	5	100%
Total	35	31	93%



FUENTE: Resultado de instituciones participantes

ELABORADO: Paola Sarango Cueva

RESULTADO TRES

3. Plan de Información, Educación y Comunicación institucionalizado genera verdaderas actitudes de prevención frente al VIH SIDA en los adolescentes.

Para el logro de este resultado se realizó lo siguiente:

3.1 Reunión con integrantes del Comité de Salud, para elaborar el Plan de Información, Educación, Comunicación.

3.2 Determinación de los contenidos del Plan de Información, Educación, Comunicación

3.3 Elaboración y difusión de trípticos sobre prevención de las ETS/VIH-SIDA.

3.4 Desarrollo del concurso de periódicos murales entre las instituciones educativas participantes.

3.5 Elaboración del Rota folio, referente a la prevención de las ETS/VIH-SIDA.

3.6 Ejecución de tres Talleres sobre ETS/VIH-SIDA, dirigido a padres de familia y estudiantes

3.7 Institucionalización del: Plan de Información, Educación, Comunicación que promueva actitudes de prevención frente al VIH-SIDA.

3.8 Difusión del Plan Información, Educación, Comunicación por medios radiales y televisivos.

Las comisiones representantes de cada una de las unidades educativas en forma directa, a fin de establecer directrices que viabilicen el cumplimiento de los compromisos adquiridos, acerca de la información, educación y comunicación institucionalizada para la continuación del desarrollo del proyecto.

La misma que se realizó el día viernes 14 de junio del 2010, a las 14:00 en el auditorio del Hospital “José Miguel Rosillo” cuya actividad estuvo coordinada por el Epidemiólogo del Área de Salud No 5, los representantes de cada institución involucrada y mi persona, en calidad de maestrante de salud.

En la reunión, se acordó elaborar el plan de información, educación y comunicación, el mismo que servirá para determinar los contenidos que van a ser impartidos por parte del personal de salud, en los talleres de capacitación sobre las ETS-VIH/SIDA, dirigidos a los adolescentes y padres de familia del primero, segundo y tercer año de bachillerato de las instituciones educativas participantes; en las fechas planificadas. (Ver anexo).

Este mismo día, se inicia la reunión para determinar los contenidos que se desarrollarán en los talleres de capacitación, y luego de algunas deliberaciones se acordó desarrollar el siguiente programa:

PROGRAMA

DIRIGIDO: A estudiantes, padres de familia de primero, segundo, tercer año de bachillerato de las instituciones educativas “Mariano Samaniego”, “Eloy Alfaro”, y, “Maria Auxiliadora” en las fechas programadas para el efecto.

Lugar: Auditorio de las instituciones educativas mencionadas.

FECHA: Julio 2010.

TEMA	RESPONSABLES	PARTICIPANTES
ETS-VIH/SIDA Factores de riesgo, causas y consecuencias.	Dr. Manuel Pacheco.	90% del alumnado, 90 % de padres de familia.
Medidas preventivas y autocuidado.	Dr. Roberth Guarnizo.	90% del alumnado, 90 % de padres de familia.
Comunicación familiar y autoestima.	Dra. Paola Sarango	90% del alumnado, 90 % de padres de familia.

La temática será impartida en el mes de julio del 2 010; los días 8 y 9 en la Unidad Educativa “Eloy Alfaro”; los días 12 y 13 de julio en el Instituto Superior “Mariano Samaniego”; y, los días 15 y 16 de julio, en la Unidad Educativa “María Auxiliadora”.

Considero importante, realizar encuestas previa y posterior, lo que permitirá conocer el grado de conocimientos asimilados.

Para concretar el plan de información, educación y comunicación en las instituciones educativas, se coordinó entre el personal del Área de Salud No 5, mi persona en calidad de Maestrante y los adolescentes del primero, segundo y tercer año de bachillerato, para que los días 15, 18 y 22 de junio, respectivamente, en las tres instituciones educativas, se recopile material para la elaboración de los triptícos, con información relacionada a ETS-VIH/SIDA, los mismos que serán difundidos dentro de las instituciones el mismo que quedo estructurado de la siguiente manera. (Ver anexo)

Además, para implementar un sistema efectivo de información a la comunidad educativa acerca del tema, se promovieron concursos interinstitucionales de Periódicos Murales, actividad que se realizó el 25 de junio del presente año, en donde se evidenció el entusiasmo, la creatividad y el alto sentido de responsabilidad de los adolescentes por informarse.





Seguidamente, se elabora el Rotafolio, con temas referentes a enfermedades de transmisión sexual, los mismos que se expusieron en el parque central de la ciudad de Cariamanga con gran acogida de la población de la ciudad de Cariamanga.



EXPOSICIÓN DE PERIÓDICOS MURALES

La ejecución de los talleres de capacitación se cumplió en las fechas establecidas en el cronograma, y se desarrollaron con normalidad, cumpliendo con las expectativas de los asistentes.





DESARROLLO DE LOS TALLERES

EVALUACIÓN DE LOS TALLERES

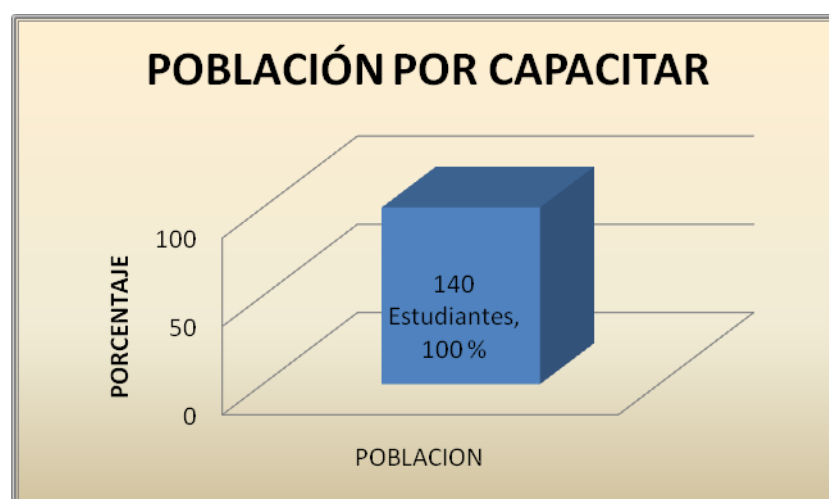
De igual manera, el día 9, 13, 16 de julio se procede a evaluar a los estudiantes capacitados sobre los temas impartidos en los talleres, y con inmensa alegría comprobé que un gran porcentaje de estudiantes (91%), tenían buena información en temas de ETS-VIH/SIDA. También demostraban interés de compartir valores éticos y morales entre amigos y familiares.

