



UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA
ESCUELA DE MEDICINA
MAESTRIA EN GERENCIA INTEGRAL DE SALUD
PARA EL DESARROLLO LOCAL

Implementación de un Programa de Capacitación sobre Salud Sexual y
Reproductiva dirigido a estudiantes de los Colegios Diurnos y Padres de
Familia del Cantón Rocafuerte

TESIS PREVIA A LA OBTENCION DEL TITULO DE MAGISTER EN
GERENCIA INTEGRAL DE SALUD PARA EL DESARROLLO LOCAL

AUTORES:

DR. JORGE AGUIAR LUCIO
DR. SEGUNDO GARCIA MIENTES

DIRECTORA:

MG MARIA LUISA POMBAR ZEA
BAHIA - MANABI - ECUADOR

2006

CERTIFICACIÓN

Mg Maria Luisa Pombar Zea
Directora de Tesis

Certifica:

Que el presente trabajo titulado “Implementación de un Programa de Capacitación sobre Salud Sexual y Reproductiva dirigido a estudiantes de los Colegios Diurnos y Padres de Familia del Cantón Rocafuerte ” después de reunir los requisitos estipulados en el Reglamento de Grados y Títulos de la Escuela de Medicina de la Universidad Técnica Particular de Loja, autoriza su presentación ante el Tribunal respectivo.

Bahía De Caráquez, Agosto del 2006

Mg Maria Luisa Pombar Zea
Directora de Tesis

AUTORÍA

Los criterios, opiniones, afirmaciones, interpretaciones, conclusiones, recomendaciones vertidas en el presente trabajo de tesis son de propiedad y exclusiva responsabilidad de sus autores

Bahía de Caráquez, Agosto del 2006

DR. JORGE AGUIAR LUCIO

DR. SEGUNDO GARCIA MIENTES

DEDICATORIA

El presente trabajo lo dedico especialmente a DIOS, quien me ha dotado de fortaleza, paciencia y sabiduría, a mis padres: que a la distancia me apoyan con sus oraciones y bendiciones, a mis amados hijos; por comprender las ausencias de su Padre, a mi esposa, quien me ha apoyado en todos los momentos de la ejecución del proyecto, y a todas las personas que de una u otra manera contribuyeron al éxito y ejecución de este proyecto.

DR JORGE AGUIAR LUCIO

El presente trabajo lo dedico especialmente a DIOS, quien me ha dotado de fortaleza, paciencia y sabiduría, a mis padres: que a la distancia me apoyan con sus oraciones y bendiciones, a mis amados hijos; por comprender las ausencias de su Padre, a mi esposa, quien me ha apoyado en todos los momentos de la ejecución del proyecto, y a todas las personas que de una u otra manera contribuyeron al éxito y ejecución de este proyecto.

DR. SEGUNDO GARCIA MIENTES

AGRADECIMIENTO

Gratitud a las autoridades y catedráticos de la Universidad Técnica Particular de Loja, al Sr Lcdo. Marco Mero Marcillo, Coordinador del Centro Asociado de la UTPL en Bahía de Caráquez

A las Autoridades, docentes, padres de familia y estudiantes de los Colegios Aquiles Valencia, Eloy Ugalde y Danzarín

A nuestro tutor, Mg Dr. Fernando Donoso por ayudarnos a adquirir sabios conocimientos en la Gerencia Integral de Salud para el Desarrollo Local.

A la Mg María Luisa Pombar, directora de tesis, por la guía, paciencia y comprensión, quien con su pedagogía y acogida humana nos guió a la culminación de este proyecto.

A familiares y amigos que en todo momento nos apoyaron para seguir adelante.

DR. JORGE AGUIAR LUCIO

DR. SEGUNDO GARCIA MIENTES

INDICE DE CONTENIDO

	PRELIMINARES	PAGINA
	Carátula	i
	Certificado	ii
	Auditoria	iii
	Dedicatoria	iv
	Agradecimiento	vi
	Índice	vii
1	Resumen	1
2.	Abstract	4
3	Introducción	7
4.	Problematización	13
5	Justificación	16
6.	Objetivos	18
6.1	Objetivos General	19
6.2	Objetivos Específicos	19
7	Marco Teórico	20
7.1	Marco Institucional	21
7.1.1	Aspectos geográfico del lugar	21
7.1.2	Dinámica Poblacional	21
7.1.3	Colegio Nacional José Aquiles Valencia	21
7.1.4	Misión	23
7.1.5	Visión	23
7.1.6	Principios	23
7.1.7	Objetivos	24
7.1.8	Breve Historia del Colegio “Eloy Octavio Ugalde Santana”	26
7.1.9	Misión	29
7.1.10	Visión	30
7.1.11	Estrategias	30
7.1.12	Organización Administrativa	31
7.1.13	Servicios que presta la institución	31
7.1.14	Políticas de la Institución	31
7.2.	Marco Conceptual	32

7.2.1	La Adolescencia Conceptos	32
7.2.2	Generalidades	32
7.2.3.	Cambios Bio-Fisiológicos	32
7.2.4	Cambios en las Chicas	33
7.2.5	Cambios en los Chicos	33
7.2.6	Cambios en ambos Sexos	33
7.2.7	Cambios Psicológico	36
7.2.8	Cambios Sociales	37
7.2.9	Sentimientos Psicológico	38
7.2.10	Deseo	39
7.2.11	Atracción	40
7.2.12	Enamoramiento	42
7.2.13	Amor	43
7.2.14	Conductas Sexuales	44
7.2.15	Relaciones con uno mismo o autoerotismo	45
7.2.16	Masturbación	45
7.2.17	Relaciones con otras personas	47
7.2.18	Salud sexual	49
7.2.19	Salud Reproductiva	50
7.2.20	Órganos Sexuales	51
7.2.20.1	Órganos Sexuales Masculinos	51
7.2.20.2	Órganos Sexuales Femeninos	53
7.2.21	Maternidad y Paternidad en la Adolescencia	56
7.2.22	Fecundación, Embarazo, Parto	57
7.2.23	Embarazo en la Adolescencia	58
7.2.24	Aborto	59
7.2.25	Planificación Familiar	61
7.2.26	Métodos anticonceptivos	62
7.2.27	Enfermedades de transmisión sexual	84
7.2.28	Principales infecciones de Transmisión Sexual	84
7.2.29	Servicios de Salud y la Atención a los Adolescentes	89
7.2.30	Normas de Atención de Salud Reproductiva de los \ las Adolescentes	89

7.2.31	Marco de la Atención Integral	91
7.2.32	Condiciones Básicas para la Atención	93
7.2.33	Estrategias para la atención Integral Durante la Adolescencia	94
7.2.34	Promoción de la Salud Integral en la Adolescencia Conceptos Básicos	94
7.2.35	Grupos de Alto Riesgo	95
7.2.36	Las Dimensiones de la Promoción de la Salud	98
7.2.37	Las Dimensiones de la Promoción de la Salud	98
7.2.38	Los Derechos Sexuales y Reproductivos	99
8.	Diseño Metodológico	106
8.1	Matriz de Involucrados	106
8.2	Árbol de Problemas	107
8.3	Árbol de Objetivos	108
8.4	Matriz del Marco Lógico	109
9.-	Resultados	133
10.-	Conclusiones	139
11.-	Recomendaciones	142
12.-	Bibliografía	145
13.-	Anexos	148

1.- RESUMEN

La población de adolescentes constituye un grupo importante de la población ecuatoriana. La realidad epidemiológica de este grupo poblacional permite evidenciar con claridad a que están expuestas a riesgos que se relacionan tanto con las condiciones socioeconómicas como riesgos vinculados con concepciones y prácticas de género, los que tienen vital importancia en el campo de la salud sexual y reproductiva, capacitar a los / las adolescentes sobre salud sexual y reproductiva constituyen un aspecto de vital importancia para prevenir las condiciones sexuales riesgosas, ya que este grupo está considerado como uno de los más vulnerables por los cambios físicos, psicológicos y sexuales en la que influyen diferentes factores sociales, culturales y económicos.

Es por esta razón que decidimos realizar la implementación de un Programa de Capacitación sobre Salud Sexual y Reproductiva dirigidos a estudiantes de los Colegios diurnos y Padres de Familia del Cantón Rocafuerte.

Entre las principales conclusiones tenemos que la ejecución de este proyecto ha sido fructífera para quienes tuvimos la responsabilidad de llevarlo a efecto, pues nos ha permitido mantener contacto directo con los/las adolescentes detectándose las múltiples necesidades de conocimientos en temas sobre salud sexual y reproductiva.

Se ejecutaron el 100% de talleres dirigidos a profesores lográndose el 90% de asistencia.

La metodología utilizada con los profesores permitió el emponderamiento de la temática y por ende el compromiso de éstos para continuar con el proyecto.

Se logró sensibilizar al 82% de los padres de familia del Colegio Nacional Aquiles Valencia, el 70% del Colegio Eloy Ugalde y el 65% del Colegio Nacional Danzarín.

Los talleres programados para los estudiantes fueron ejecutados en un 100%, tanto en tiempo previsto como el número planificado.

2.- ABSTRACT

The population of adolescents constitutes an important group of the Ecuadorian population. The epidemic reality of this group population allows to evidence with clarity to that they are exposed to risks that are related so much with the conditions socioeconomics like risks linked with conceptions and practical of gender, those that they have vital importance in the field of the sexual health and reproductive, qualify to the adolescents on sexual health and reproductive constitutes an aspect of vital importance in order to prevent the sexual risky conditions, since this group is considered as one of the most vulnerable for the physical, psychological and sexual changes in which they influence several social, cultural and economic factors.

It is for this reason that we decided to carry out the implementation of a Program of Training on Sexual Health and Reproductive directed students of the days Schools and Parents of Family of the Rocafuerte Canton.

We between the main conclusions have that the execution of this project has been fruitful for whom we had the responsibility of taking it to effect, because you/he/she/it have allowed us to maintain direct contact with the adolescents detecting the multiple necessities of knowledge in topics on sexual health and reproductive.

They were executed the 100% of shops directed professors achieving the 90% of attendance.

The methodology used with the professors permitted the emponderamiento of the thematic and for ended the commitment of these in order to continue with the project.

He/she/it/you was been able to sensitize to the 82% of the parents of family of the School National Achilles Valencia, the 70% of the School Elroy Ugalde and the 65% of the School National Dancer.

The shops programmed for the students were executed 100 in a%, so much in time for seen like the planned number.

3.- INTRODUCCION

La salud sexual y reproductiva siempre y hasta la actualidad siguen siendo temas difíciles de enfocar pues existen una serie de factores familiares, educacionales y de la misma sociedad que incide en que así sea.

Los padres de familia aún no toman conciencia de la responsabilidad que tienen de educar tempranamente a sus hijos sobre estos temas teniendo la idea errónea de que son los profesores específicamente quien hable de esto.

Los profesores por su lado ocupados en otras responsabilidades no se interesan ni le dan la verdadera importancia a las/los adolescentes como tal, descuidando una de las etapas más críticas del ser humano en la que se requiere orientar, educar, para que estos puedan aceptar la realidad de sí mismo y de su propia identidad.

Por otro lado las unidades de salud dedicadas más a la curación que a la prevención olvidan la gran problemática existente en las/los adolescentes, pormenorizando las acciones de tipo preventivas tan importantes para el desarrollo biopsicosocial de las/los adolescentes.

El Estado Ecuatoriano y el Ministerio de Salud Pública han elaborado el Manual de Normas y Procedimientos para la atención de la salud reproductiva a las/los adolescentes, sin embargo estos no han llegado a esta población de manera

eficaz pues así lo demuestra el incremento de los embarazos precoces y de las infecciones por contacto sexual.