Para lo cual se establecen cuadros y tablas comparativas que permiten establecer el análisis de las capacitaciones realizadas. (Ver anexo)

TABLAS Y GRÁFICAS 3. ENCUESTAS APLICADAS ANTES Y DESPUÉS DE LOS TALLERES

Población total de estudiantes del primero, segundo y tercer año de bachillerato de las instituciones educativas que fueron capacitados en los talleres son 140 estudiantes.

EDAD	SEXO		TOTAL DE ALUMNOS	%
	F	M		
14-15	25	22	45	32%
16-18	26	22	48	34%
19-20	27	20	47	34%
TOTAL	78	62	140	100%



ELABORADO: Paola Sarango C.
FUENTE: Archivo de lista de alumnos

Población de adolescentes según el sexo de los estudiantes del primer,segundo, y tercer año de bachillerato de los colegios que se capacitaron y que no asistieron por diversas causas fueron:

ALUMNOS	SEXO		POBLACIÓN	%
	F	M		
CAPACITADOS	70	57	127	90,7
NO CAPACITADOS	8	5	13	9,3
TOTAL	78	62	140	100,0



ELABORADO: Paola Sarango C.

FUENTE: Archivo de lista de alumnos

La información obtenida demuestra, que los adolescentes en un 91 %, asumen con responsabilidad su rol social y sexual y se educan en normas para su salud con valores éticos y sociales.

De los 140 alumnos del primer, segundo y tercer año de bachillerato de las instituciones educativas involucradas, se puede determinar que, el 91% de los estudiantes lograron capacitarse de acuerdo a lo planificado.

De la información obtenida, se concluye que los adolescentes del primero, segundo y tercer año de bachillerato están capacitados, para asumir con responsabilidad su rol sexual basado en valores éticos y sociales, frente a sí mismos, a su familia y al entorno social.

TABLA 5. Cuantificación de las respuestas de 140 encuestas aplicadas de acuerdo al temario establecido, ANTES del desarrollo de los talleres en las instituciones educativas de las ciudad de Cariamanga.

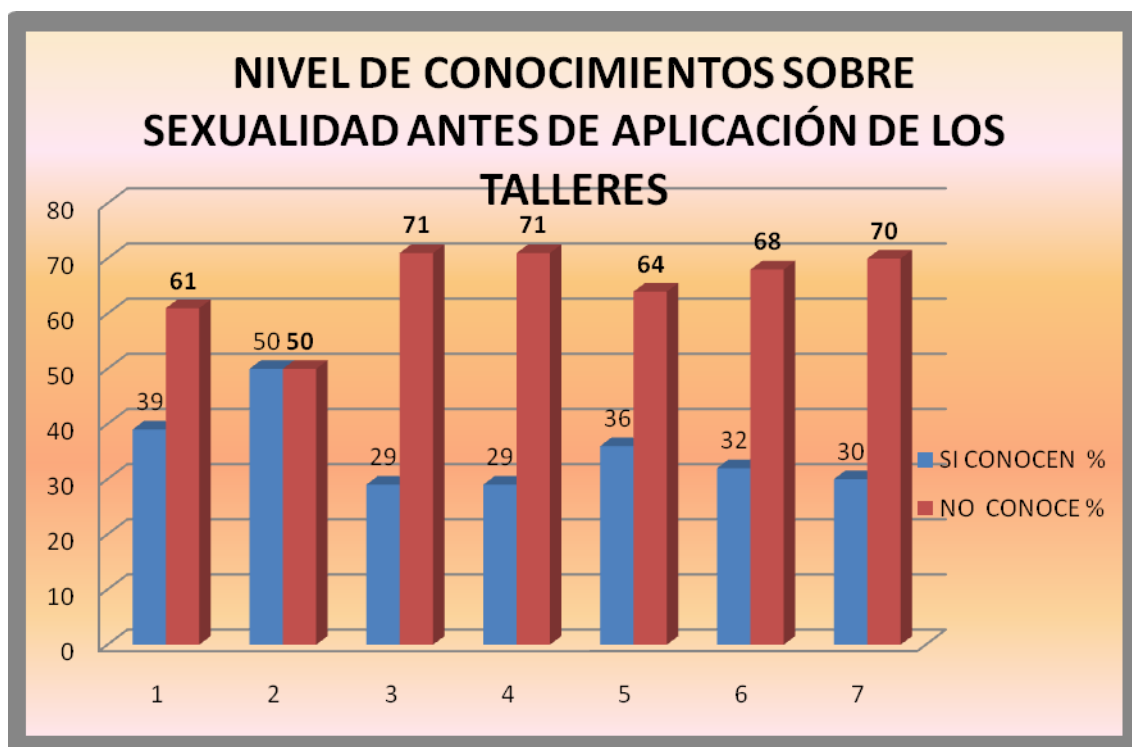
PREGUNTAS	SI		NO	
	F	%	f	%
1. ¿Qué es la sexualidad?	55	39%	85	61%
2. Cree ud. que los valores humanos, religiosos y morales influyen en su sexualidad.	70	50%	70	50%
3. ¿Qué es el Virus de Inmunodeficiencia Humano?	40	29%	100	71%
4. ¿Cómo se transmite el VIH?	40	29%	100	71%
5. ¿Qué es el SIDA?	50	36%	90	64%
6. El VIH-SIDA es una enfermedad mortal	45	32%	95	68%
7. ¿Cuál cree que son las medidas para prevenir el contagio de VIH-SIDA?	42	30%	98	70%

ELABORADO: Paola Sarango C.

FUENTE: Encuestas aplicadas a estudiantes.

Cuadro de porcentaje en relación a las preguntas y respuestas de las encuestas realizadas, ANTES de los talleres.

N° Preguntas	SI %	NO %
1	39%	61%
2	50%	50%
3	29%	71%
4	29%	71%
5	36%	64%
6	32%	68%
7	30%	70%



ELABORADO: Paola Sarango C.

FUENTE: Procesamiento de encuestas aplicadas a estudiantes.

En este grafico, podemos interpretar que un 90% no conocen las medidas de prevención y en un 71 y 64 %, no conocen que es VIH/SIDA respectivamente, y los demás porcentajes van en orden descendente, este análisis nos insta a ejecutar los talleres con mayor interés, con el fin de que los jóvenes cambien su actitud de desconocimiento, por una cultura de fortalecimiento en conocimientos de valores y medidas de prevención a estas enfermedades infectocontagiosas.

TABLA 6. Cuantificación de las respuestas de las 127 encuestas aplicadas, DESPUÉS del desarrollo de los talleres en las instituciones educativas de la ciudad de Cariamanga.

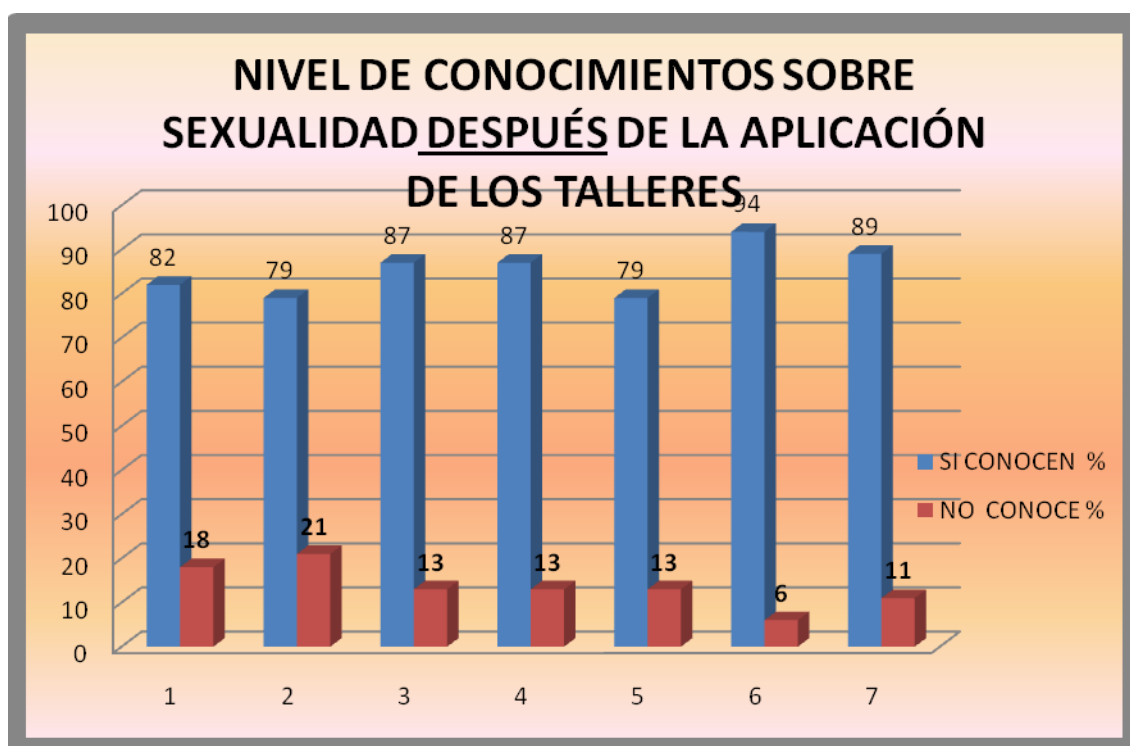
PREGUNTAS	SI		NO	
	F	%	f	%
1. ¿Qué es la sexualidad?	104	82	23	18
2. ¿Cree Ud. que los valores humanos, religiosos y morales influyen en su sexualidad?	100	79	27	21
3. ¿Qué es el Virus de Inmunodeficiencia Humano?	110	87	17	13
4. ¿Cómo se transmite el VIH?	110	87	17	13
5. ¿Qué es el SIDA?	100	79	17	13
6. ¿El VIH-SIDA es una enfermedad mortal?	120	94	7	6
7. ¿Cuál cree que son las medidas para prevenir el contagio de VIH-SIDA?	113	89	14	11

ELABORADO: Paola Sarango C.

FUENTE: Encuestas aplicadas después a estudiantes.

Cuadro de preguntas y porcentajes de acuerdo a la respuestas, DESPUÉS de los talleres.

N° Preguntas	SI %	NO %
1	82	18
2	79	21
3	87	13
4	87	13
5	79	13
6	94	6
7	89	11



ELABORADO: Paola Sarango C.

FUENTE: Encuestas aplicadas después a estudiantes.

Como puede evidenciarse en el gráfico, luego de impartir los talleres de capacitación sobre enfermedades de transmisión sexual, se determina que un alto porcentaje, que fluctúa entre el 82%, 87%, y 94% han mejorado considerablemente sus conocimientos, sobre las medidas de prevención, demostrando que a través de la educación se fomenta una cultura de vida y salud basada en valores.

TALLERES DE SENSIBILIZACIÓN DIRIGIDO A PADRES DE FAMILIA.

La ejecución del programa de sensibilización, se la efectuó mediante talleres de motivación sobre valores humanos y la importancia de la comunicación, capacitación sobre conocimientos del VIH/SIDA y sus medidas de prevención; actividades que fueron acogidas muy positivamente por los padres de familia, logrando su participación efectiva y creando un ambiente de confianza y compromisos con los adolescentes.

La capacitación se realiza a través de la convocatoria a reunión mensual realizada a los padres de familia por parte de las autoridades del plantel, se lo hace mediante técnicas expositivas y participativa en una sola sesión, posteriormente se procede a contestar inquietudes.

Se hace efectiva la entrega de material educativo e informativo trípticos elaborados.

TEMA	FECHA	RESPONSABLE
Conceptualización del VIH_SIDA y medidas preventivas.	14 Julio 2010	Dra. Paola Sarango, Dr. Manuel Pacheco.
Talleres de motivación sobre derechos humanos.	14 de Julio 2010	Dra. Paola Sarango, Dr. Manuel Pacheco.

De los resultados obtenidos, los adolescentes y padres de familia que asumen con responsabilidad su rol sexual podemos determinar que del 90% del indicador propuesto se logra alcanzar, la meta que era del 90%, los adolescentes y padres de familia denostaron interés y deseo de capacitarse para generar actitudes y aptitudes de cambio en la familia y sociedades, un 10 % de los adolescentes se pudo determinar que no fueron capacitados.