Según la FIPA Fundación Internacional para la adolescencia, el número de adolescentes embarazadas en el país es el más alto de América latina. El último censo realizado en el 2001 detecto que el 19% de jóvenes ecuatorianas de entre 15 y 19 años ya son madres. En la provincia de Manabí, el 17,1% de mujeres de 19 años ya son madres (Endemain 94

Las enfermedades por transmisión sexual son un problema de la Salud Pública, cuya admisión exacta no se precisa por el subregistro existente en el país. Durante el periodo 2000 – 2201 la tasa de gonorrea tuvo una tendencia ascendente pasando de 59.59% a 5.6 por 100.000 habitantes. La tasa anual de sífilis congénita fue de 0.89 por 100.000 habitantes.

Respecto al Sida fue en Agosto, hace 20 años, cuando Ecuador registró el inicio de su trágica relación con el VIH/sida. A la primera muerte de un contagiado siguieron otras 1.548, al inicio el grupo de riesgo eran los homosexuales, luego fueron los padres de familia y de ahí madres e hijos. Hoy el virus viaja de un lado a otro existiendo actualmente una morbilidad de 5.628 casos.

En el Cantón Rocafuerte la morbilidad por enfermedades por contacto sexual tuvo una incidencia de 20 casos y la mortalidad 5 casos (VIH) (Departamento de Estadística Hospital Cantonal Rocafuerte).

Para fines de la ejecución del presente proyecto se han seleccionado los 3 colegios diurnos, por considerar que es donde radica la mayor población de adolescentes, siendo estos el Colegio Nacional Aquiles Valencia, Colegio Nacional Eloy Ugalde y Colegio Nacional Danzarín

El Colegio Aquiles Valencia se encuentra ubicado en Higuerón, cuenta con un total de 457 estudiantes, los cuales se tomarán en cuenta para la ejecución del proyecto.

El Colegio Eloy Ugalde se encuentra ubicado en la comunidad de Cerecito, cuenta con un total de 350 estudiantes, que serán integrados en su totalidad al proyecto.

El Colegio Nacional Danzarín se encuentra ubicado en la Comunidad de Danzarín, cuenta con 280 alumnos que serán integrados al proyecto.

Orientar a las/los adolescentes debe ser uno de los procesos más importantes en lo que todos debemos inmiscuirnos, ya que la adolescencia es una etapa

difícil en la que los adolescentes buscan su propia identidad y adaptación a los cambios biológicos, psíquicos y sociales.

El hecho de que un/unas adolescentes sean madre y/o padre tempranamente los conlleva a pasar de una etapa inferior de desarrollo, a una etapa más compleja en la que las responsabilidades se multiplican, para las cuales no están preparados. Todo esto, ligado a una situación socioeconómica desventajosa originará en el futuro mayores problemas sociales tales como: Desnutrición, delincuencia, analfabetismo, drogadicción entre otros, afectando a los/las adolescentes, familia, comunidad y al país.

Por lo que es de vital importancia elaborar e implementar un Programa de Capacitación sobre Salud Sexual y Reproductiva que permita a los/las adolescentes de los colegios diurnos de la Parroquia de Leonidas Plaza, conocer su propia sexualidad y como evitar de manera responsable las condiciones sexuales riesgosas, de tal manera que no sea su propia sexualidad la causa que impida su desarrollo.

El presente proyecto tiene como objetivo general prevenir las condiciones sexuales riesgosas mediante el fomento de la educación sexual y reproductiva, cuyo propósito está dirigido a disminuir los embarazos precoces y no deseados y las enfermedades por contacto sexual.

Los principales resultados son: 1087 estudiantes orientados y conciencizados en el cuidado de su salud sexual y reproductiva, 40 profesores socializados y capacitados para dar continuidad al proyecto; y, 752 padres de familias socializados y sensibilizados en la importancia de la orientación de la salud sexual y reproductiva de sus hijos..

Como estrategia se realizará coordinación permanente con los directivos de los planteles educativos

La metodología a utilizarse en la ejecución del Programa de Capacitación se fundamenta de manera exclusiva en la realización de talleres, enfocados de manera clara y sencilla, permitiendo la participación interactiva de los profesores, alumnos y padres de familia en temas de salud sexual y reproductiva; en cada taller se realizará una pre y post evaluación. Al finalizar los talleres cada uno de los colegios contará con un compendio de temas desarrollados que servirán de guías para los años venideros.

Dentro de las limitaciones que podríamos encontrar están: la cultura religiosa, los mitos, de los directivos, profesores y padres de familia, paros estudiantiles, paros de UNE, paros de transportes

4.- PROBLEMATIZACION

La población de adolescentes constituyen un grupo importante de la población ecuatoriana. La realidad epidemiológica de este grupo poblacional permite evidenciar con claridad a que están expuestos a riesgos que se relacionan tanto con las condiciones socioeconómicas como riesgos vinculados con concepciones y practicas de género, los que tiene especial importancia en el campo de la salud sexual y reproductiva, capacitar a las/los adolescentes sobre salud sexual y reproductiva constituyen un aspecto de vital importancia para prevenir las condiciones sexuales riesgosas, ya que este grupo esta considerado como uno de los más vulnerables por los cambios físicos, psicológicos y sexuales en la que influyen diferentes factores sociales, culturales y económicos.

La incidencia de enfermedades de transmisión sexual y de embarazos no deseados, constituyen graves problemas que enfrentan los adolescentes, ya que estos afectarán de gran manera el desarrollo integral futuro de los mismos.