Para lograr la “Institucionalización del Plan de Información, Educación y Comunicación, que promueva actitudes de prevención, frente al VIH/SIDA” en las instituciones educativas, donde realicé mi proyecto; he realizado las siguientes actividades:

- Reunión con directivos, personal del DOBE, representantes de estudiantiles y padres de familia, así como también, con representantes del Área de Salud No 5 Cariamanga, el día 8 de julio del presente año en la Unidad Educativa “Eloy Alfaro”; el día 9 de julio en el Instituto Superior “Mariano Samaniego”; y, el 10 de julio, en la Unidad Educativa “María Auxiliadora”. Con la finalidad de presentar la propuesta de institucionalización del proyecto, el mismo que tuvo aceptación en cada uno de los establecimientos educativos.

- Se firma un acta de aceptación, con el firme compromiso de plasmar en realidad lo antes mencionado, a partir del año lectivo 2 011 – 2 012. Puntualizando, que se hará constar en el Proyecto Educativo Institucional (P.E.I.), a fin de que se hagan los correctivos y ajustes necesarios en la malla curricular del primero, segundo y tercer año de bachillerato. Para lo cual, se encarga al Vicerrector de cada establecimiento educativo, organizar y disponer en el calendario académico la programación de encuentros interinstitucionales sobre Educación Sexual.
- El área de salud apoyará el cumplimiento de este compromiso, la evaluación y monitoreo de los avances de actividades estarán a cargo de los directores de los departamentos estudiantiles.
- El seguimiento monitoreo y evaluación continua del proyecto, será responsabilidad de todas las instituciones participantes

Para concluir la consecución de este resultado como actividad adicional se realizó, la difusión del proyecto en los medios de comunicación locales del cantón Calvas.

Como maestrante, junto con la orientación del epidemiólogo del Área de Salud Nº 5, se solicitó espacios en radios como en la televisión local, con la finalidad de dar a conocer el proyecto planificado; el cual se desarrolló en cada una de las unidades educativas; ésto a fin de captar el interés comunitario.

La difusión, se centró en una breve síntesis del proyecto enfocando los puntos como son: la SEXUALIDAD SALUDABLE, ETS, VIH/SIDA-ETS.



DIFUSION EN MEDIOS RADIALES

INDICADOR ALCANZADO

- De los resultados obtenidos en la educación de los adolescentes de las unidades educativas del Área de Salud N° 5 Cariamanga ,sobre conocimientos del VIH/SIDA y hábitos de salud sexual, para generar cambios de actitud y comportamiento se logró un alto porcentaje del 91%.

	INDICADOR PROPUESTO	INDICADOR ALCANZADO
Porcentaje de estudiantes capacitados.	70%	91%

Elaborado: Dra. Paola Sarango C.

TABLA 7. PARTICIPANTES DE LAS UNIDADES EDUCATIVAS DEL ÁREA DE SALUD N° 5 CARIAMANGA

UNIDADES EDUCATIVAS	TOTAL DE ADOLESCENTES CAPACITAR A		TOTAL DE ADOLESCENTES CAPACITADOS	
	F	%	F	%
"Eloy Alfaro"	45	100%	42	93%
"Mariano Samaniego"	60	100%	57	94%
"Maria Auxiliadora"	36	100%	28	88%
TOTAL	140	100%	127	91%

De los resultados obtenidos, se evidencia que los adolescentes que asumen con responsabilidad su rol sexual son un 91% , debido que los adolescentes denostraron interés y deseo de capacitarse, por ser jóvenes con actitudes y aptitudes de cambio en la famiia y la sociedad; mientras que el 9% restante, se determina que corresponden a los estudiantes no capacitados.

- La institucionalización del Plan de Información, Educación, Comunicación en cada una de las unidades educativas.

	INDICADOR PROPUESTO	INDICADOR ALCANZADO
Porcentaje de institucionalización del plan	100%	100%

Elaborado: Dra. Paola Sarango C.

TABLA 8. INSTITUCIONALIZACIÓN DEL PLAN EN LAS UNIDADES EDUCATIVAS DEL ÁREA DE SALUD N° 5 CARIAMANGA

UNIDADES EDUCATIVAS	INSTITUCIONALIZACIÓN DEL PLAN DE INFORMACIÓN, EDUCACIÓN, COMUNICACION	
	F	%
"Eloy Alfaro"	1	100%
"Mariano Samaniego"	1	100%
"María Auxiliadora"	1	100%
Total	3	100%

Se puede demostrar, con respecto a la Institucionalización del Plan de Información, Educación y Comunicación, propuesto por mi persona en calidad Maestrante; que fue aceptado en el 100% por los directivos, e integrantes de las diferentes instituciones educativas participantes.

RESULTADO CUATRO

4. Comisiones de salud estudiantiles, conformadas e integradas por los dirigentes de los diversos gobiernos estudiantiles; para trabajar por la prevención de las ETS/VIH-SIDA.

Para el desarrollo de este resultado se realizaron las siguientes actividades:

4.1 Colaboración de los líderes estudiantiles que conforman los gobiernos estudiantiles para integrar las comisiones de salud en cada una de las instituciones involucradas.

4.2 Organización de los líderes en las comisiones de salud en cada una de las instituciones educativas.

4.3 Integración de las comisiones de salud a los gobiernos estudiantiles en cada una de las instituciones educativas involucradas.

4.4 Elaboración de plan de trabajo de actividades de las comisiones de salud.

Uno de los objetivos fundamentales de la realización de este proyecto, es la propuesta de conformar comisiones de salud con la ayuda y participación de los gobiernos estudiantiles de cada una de las instituciones educativas participantes, lo cual fue del interés de las autoridades de los planteles involucrados, y de los padres de familia.

Para cuyo efecto posterior al desarrollo de los talleres en las fechas respectivas, en cada institución educativa, se procedió a la selección de estudiantes apoyados por sus dirigentes para poder integrar las comisiones de salud actividad en la que participó el ejecutor del proyecto, equipo de salud, y autoridades del plantel.

Una vez clasificados y seleccionados, pasamos a la conformación de las comisiones de salud y elección de los representantes integrados por:

UNIDAD EDUCATIVA “ELOY ALFARO”

PRESIDENTE: Carlos Castillo, estudiante del tercer año de bachillerato.

VICEPRESIDENTE: Andrés Sarango, estudiante del segundo año de bachillerato.

SECRETARIO: María Carrión, estudiante del primer año de bachillerato.

VOCALES: Esteban Cueva, Pablo Jumbo estudiantes del 3 año de bachillerato.



INSTITUTO SUPERIOR “MARIANO SAMANIEGO”

PRESIDENTE: Juan Romero, estudiante del segundo año de bachillerato.

VICEPRESIDENTE: Tatiana Cueva, estudiante del segundo año de bachillerato.