En el último censo realizado en el 2001 se registró que Ecuador es uno de los países de Latinoamérica con mayor porcentaje de adolescentes embarazadas, es así que en este año se detectó que el 19% de jóvenes ecuatorianos entre los 15 y 19 años de edad ya son madres(FIPA) .En la Provincia de Manabí el 17.1% de mujeres de 19 años ya son madres (Endermain 94)

En el cantón Rocafuerte esta problemática sigue su ascenso, pues de 300 partos atendidos en el año 2005, 213 corresponden a mujeres entre 14 y 18 años (estadística Hospital Rocafuerte)

En lo que se refiere a enfermedades de transmisión sexual estas continúan aumentando su incidencia , especialmente el VIH, es así que en el año 2005 se presentaron 5 casos de VIH, tasas alármenles a pesar del subregistro existente en el país. En el Cantón Rocafuerte en el año 2005, se presentaron 2 casos de morbilidad y 5 casos de mortalidad (Departamento Estadístico del Hospital Rocafuerte)

5.- JUSTIFICACION

La economía del hogar se ve afectada cuando con los pocos recursos de los que disponen deben alimentar y vestir a otro niño, pues su progenitora es una adolescente sin profesión o trabajo y seguramente el padre del niño es otro adolescente en iguales condiciones o en su defecto un mayor de edad que evade su responsabilidad, teniendo la familia de esta menor que asumir el compromiso, si se evita esta situación estos fondos pudieran ser destinados a educación, vivienda y alimentación de sus miembros.

La incidencia de enfermedades de transmisión sexual y de embarazos no deseados que en los últimos tiempos ha ido aumentando, especialmente el SIDA, poniendo en riesgo la salud de nuestros jóvenes, nos ha hecho meditar para el desarrollo de nuestro proyecto” implementación de un programa de capacitación sobre salud sexual y reproductiva dirigida a estudiantes de los colegios diurnos del cantón Rocafuerte”

Con la implementación de esta proyecto se mejorarán las condiciones de salud y vida de los estudiantes del Cantón, por lo que consideramos de suma importancia llevarlo a efecto.

La incidencia de enfermedades de transmisión sexual y de embarazos no deseados constituyen graves problemas que enfrentan los adolescentes, ya que estos afectarán de gran manera el desarrollo integral futuro de los mismos.

6.- OBJETIVOS

6.1.- Objetivo General.

Mejorar la salud sexual y reproductiva de los adolescentes del Cantón Rocafuerte, mediante la reducción de embarazos no deseados y de las infecciones de transmisión sexual, incluyendo la infección del VIH.

6.2.- Objetivos Específicos

1. Capacitar a los profesores de los Colegios Diurnos del Cantón Rocafuerte para lograr el emponderamiento del proyecto
2. Sensibilizar a los padres de familia sobre la importancia del desarrollo sexual de sus hijos y riesgos a los que están expuestos, para romper barreras y tabúes.
3. Diseñar y aplicar una propuesta alternativa a fin de educar a las adolescentes, padres de familia y docentes sobre temas de educación sexual y reproductiva para que sean conscientes y responsables de su propia sexualidad
4. Aumentar los conocimientos y actitudes del personal que labora en las unidades operativas de salud del Cantón Rocafuerte sobre cómo proveerles consejería adolescentes sobre la prevención de la infección de la infección del VIH.

7.- MARCO TEORICO

7.1.- Marco Institucional

7.1.1.- Aspecto Geográfico del lugar

El Colegio Nacional Aquiles Valencia se encuentra ubicado en el sitio Higuierón, vía Crucita – Portoviejo, cuenta con edificio propio, con todos los servicios básicos, luz, agua, alcantarillado, teléfono .

El Colegio Nacional Eloy Ugalde se encuentra ubicado en el sitio Cerecito vía Crucita – Portoviejo, cuenta con local propio , con todos los servicios básicos.

El Colegio Nacional Danzarín se encuentra ubicado en el sitio Danzarín vía Rocafuerte – Tosagua, cuenta con local propio entre los servicios básicos cuenta con luz, agua y servicios sanitarios.

7.1.2.-Dinámica Poblacional

Estos colegios cuentan en total con 1087 estudiantes

40 Profesores

3 Rectores

3 Auxiliares de Servicio

7.1.3.- COLEGIO NACIONAL JOSE AQUILES VALENCIA

El Gobierno Nacional José Aquiles Valencia fue fundado en calidad de Colegio Particular en el año 1973 mediante Acuerdo Ministerial N° 686 y paso a laborar como fiscal desde el año 1973 en adelante. Su primer rector fue el Rvdo. Padre Miguel Ulloa Domínguez y sus profesores fundadores los Sres. Ing. Diomedes

medranda Valencia, Ab. Fabián Dueñas Mendo0za, Lcdo. Fabián Muñoz Cruzatty, Prof. Mariano Robles, Prof. Romeo Medranda Valencia, Lcda. Esperanza Alcívar Salavarría, Prof. Devora Valencia Medranda y Lcda. Eduviges San Pedro.

Este colegio nació con el nombre de Higuerón, posteriormente se lo denominó José Aquiles Valencia Delgado en homenaje a un habitante de este recinto que siempre tuvo como visión, la creación de un Colegio en esta localidad.

En los primeros años las labores se desarrollaron en la Escuela Luís Urdaneta y posteriormente se adquirieron los terrenos en donde se encuentra ubicada en la actualidad la institución. Sus primeras aulas fueron de caña y cadi y con el pasar de los años se construyeron las que existen actualmente.

Luego de cumplir las funciones de Rector el Rvdo. Padre Miguel Ulloa renunció y asumió el cargo el Lcdo. Simón Cedeño, posteriormente asumen estas funciones en calidad de rectores encargadas los Lcda. Perla Loo Pinargote y Dr. Nilo Palma. Tiempo después se posesiona como Rector Titular del establecimiento el Egdo. Washington Cedeño Alban y desde el año 1989 se desempeña como Rector el Lcdo. Fabián Muñoz Cruzatty.

7.1.4.- MISION

Somos una Institución Educativa, cuyo propósito es innovarnos y ser reconocidos dentro y fuera de la provincia, formando Bachilleres Técnicos en Explotaciones Agropecuarias y en Ciencias con excelencia educativa para defenderse en el campo laboral y profesional.

7.1.5.-VISION

Nuestra visión es formar Estudiantes y Bachilleres competitivos, con una Tecnología de punta, acorde a las exigencias, cambios y retos que da la Globalización, siendo miembros activos y comprometidos con la comunidad en que se desenvuelven en función de una Educación Integral

7.1.6.- PRINCIPIOS

Implementación de estrategias para una comunicación clara y fluida en todos los niveles y con los actores sociales.

Los estudiantes deben cumplir responsablemente con las funciones asignadas para lograr un alto nivel de educación.

Participación de los padres de familia en todos los actos sociales, culturales y deportivos programados.

Participación de los docentes en la organización del Manual de Convivencia.

Planificación de actividades conjuntas entre todos los actores sociales del Centro Educativo.

Asistencia de los Docentes a seminarios y talleres de actualización pedagógica de acuerdo a sus necesidades e intereses.

Proporcionar espacios para la expresión democrática de los estudiantes del Centro Educativo.

Participación activa de los estudiantes en los procesos de Inter-aprendizaje propuesto por los docentes.

Participación de los Padres de Familia en la educación de sus hijos para lograr un excelente nivel académico.

7.1.7.-OBJETIVOS

a) GENERALES

Asumir la innovación y creación de nuevos Bachilleratos para obtener una educación de calidad, acorde a las exigencias del mundo actual.

Promover un proceso de formación integral para que los estudiantes sean un sujeto agente y protagonista de su propia educación; capaz de alcanzar su perfectibilidad desde una oferta educativa que consolide y dinamice sus derechos.

b) ESPECÍFICOS

Promover la formación intelectual, profesional y social que permita la maduración de la personalidad y pueda ser sujeto capaz de desarrollar sus capacidades espirituales, intelectivas y corporales.

Brindar al maestro espacios de capacitación permanente para que se convierta en el autentico mediador del proceso educativo.

Implementar el nuevo Plan y Programa Curricular Institucional para que este acorde al perfil del egreso de los estudiantes y de las necesidades de formación de los padres de familia, se integren solidaria y responsablemente con los objetivos de la comunidad educativa.

7.1.8.-BREVE HISTORIA DEL COLEGIO “ELOY OCTAVIO UGALDE SANTANA”

El deseo de servicio y la necesidad de superación van de la mano, como fueron, cuando en conversaciones mantenidas entre el Sr. LIC. Nelson Intriago Vera, asesor de la Dirección Nacional de Planeamiento del Ministerio de Educación en beneficiar con la creación y funcionamiento de instituciones educativas a alguna comunidad del Cantón Rocafuerte. Entre las comunidades posibles de servir se considero a el pueblito, la misma que fue escogida gracias a la predisposición y entusiasmo de sus habitantes, al numero de pobladores y al gran esfuerzo desarrollado por ella en la superación educativa ya que sus habitantes demostraban intereses por la preparación intelectual, es decir, que en estos últimos tiempos había un incremento de personas que continuaban sus estudios en el nivel medio y superior.

Analizado estos puntos el SR, Edward Ugalde que había acogido la idea, se reunió con la comunidad para conocer su criterio y solicitar que se brinde el apoyo necesario para que funcione un Colegio Particular, para ello se eligió un comité PRO Funcionamiento de un Colegio de un Colegio, conformado por las siguientes personas:

Sr. Edward ugalde Castillo.- Presidente

Sr. Ramón Mero.- Vicepresidente

Sra. Teresa Mendoza de López

Al Sr. Edward Ugalde se le encargó realizar todas las gestiones necesarias para obtener la autorización del funcionamiento del Colegio Particular, gestiones que fueron positivas, previo el cumplimiento de los requisitos legales y gracias a la intervención del mencionado LIC. Nelson Intriago Vera y especialmente de ese gran Manabita el LIC. Manuel Ávila Llor, quien ejercía las funciones de Director Nacional de planeamiento de la Educación. Quien, conociendo las necesidades educativas del pueblo Manabita y la realidad de esta zona, dispuso la creación del Colegio a partir de junio de 1981, el mismo que inició su acción educativa con la colaboración desinteresada de los profesores que prestaron sus servicios y que a continuación se detallan:

Sr. Edward Ugalde Castillo
Sr. Mariano López Zambrano
Sr. Daniel Cedeño Bustamante
Sra. Itálica Moreira Candela
Sr. Javier Rivadeneira López
Sr. William Muñoz Cruzatty
Sra. Eloisa Ugalde Mendoza
Sra. Mariana Mejía L.
Sr. Gabriel López Vera
Licd.. Patricio Manzano Sacoto
Sr. Alfonso Mendoza

Sr. Eugenio Delgado

Sr.. Carlos Delgado

Sr. Raúl García

Sr. Roberto Mendoza Vera

Sra. Marisela Mendoza Ruiz

Sr. Milton Arturo Velez Mendoza

Sr. Romero Alcívar S.

Mas conjuntamente con las gestiones Pro Autorización de Funcionamiento había que buscar el nombre del colegio, la comunidad analizo y decidió que sean nombres de la comunidad, con Vasta Cultura y que hayan servido y generado desarrollo asi como también se constituyan en ejemplo de la Juventud de esta comunidad analizados algunos nombres, entre los que se destacan el de la Srta. Prof. Zoila Clemencia Castillo, Benemérita Maestra que entre otras acciones fundo las primeras Escuelas de adultos porque consideraba que el Maestro necesitaba la ayuda del Padre de familia y que a este había que darle también las luces del conocimiento; el del SR. Don Juan Zambrano, hombre también de gran cultura , amante de los buenos libros, quien influyo para que la comuna adopte el nombre de José Antonio Campo y la Escuela el nombre de "9 de julio" en recordación a la gloriosa gesta de la Revolución Juliana; la mayoría se pronuncio por el nombre del SR. Eloy Octavio Ugalde Santana, persona que renuncia las cualidades requeridas y

que generaron este Análisis, pues, a mas de su cultura, sus actitudes y compromisos con la sociedad que los cumplió desde los cargos públicos que ocupó hasta en el auxilio personal que brindó a sus congéneres, que demostraron siempre su fe en el hombre, su compromiso con Dios y con la Patria a quien sirvió también en el ejercito de la acción Política en el Partido Liberal Radical Ecuatoriano.