SECRETARIO: Gloria Luzón, estudiante del primer año de bachillerato.

VOCALES: María Ruíz, Paola Andrade, estudiantes del segundo y tercer año de bachillerato respectivamente.



UNIDAD EDUCATIVA “MARIA AUXILIADORA”

PRESIDENTE: Glenda Sarango, estudiante del segundo año de bachillerato.

VICEPRESIDENTE: Sofía Soto, estudiante del segundo año de bachillerato.

SECRETARIO: José Torres, estudiante del p, estudiantes del tercer y primer año de bachillerato respectivamente.

Se convocó a las comisiones de salud institucional, para organizar una comisión de salud global, que integré a todas las instituciones educativas, a fin de orientar y liderar acciones preventivas en pro de mejorar su estado de salud; la cual se realiza el día viernes 23 de julio del 2010 a las 15:00, en el salón auditorio del Hospital “José Miguel Rosillo”, en la que eligen como representantes a:

PRESIDENTE: Carlos Castillo, estudiante del tercer año de bachillerato Unidad Educativa “Eloy Alfaro”

VICEPRESIDENTE: Sofía Soto, estudiante del segundo año de bachillerato de la Unidad Educativa “María Auxiliadora”..

SECRETARIO: Juan Romero, estudiante del segundo año del Instituto Superior “Mariano Samaniego”.

VOCAL: Marco Satín, Pablo Escudero, estudiantes del tercer y primer año de bachillerato del Instituto Superior “Mariano Samaniego”.



Se plantean, como actividades de inicio elaborar un cronograma de actividades, las cuales serán coordinadas por el equipo de salud, autoridades educativas. (Ver anexo)

La agrupación consideró, que las actividades se fundamentarán en charlas y talleres educativos; con la participación de compañeros de aula, del propio colegio. Así como, con estudiantes de otros establecimientos educativos del sector, apoyados y coordinados por el equipo de salud.



TABLA 9. COMISIONES DE SALUD EDUCATIVAS CONFORMADAS E INTEGRADAS.

UNIDADES EDUCATIVAS	COMISIÓN INTEGRADA		
	SI	NO	%
"Eloy Alfaro"	1		100
"Mariano Samaniego"	1		100
"María Auxiliadora"	1		100
TOTAL	3		100%



ANÁLISIS DEL PROPOSITO

Plan de Información, Educación, Comunicación implementado, fomentando una cultura de conocimientos, actitudes y prácticas preventivas frente a las ETS/VIH-SIDA a finales del 2010.

INDICADOR

80% de los adolescentes participantes conocen y mantienen una cultura preventiva de prevención frente al VIH/SIDA-ETS.

Por lo cual respecto a los resultados, se determina que los indicadores planteados obtenidos son:

RESULTADO UNO

1. Comunidades educativas integradas, con criterios unificados, aunando esfuerzos para trabajar en la prevención de ETS/VIH-SIDA.

Del instrumento aplicado, se determina que el 100%, de los integrantes de las instituciones educativas involucradas, participan en actividades de prevención, contra las enfermedades de transmisión sexual.

INSTITUCIONES PARTICIPANTES EN LA SOCIALIZACIÓN DEL PROYECTO			
INSTITUCIONES	INVITADOS	ASISTENTES	PORCENTAJE
Área de Salud No 5	2	2	100%
Unidades Educativas	18	17	99%
Directiva de padres de familia	16	17	100%
TOTAL	36	36	100

RESULTADO DOS:

2. Instituciones educativas y de salud, coordinan acciones de prevención frente a la ETS/VIH-SIDA.

Cada una de las comunidades educativas conjuntamente con el Área de Salud N° 5 de Cariamanga, emprendieron en acciones que permitan crear en los adolescentes actitudes y prácticas preventivas; por lo cual, de los resultados obtenidos se advierte que mayoritariamente 93% de los involucrados, manifiestan que sí, existe coordinación interinstitucional.

INSTITUCIONES	INVITADOS	ASISTENTES	PORCENTAJE
Área de Salud (UCA)	8		88%
Unidades Educativas (DOBE)	22	20	91%
Comisión de Salud	5	5	100%
Total	35	31	93%

RESULTADO TRES

- Plan de Información, Educación y Comunicación institucionalizado, genera verdaderas actitudes de prevención frente al VIH SIDA en los adolescentes.

Los adolescentes y padres de familia de las instituciones educativas involucradas en el desarrollo del proyecto que fueron capacitados representan el 91%, superior al indicador propuesto que fue el 70%.

	INDICADOR PROPUESTO	INDICADOR ALCANZADO
Porcentaje de estudiantes y padres de familia capacitados.	70%	91%

TABLA DE PARTICIPANTES DE LAS UNIDADES EDUCATIVAS DEL ÁREA DE SALUD N° 5 CARIAMANGA

UNIDADES EDUCATIVAS	TOTAL DE ADOLESCENTES A CAPACITAR		TOTAL DE ADOLESCENTES CAPACITADOS	
	F	%	F	%
"Eloy Alfaro"	45	100%	42	93%
"Mariano Samaniego"	60	100%	57	94%
"María Auxiliadora"	36	100%	28	88%
TOTAL	140	100%	127	91%

Respecto a la institucionalización de la propuesta del Plan de Información, Educación y Comunicación, se logró el compromiso de incorporarla al Plan Educativo Institucional (P.E.I.) del año 2011 en un 100%

TABLA DE INSTITUCIONALIZACIÓN DEL PLAN EN LAS UNIDADES EDUCATIVAS DEL ÁREA DE SALUD N° 5 CARIAMANGA

UNIDADES EDUCATIVAS	INSTITUCIONALIZACIÓN DEL PLAN DE INFORMACIÓN, EDUCACIÓN, COMUNICACION	
	F	%
"Eloy Alfaro"	1	100%
"Mariano Samaniego"	1	100%
"María Auxiliadora"	1	100%
TOTAL	3	100%

RESULTADO CUATRO

4. Comisiones de salud estudiantil conformadas, integrada por los gobiernos estudiantiles, para trabajar por la prevención de las ETS-VIH/SIDA.

UNIDADES EDUCATIVAS	COMISION INTEGRADA		
	SI	NO	%
"Eloy Alfaro"	1		100
"Mariano Samaniego"	1		100
"María Auxiliadora"	1		100
TOTAL	3		100%

De los resultados obtenidos en los indicadores alcanzados, se puede concluir que la implementación del Plan de Información, Educación, Comunicación ha promovido en los integrantes de las comunidades educativas una cultura de conocimientos, actitudes y prácticas preventivas frente a las ETS/VIH-SIDA 97%.

10. CONCLUSIONES

CONCLUSIONES

- ✓ El 91% de los adolescentes desarrollan una cultura preventiva frente a las ETS-VIH/SIDA, cumpliendo con el **PROPÓSITO** que fue: “desarrollar una cultura de prevención en las instituciones educativas de cobertura del área de salud N° 5 Cariamanga”, dicho compromiso es asumido por las autoridades de los establecimientos antes mencionados; manifestando que las charlas educativas serán extendidas a todos los adolescentes de las instituciones educativas, para concienciar sobre la importancia de la prevención.
- ✓ El 97 % de los/las participantes del proyecto se educaron en prevención de las ETS/VIH-SIDA en el año 2010, cumpliendo con el **PROPÓSITO** de educar a los adolescentes de las unidades educativas del área de salud N° 5 Cariamanga sobre medidas preventivas y hábitos de salud sexual, generando cambios de actitud y comportamiento en su vida sexual.
- ✓ El 100% de las instituciones participantes trabajaron en el desarrollo del proyecto en el año 2010, y se comprometieron a participar activamente en la educación y prevención de las ETS/VIH-SIDA.
- ✓ El 100% del Plan de Información, Educación, Comunicación implementado e institucionalizado, genera cambios de actitud frente a las ETS/VIH-SIDA, cumpliendo con el objetivo del proyecto.
- ✓ El 100% de los adolescentes se encuentran organizados dentro de los comités de salud, y participan activamente a través de sus líderes, con el apoyo de los equipos de salud, en las diferentes actividades que las entidades educativas programan.
- ✓ Existe 93% de coordinación interinstitucional entre directivos e integrantes de las comunidades educativas, a fin de fortalecer y coordinar acciones de prevención frente al ETS/VIH-SIDA, cumpliendo con el resultado esperado que es el de fortalecer acciones de salud integral en las comunidades educativas.

11. RECOMENDACIONES

RECOMENDACIONES

- ✓ Actualizar anualmente los programas educativos de salud utilizados, con temas de interés para la juventud, especialmente en los que se relacionen con las conductas sociales de la época.
- ✓ Que el Área de salud N° 5 Cariamanga, mantenga una coordinación permanente con los establecimientos educativos, y con otras unidades de salud, para aunar esfuerzos con ONGS. Y así, poder actualizar periódicamente los contenidos de los diferentes grupos participantes en este proyecto.
- ✓ Que las autoridades educativas incorporen al programa de Educación Sexual, la temática del VIH/SIDA-ETS, sus formas de prevención, basados en conocimientos y estadísticas reales lo que contribuirá a que el adolescente sea menos vulnerable.
- ✓ Que en los establecimientos educativos que cuentan con un departamento de bienestar estudiantil, se fomente el apoyo psicológico a los adolescentes, para prevenir problemas posteriores.
- ✓ Mantener una motivación permanente tanto del equipo de salud, docentes, padres de familia y estudiantes, para que participen con entusiasmo y responsabilidad, brindando apoyo a adolescentes que requieren información.
- ✓ La información es básica y el conocimiento esencial. No puede haber progreso en el sitio de trabajo, a menos que los individuos se valoren por sí mismos y se sientan valorados por los demás, éste es el cimiento de toda realización humana, por ello las autoridades de las instituciones involucradas. coordinadores y líderes estudiantiles, deben gestionar para que dichos programas se amplíen a las instituciones mismas y otras instituciones educativas.

12. BIBLIOGRAFÍA

BIBLIOGRAFÍA

1. Asociación de lucha contra el sida, (2008), Boletín Vía Libre, Lima- Perú.
2. BERKOW R, Y COL, (2009), *El Manual de Merck*, octava edición, Barcelona España.
3. Cepar, (2007), Informe de la Provincia de Loja, Encuesta Demográfica y de Salud Materna e Infantil, Quito-Ecuador.
4. Dirección general de epidemiología, *Registro Nacional de casos SIDA, Secretaría de salud*, Quito-Ecuador.
5. Dirección general de promoción y prevención, (2008), *Manejo de las Enfermedades de Transmisión Sexual*, Santa Fe de Bogotá.
6. Diccionario enciclopédico ilustrado, (2006), Grupo Editorial Océano, Barcelona-España.
7. Guías para Atención de PVVIH, (2004), Ecuador
8. *Guías para la atención de pacientes con infección por VIH en consulta externa y hospitales* (2007), México
9. *Guía de prevención, diagnóstico y tratamiento de enfermedades infecciosas, Hospital Italiano de Buenos Aires*, (2007), Argentina.
10. Hospital Nacional de Maternidad (2005), *Boleta para reportar estudios de seroprevalencia del VIH*, El Salvador.
11. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (2009), *Mortalidad año 2001*,
12. *Los Niños y El Sida* (2005), Boletín Internacional sobre Prevención y Atención del Sida, Acción en SIDA, N° 17.
13. Ministerio de Salud Pública (2008), *Manual sobre prevención de la transmisión vertical y tratamiento de la infección por VIH en la mujer embarazada*, España.
14. Ministerio de Salud Pública, (2009), Programa Nacional del Sida, Quito-Ecuador.
15. Ministerio de Salud Pública, (2004), Guías para Atención de PVVIH, Ecuador.
16. Ministerio de Salud Pública, (2007), Dirección Nacional de Epidemiología, *Medidas de Prevención de la Transmisión del Virus del Sida en el Personal de Salud*, ediciones. Quito- Ecuador.