Cabe resaltar que este colegio inicio sus labores con las secciones vespertina y nocturna en la escuela mixta “9 de Julio” y ha pedido de la comunidad y las Autoridades del colegio, se fiscalizo con acuerdo # 3090 el 9 de junio de 1982. y el personal docente, Administrativo y de servicio se designo a partir de mayo de 1983. Posteriormente, el 18 de agosto de 1995, se crea el ciclo diversificado con la especialidad de “Riego y Drenaje”, mediante Acuerdo # 21 del Ministerio de Educación. Actualmente la Especialidad es de “Riego, Drenaje y Computación”.

7.1.9.- MISION

Somos una Institución Educativa, cuyo propósito es innovarnos y ser reconocidos dentro y fuera de la provincia, formando Bachilleres Técnicos en Explotaciones Agropecuarias y en Ciencias con excelencia educativa para defenderse en el campo laboral y profesional.

7.1.10.- VISION

Nuestra visión es formar Estudiantes y Bachilleres competitivos, con una Tecnología de punta, acorde a las exigencias, cambios y retos que da la Globalización, siendo miembros activos y comprometidos con la comunidad en que se desenvuelven en función de una Educación Integral

7.1.11.-ESTRATEGIAS

- Consensuar acciones y comportamiento institucional con todo el personal docente y administrativo.
- Integrar al Comité Central de Padres de Familia y al comité de grados en las actividades del plantel.
- Involucrar al equipo de supervisores de la UTE #7.
- Conformar con los docentes, equipos de trabajo y determinar sus responsabilidades.
- Relacionar la escuela con instituciones que puedan prestar apoyo.
- Realizar ostiones, académicas, administrativas y económicas para lograr objetivos.
- Optimizar uso de infraestructura física.

OBJETIVOS**GENERAL**

Convertir a la escuela en Unidad Educativa de calidad, con 10 años básicos.

ESPECIFICOS

- Elaborar proyectos de implementación de 8, 9, y 10 años básicos.
- Determinar Currículo para Unidad Educativa.
- Gestionar incrementos de recursos humanos y económicos.
- Optimizar uso de aulas.
- Aplicar programas de recuperación pedagógica.

7.1.12.- Organización Administrativa

Para cumplir con sus objetivos estas unidades educativas cuentan con

1 Rector cada una.

Pagadora

Secretaria

40 Profesores

3 Conserjes.

7.1.13.- - Servicios que presta la Institución

Para el cumplimiento de sus objetivos las instituciones cuentan con 3 años de ciclo básico y 3 años de ciclo diversificado, con carreras técnicas como agropecuaria.

7.1.14.- Políticas de la Institución

La institución educativa le corresponde brindar enseñanza a los estudiantes que le corresponde, cumpliendo con los fines que le son esenciales.

7.2.-MARCO CONCEPTUAL

7.2.1- La Adolescencia Concepto

El concepto de adolescencia es relativamente nuevo, de hecho se empieza a hablar del tema en la segunda mitad del siglo como un proceso de verdadera importancia para la estructuración de las nuevas generaciones.

7.2.2.Generalidades

La adolescencia es un periodo de transición entre la niñez y la adultez, caracterizada por presentar cambios biológicos, físicos y psicológicos. Abarca desde la pubertad que es el inicio de la maduración sexual y todas las modificaciones físicas y funcionales que transforman de manera importante el cuerpo infantil, aproximadamente, empieza en las muchachas a la edad de 10 años y en los chicos a los 12 años.

El final de la adolescencia no está claramente delimitado y varían en función de los criterios físicos mentales, afectivos, sociales y culturales que caracterizan al adulto.¹⁰

7.2.3 - CAMBIOS BIO-FISIOLÓGICOS

Alrededor de los 11 – 13 años se producen un gran número de cambios físicos, que conocemos con el nombre de “pubertad”. Relacionados y derivados de éstos, aparecen otros cambios psicológicos, que influirán en la autopercepción

¹⁰ ADOLESCENTES, ADULTOS Y ANCIANOS, SALVAT 2001

personal, y cambios sociales, que determinarán la manera en que la persona se relaciona con los/las demás. Todos estos cambios caracterizarán una nueva etapa de desarrollo la “adolescencia”.

7.2.4.-CAMBIOS EN LAS CHICAS

- Aparece el vello en pubis y axilas.
- Se ensanchan las caderas.
- La voz se torna más aguda.
- La piel es más fina.
- Crecimiento de mamas, pezones y areola.
- Se deposita grasa en piernas y nalgas.
- Primera menstruación, llamada menarquía.

7.2.5.- CAMBIOS EN LOS CHICOS

- Desarrollo del tono muscular.
- Aparece la barba, el vello en el pubis, axilas y pecho.
- Caderas se estrechan y espaldas más anchas.
- Piel más gruesas.
- La voz se torna más grave.
- Primeras eyaculaciones voluntarias o involuntarias (poluciones nocturnas).

.7.2.6.-CAMBIOS EN AMBOS SEXOS

- Crecimiento acelerado de estructuras corporales:
 - Huesos

- Aumento de peso y altura
- Desarrollo de la musculatura.
- Crecimiento y engrosamiento de los órganos genitales.
- Cambios en la composición del sudor.
- Acumulación de grasa en la piel (acné)
- Cambios en la percepción de sensaciones y sentimientos (deseo, enamoramiento ...)

Los cambios corporales que tienen lugar en esta etapa van a completar el proceso de diferenciación de los sexos, siendo hasta ahora las únicas diferencias a nivel corporal externo las de los órganos genitales.

En los adolescentes se observan que los cambios no se producen al mismo tiempo, aunque sí se da una semejanza en la secuencia en que aparecen. La edad de comienzo de éstos varía en función de factores externos (nutrición, clima...) y de factores internos (genéticos y hormonales). Su duración media es de 3 ó 4 años y suelen comenzar en las chicas hacia los 10 – 11 años y aproximadamente dos años después en los chicos.

No se sabe con exactitud qué causa el comienzo de la pubertad. En un momento dado se produce el “despertar” de una zona concreta del cerebro que pone en funcionamiento el hipotálamo. Este ha ido madurando lentamente

durante la infancia y es ahora en la pubertad cuando inicia su funcionamiento, debido a los factores genéticos y ambientales.

La hipófisis, a través de la secreción de hormonas específicas, estimula las gónadas, es decir, los testículos del hombre y los ovarios de la mujer, segregándose las hormonas sexuales masculinas (testosterona) y femeninas (estrógenos y progesterona), que son responsables de gran parte de los cambios.

A nivel interno y centrándonos en la fisiología, las chicas tienen su primera regla, llamada menarquía y los chicos comienzan a tener eyaculaciones.

El proceso de la menstruación es cíclico, cada mes madura un óvulo de uno de los ovarios, ocurre hacia la mitad del ciclo, aproximadamente el día 14 (el primer día del ciclo coincide con el primer día de la menstruación).

La menstruación, regla, período, consiste en la expulsión del revestimiento interior del útero, endometrio, junto con el óvulo. Este proceso ocurre si no ha existido fecundación. El endometrio se ha ido formando durante la primera parte del ciclo menstrual para acoger al óvulo en caso de que haya sido fecundado. La menstruación marca el final de un ciclo y el inicio de otro y suele durar entre 2 y 5 días dependiendo de cada mujer. La edad de aparición también es variable y ocurre entre los 11 y 15 años.

Los primeros ciclos menstruales suelen ser irregulares y las reglas dolorosas. La aparición de este hecho natural en el desarrollo no es vivido de la misma manera por todas las mujeres.

En los chicos esta etapa se caracteriza por sus primeras eyaculaciones. Aumenta la sensibilidad del pene. Al tocarlo se endurece a causa de la afluencia de sangre a los cuerpos cavernosos de este órgano, es la erección, que puede producirse al recibir cualquier tipo de estímulo, bien sea a través del tacto, de la vista, de un pensamiento agradable.

En ocasiones, cuando la estimulación se mantiene o acrecienta la erección da lugar a la eyaculación, que es la expulsión de un líquido lechoso, el semen, compuesto por millones de espermatozoides además de otros fluidos como el líquido prostático y los fluidos seminales.

Cuando la eyaculación se produce durante el sueño del joven recibe el nombre de polución nocturna. No se sabe exactamente a qué es debido, si está relacionado con sueños eróticos o es una pura descarga fisiológica.

7.2.7.- CAMBIOS PSICOLÓGICOS

En este momento, se produce un desarrollo de nuevas capacidades que va a permitir a los/as jóvenes razonar sobre problemas complejos, examinar y cuestionarse muchas cosas, buscar posibilidades y alternativas por ellos/as mismos/as. Ahora bien, la necesidad de asumir los cambios experimentados no va a ser siempre vivida de la misma manera. Muchos cambios pueden reforzar

los sentimientos de ser hombre o mujer o pueden ser recibidos con miedo influyendo en su auto percepción.

Clarificación del auto concepto, este es el principal problema con el que se enfrentan nuestro/as adolescentes. Algunas teorías psicológicas llaman a ésta la etapa de la identidad, en esta etapa el/la joven puede aclarar, recuperar y fortalecer su autoestima. Darle confianza, comprensión, respeto y ayuda le facilitará la formación de su auto concepto y aceptación.

7.2.8.--CAMBIOS SOCIALES

Los adolescentes de nuestra sociedad están cambiando de rol, están dando el paso de ser niños y niñas a los que hay que proteger, al ser adultos y adultas que deben enfrentarse con nuevas responsabilidades, tomar decisiones.

Es ahora, cuando se consuma el proceso de interiorización de pautas culturales y de valores. El/las adolescente se cuestiona los valores que se le habían impuesto hasta ahora. Es capaz de luchar por sus ideales, los que consideran suyos propios, en muchos casos contrarios a los que hasta ahora asumía de sus adultos/as. Este proceso está relacionado con el distanciamiento de los padres y las madres y en ocasiones con la oposición a éstos y éstas.

Si este cambio de rol puede ya de por si ser complicado, las figuras que hasta entonces han sido los modelos de comportamiento, no lo tienen más fácil,

padres, madres, educadores, educadoras.. nos debatimos entre seguir protegiendo a los niños y niñas o darles la suficiente autonomía para desarrollar todos sus recursos y capacidades. En este sentido no es difícil oír a los/as jóvenes comentar esta situación ambigua: “Soy mayor para cuidar de los pequeños, pero tengo que estar en casa a las 10”.

Ante esta ambigüedad el/la adolescente se refugia en su grupo de iguales en busca de estima y seguridad personal. Así surge el espíritu del grupo, principal núcleo de identificación del/de la adolescente. En ocasiones este sentimiento de pertenencia es tan fuerte que el/la joven lo prefiere a su núcleo familiar, ya que con el primero comparte objetivos, necesidades e intereses.

7.2.9.- SENTIMIENTOS PSICOSEXUALES

La sexualidad es algo inherente a todas las personas. Los sentimientos psicosexuales van a ser la primera manifestación de la sexualidad adulta y comienzan a especificarse en la adolescencia. Estos sentimientos además de ser una expresión de la sexualidad van a mediatizar las conductas sexuales y en general la vivencia y expresión de la sexualidad.

Los adolescentes han vivido o están viviendo la pubertad, caracterizada por las modificaciones del cuerpo y el desarrollo de los caracteres sexuales. A partir de este momento el/la adolescente percibe nuevas sensaciones en su nuevo cuerpo, sensaciones que van a dar lugar a los llamados sentimientos psicosexuales. Los cambios hormonales van a poner de manifiesto la

capacidad de excitación sexual, excitación que se va a incrementar por el efecto de determinados estímulos internos, como los propios pensamientos y fantasías, y externos, como el cuerpo sexuado y atractivo de otra(s) persona(s).