17. Ministerio de Salud Pública, *Normas y Procedimientos para la Atención de la Salud Reproductiva*.
18. Ministerio de Salud Pública, OPS, OMS (2008), *La Mujer y la infección por el VIH SIDA*.
19. Ministerio de Salud Pública, (2007), *Guías Nacionales de atención a la Salud Reproductiva*, Lima -Perú.
20. Ministerio de Salud Pública, (2001), *Guías para la atención a personas viviendo*
21. *VIH/SIDA*, Ecuador.
22. OMS. Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional, (1989), Series 2, Guidelines on sterilization and high level disinfection methods effective against human immunodeficiency virus (HIV), 2° edition.
23. PNS-MSP, (2001), *Manual sobre Sistema de Vigilancia Epidemiológica del VIH SIDA*, Ecuador.
24. POZO, a (1997), Boletín Informativo, "*Algo más de las Enfermedades de Transmisión Sexual*" COF N° 27 I- II.
25. Plan Estratégico del Área de Salud N°3 2008-2009. Elaborado por el personal del Área de Salud N° 3.
26. Secretaría de Salud, Dirección General de Epidemiología, *Registro Nacional de casos de SIDA*.
27. <http://www.Promedmail.Org>.
28. <http://www.ibe.unesco.org/International/Publications/Prospects/ProspectsPdf/122s/122sdc.pdf>.
29. WWW.Adolesc.org.mx/saludpublica/45s1A.pdf Salud y Desarrollo de adolescentes y Jóvenes en Latinoamérica y el Caribe: desafíos para la próxima década, Matilde Maddaleno, MD, MPH y otras.
30. WWW.Revistapolis.cl/3/motta 3 doc. Complejidad, Educación y Transdisciplinariedad.
31. WWW.paho.org/spanish/HPP/HPF/ADOL/protocol.pdf. Protocolo de Investigación para el Estudio de la Salud Sexual y Reproductiva de los adolescentes varones y hombres y jóvenes en América Latina, Rebeck Lundgren, consultora para División de Promoción y Protección de la Salud, Programa familia y población, OPS, enero 2009.

13. ANEXOS

ANEXO 1.

GRUPO FOCAL DA ESTUDIANTES DE LA UNIDADES EDUCATIVAS

Guía de grupo focal: NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE VIH-SIDA

1. ¿Qué significa para usted VIH (virus de Inmunodeficiencia humana) y SIDA (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida)?
¿Quién le ha informado sobre esto.....?
2. ¿Usted, conoce si existe diferencia entre VIH y el SIDA?
3. ¿Podrían indicarme, cómo se transmite el virus del SIDA?
4. ¿Pueden describir, cuáles son los signos y síntomas del SIDA?
5. ¿Saben si existe cura para el VIH-SIDA?

SI..... y cómo es.....
6. ¿En dónde reciben con mayor frecuencia información sobre el SIDA en el colegio, revistas, amigos, TV, otros?
7. ¿A qué edad creen ustedes que los jóvenes deberían iniciar sus relaciones sexuales?
8. ¿Podrían indicarme las medidas de protección, para prevenir ITS- VIH/SIDA que ustedes conocen?

ANEXO 2

UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA

Maestría en Gerencia Salud para el Desarrollo Local

ENCUESTA PARA ALUMNOS

OBJETIVO: Conocer cómo influyen las actitudes, hábitos de salud sexual y conocimientos previos frente al riesgo de infección del VIH/Sida mediante la investigación, para promover acciones que eduquen y prevengan a los y las adolescentes de la Unidad Educativa “.....” de la ciudad de Cariamanga.

DATOS INFORMATIVOS:

Nombre de la Unidad Educativa

Curso y paralelo al que pertenece.....

Edad.....Sexo.....

INSTRUCCIONES: Apreciado/a estudiante le solicitamos, responder estas sencillas preguntas. La información será absolutamente reservada, y su colaboración será de gran valor.

Frente a cada pregunta escriba lo que se solicita:

1. El VIH/ SIDA es una mortal enfermedad, que está afectando a gran parte de la población mundial. ¿Conoce usted el significado de cada una de sus siglas? En caso de saber, escribálas.

V=.....

I=.....

H=.....

¿Qué es el SIDA ? =.....

¿Cuál es la diferencia entre VIH Y SIDA?.....

2. Describa formas de transmisión

3. Describa formas de prevención

4. ¿Le gustaría aprender sobre esta enfermedad VIH/sida? SI..... No..... ¿Por qué?

5. ¿Qué le gustaría que le informen sobre salud sexual?

Métodos de planificación familiar ()

Enfermedades de transmisión sexual ()

6. ¿Qué aspectos de educación sexual, no conoce y cree usted que debería saber para prevenir enfermedades?

7 ¿Qué son los hábitos de salud sexual?

7.1. Hábitos que favorecen la salud sexual, señale con una X los que usted practica.

- ☐ Uso del condón.
- ☐ Tener una sola pareja sexual
- ☐ Aseo de genitales después de la relación sexual
- ☐ Tratamiento adecuado y oportuno de las enfermedades de transmisión sexual.

7.2. Hábitos que deterioran la salud sexual, subraye los que usted practica

- Promiscuidad (varias parejas sexuales)
- Frecuenta prostíbulos
- No usa condón en sus relaciones sexuales
- Abuso sexual
- Inicio temprano de las relaciones sexuales
- Enfermedades de transmisión sexual mal curadas o sin curar

8. Señale con una X su respuesta.

- ¿Ha iniciado relaciones sexuales? Si [] No []
- ¿Con quién? Novio(a) []
- Trabajadora Sexual []
- Otros []
- ¿A qué edad? Años: 12 [] 13 [] 14 [] 15 [] 16 [] 17 o más []
- ¿Ha usado el condón? Nunca []
- Una vez []
- Ocasionalmente []
- Siempre []

9. Escriba el nombre de las materias en las cuales el o la profesora ha tratado sobre el SIDA. _____

Gracias por su colaboración.

ANEXO 3

QUE ES EL SIDA

SIDA. Significa (Síndrome de Inmune Deficiencia Adquirida) Es una enfermedad contagiosa, incurable y mortal causado por el virus **VIH** (Virus de Inmune Deficiencia Humano.)

SIDA. Disminuye las defensas de nuestro cuerpo dejándolo débil, para que entre cualquier enfermedad.

Generalmente la enfermedad se desarrolla tanto en hombres como en mujeres, alrededor de 10 años después del contagio.

COMO SE CONTAGIA EL SIDA

Existe 3 vías por las que el virus del SIDA puede entrar en tu cuerpo.

1.- Por las relaciones sexuales con una persona infectada.

2.- Al recibir sangre contaminada TRANSFUSION, jeringuillas, rasuradoras, agujas que hayan sido utilizadas por una persona infectada.

3.- De madre a Hijo.: Durante el embarazo, Durante el parto y a través de la leche materna.

SINTOMAS DE LAS PERSONAS CON SIDA

- Pérdida de peso, Diarreas
- Fiebres escalofríos
- Cansancio, mareos, dolor de cabeza.
- Manchas blancas en la lengua o en la boca
- Manchas en la piel que puede ser rosadas o moradas y no desaparecen.
- Ganglios en el cuello, axilas, ingle se inflaman durante semanas.
- Tos seca, pero no está relacionada con una gripe o resfriado así como en el fumar

¿CÓMO PROTEGERSE DE LA MUERTE SILENCIOSA DEL EL VIRUS QUE CAUSA EL SIDA ?

- * Siendo fiel a la pareja.
- * Utilizando condón adecuadamente y siempre.
- * Esperando lo que más que pueda antes de tener una primera relación sexual.
- * Nunca compartir agujas, jeringuillas u otros objetos contaminados.
- * Exigir en los servicios de atención en uso de material esteril.
- * Cuando el virus entra en la persona no se puede notar en la cara, porque esta persona puede estar transmitiéndola el virus a otro.

**DILE NO AL
VIH/ SIDA
VIVE TU**



**SEXUALIDAD
BASADA EN
VALORES**

VALORES QUE DEBES CULTIVAR PARA ESCAPAR DE LA MUERTE SILENCIOSA VIH/SIDA

**"TU VIDA ES IMPORTANTE
CUIDALA TE LO MERECE"**

AMA Y RESPETA TU CUERPO.
RESPETO A LA DIGNIDAD HUMANA.
DIALOGO ,ESCUCHA , FE
DELICADEZA, DULZURA.
AUTOESTIMA, CONFIANZA
SEGURIDAD , CARIDAD
ESPERANZA , COMPRENSION
DELICADEZA. HUMILDAD
SABER COMPARTIR, SENCILLEZ.
CULTIVAR LA PERSONALIDAD
TRATAR AL OTRO COMO YO.
QUISIERA SER TRATADO

QUIEN SOY YO?

**TERMINOLOGIA QUE DEBES
CONCERNER**

QUE ES SEXUALIDAD?

Es el conjunto de características biológicas, psicológicas, y socioculturales

de la persona basadas en lo que somos como hombres y como mujeres dentro de

una sociedad como nos comportamos a partir del sexo que tenemos ,que sentimos, que pensamos de que manera actuamos .

GENERO?

Hace referencia a lo masculino y lo femenino. Se puede comprender desde lo referente social ,es decir, "DEBE SER", la construcción social para el comportamiento esperado del HOMBRE y MUJER que les hace identificarse con algunas de sus manifestaciones ,sentimientos, actitudes ,comportamiento juegos ,etc. El rol de género se estructura a partir de lo que la sociedad , cultura, clase social, grupo étnico y el nivel generacional de las personas establecen

SEXO?

Se puede hablar del Hombre y de la Mujer de las especies, portadoras de espermatozoides u óvulos. Sin embargo ,ser hombre no se circunscribe únicamente a la posibilidad de proveer un espermatozoide como tampoco el ser mujer es el ofrecer un óvulo: LO TRASCIENDEN.

ORIENTACION SEXUAL?

Se refiere al sexo hacia el cual cada persona orienta su deseo y sus afectos orientamos nuestro deseo al sexo opuesto nuestra orientación es heterosexual, si orientamos

nuestro deseo a personas del mismo sexo ,nuestra orientación es homosexual, si orientamos nuestro deseo a personas de ambos sexos nuestra orientación es bisexual.

IDENTIDAD SEXUAL

Se refiere al sexo con el que cada persona se identifica ,es decir, si me reconozco como macho o como hembra."Es la intima conciencia ,convicción y sentimiento ,unitaria y permanente, del ser de actuar como hombre o como mujer o ambivalente .Puede corresponder o no con el sexo de asignación y con el patrón cultural "

DIVERSIDAD SEXUAL

Se refiere al amplio espectro de posibilidades que el ser humano asume en la búsqueda de satisfacer su deseo ,afectividad ,erotismo y genitalidad teniendo como fin el placer o el displacer. Cada ser humano y su sexualidad somos únicos e irrepetibles pues, debe ser comprendida desde el respeto,entendiendo esto como el proceso de



ANEXO 4**CRONOGRAMA DE ACCIONES DE EJECUCIÓN DEL PROYECTO.**

Actividades	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto
Planificación actividades.	X	X				
Reunión de las comunidades educativas			X			
compromisos y responsabilidades de los participantes del proyecto			X			
Acta de compromisos y responsabilidades			X			
Conformar comisiones Institucionales.			X			
Reunión de comisiones institucionales				X		
Determinación Temática del desarrollo del Plan.				X		
Elaboración de trípticos				X		
Promover concurso de periódicos murales				X		
Elaboración de Rota folio				X		
Planificación de Talleres sobre ETS/VIH-SIDA				X		
Institucionalización del Plan de Información, Educación, Comunicación					X	
Difusión del proyecto en medios radiales y TV.			X			
Colaboración de líderes estudiantiles					X	
Organización de líderes					X	
Integración de las Comisiones de Salud					X	
Elaboración de plan de trabajo					X	
Reunión de las Comunidades Educativas, Área de Salud (Unidad de Conducción).						X

ANEXO 5**CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES DE LAS COMISIONES ESTUDIANTILES.**

Actividades	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Diciembre
Elaboración de plan de trabajo de las comisiones de salud	X				
Auto cuidado de la salud y prevención de las ITS-VIH/SIDA	X	X			
Charla Informativa de Métodos Anticonceptivos. Uso correcto del Preservativo.	X	X			
Feria de la Salud. Informativos sobre ETS-VIH/SIDA			X		
Obtener espacios radiales de difusión de temas de salud permanentes.			X		
Coordinar con Área de Salud. Charla sobre Adecuada Alimentación.			X		
Foros Institucionales sobre Maltrato en Adolescentes.				X	
Curso de Primeros Auxilios.				X	X

ANEXO 6

EPIDEMIÓLOGO DEL ÁREA DIALOGANDO CON PERSONAL DOCENTE DE LAS INSTITUCIONES EDUCATIVAS INVOLUCRADAS



ESTUDIANTES CAPACITADOS COMPARTIENDO INFORMACIÓN CON SUS COMPAÑEROS



ACTIVIDADES DE LAS COMISIONES DE SALUD



PERSONAL DEL ÁREA DE SALUD N° 5 CARIAMANGA





TALLERES A ADOLESCENTES DE LAS INSTITUCIONES EDUCATIVAS











**FERIA DE SALUD DE PROMOCIÓN DE SERVICIOS QUE OFERTA EL ÁREA DE
SALUD N° 5 CARIAMANGA**



**CAPACITACIÓN A PADRES DE FAMILIA DE LAS INSTITUCIONES EDUCATIVAS
INVOLUCRADAS EN EL PROYECTO DE ACCIÓN**