Estas sensaciones antes de convertirse en sentimientos van a estar fuertemente influenciados por la información sexual recibida y por la aceptación de la propia sexualidad. Los sentimientos que se experimentan son difícilmente definibles. Desde la literatura se han dado multitud de definiciones muy descriptivas y subjetivas que posiblemente nos acerquen a su significado, pero para su comprensión los identificaremos como: deseo, atracción, enamoramiento y amor.

7.2.10.- DESEO

El deseo sexual está enraizado en lo biológico y muy relacionado con el funcionamiento hormonal, puede ser suscitado tanto por estímulos internos como por estímulos externos. El deseo sexual es un estado interno, percibido como una tensión que pone en funcionamiento el organismo y lo dirige hacia las experiencias sexuales en busca del placer, lo que hace que se refuerce a sí mismo.

En el deseo sexual el objeto de satisfacción o la persona que lo satisface no está necesariamente definido, es decir, es anterior a la definición de ese objeto y por tanto anterior a la atracción.

La educación sexual recibida en la infancia y la adolescencia y las experiencias personales condicionan el deseo, son los factores cognitivos que nos harán interpretar de una manera u otra las sensaciones corporales y darles un significado u otro, transformándose en un sentimiento de deseo o inhibiendo dicho sentimiento. Así las experiencias sexuales placenteras y positivas contribuyen a incrementar el deseo, mientras que las negativas dificultarán su aparición.

Además de estos factores internos, entre los que se incluyen las fantasías de cada persona los estímulos externos pueden provocar un aumento del deseo sexual, estímulos tales como imágenes de películas, observar a una persona atractiva, determinadas frases o verbalizaciones..

7.2.11.- ATRACCIÓN

Decíamos que en el deseo el objeto de satisfacción no está necesariamente definido, por el contrario, para que exista una atracción, además de existir deseo sexual, este debe estar dirigido hacia un objeto o una persona. Una persona puede sentirse atraída no sólo por un objeto o persona, sino por varias. Hay diferentes factores que van a influir en la atracción, pero una vez más no podemos dejar de mencionar que cada ser es individual, su sentimiento

de atracción es subjetivo y estará condicionado en mayor o en menor medida por diversos factores.

Todos aquellos estímulos que incrementan el deseo sexual van a influir en la atracción, por ser el deseo un componente de la atracción, pero además influirán otros factores psicosociales, señalamos los siguientes:

En general nos atraen los estímulos que coinciden con la propia orientación del deseo, así a la mujer lesbiana al igual que al hombre heterosexual le atraerán los estímulos femeninos. Y al hombre homosexual y a la mujer heterosexual, los estímulos masculinos.

Los modelos de belleza imperantes socialmente van a influir en la atracción y en general todas las “normas” culturales y sociales de cada sociedad. La propia identificación con la persona que nos atrae, o el anhelo de lo que deseáramos poseer representado en el/la otra, o aquellas personas que nos recompensan, o que nos parecen competentes socialmente hará que la atracción hacia estas personas sea mayor. Así mismo el carácter novedoso de los estímulos eróticos también es importante, caer en a rutina puede disminuir el deseo sexual y por lo tanto la atracción hacia la otra persona.

Según los etólogos existen factores preprogramados que condicionan la atracción, principalmente se corresponden con las características que más

sobresalen del hombre y de la mujer: una complexión atlética en el hombre, con espaldas anchas y musculosas; senos y caderas anchas en la mujer factores biológicos adecuados para asegurar la supervivencia de la especie.

7.2.12.- ENAMORAMIENTO

El enamoramiento presupone la existencia del deseo y de la atracción. Es específicamente humano, ya que otras especies animales se desean y se atraen pero no se enamoran. La mayor diferencia con el deseo y la atracción es que en el enamoramiento el objeto, la persona se nos presenta con exclusividad, es decir, nos enamoramos de una sola persona percibida en ese momento como única e insustituible. Otra de las diferencias esenciales es que no busca únicamente la relación sexual, sino que implica un deseo de unión y compromiso a nivel afectivo y un deseo de compartir diferentes experiencias vitales con la otra persona.

La persona de quien nos enamoramos ocupa todo nuestro universo cognitivo, asociamos lugares, músicas, gestos, a esa persona, pensamos en el futuro asociándolo a ella y en definitiva vemos el mundo a través de sus ojos. El enamoramiento definido por Félix López como un “estado de encantamiento” no solamente conlleva sentimientos positivos, los pensamientos negativos acechan ante la posibilidad de perder a la persona amada. En este estado de encantamiento no hay lugar a la indiferencia, sí a la entrega, la felicidad, el gozo, la absorción, la alegría. Sin embargo cuando este enamoramiento no es

correspondido el sentimiento que se puede experimentar es a aflicción, la tristeza, la desesperación, la ansiedad.

El proceso del enamoramiento tiene una gran variabilidad en el tiempo, pero por lo general es un período transitorio que puede dar lugar al amor o a una relación amorosa en la que las dos personas están implicadas emocionalmente o bien a una ruptura de la relación al constatar que la persona amada no se corresponde a las fantasías que sobre ella habíamos realizado.

La adolescencia y el enamoramiento son dos procesos totalmente relacionados. Los enamoramientos surgen tan rápidos como se van. Se pueden enamorar de un fotografía, de un/a profesor/a, de un/a actor/actriz y al día siguiente de su mejor amiga. El enamoramiento en la adolescencia se puede definir por su variedad e intensidad.

El enamoramiento implica componentes cognitivos, tales como idealización del/la otra, o de la relación, deseo de conocer y ser conocido, incertidumbre ante la relación; emocionales como el deseo de unión completa y permanente, el estado de ánimo, conductuales como acciones encaminadas a conocer los sentimientos del otro y expresar los propios, mantener la proximidad y el alejamiento de todo lo que no se relaciona con la persona amada.

7.2.13.- AMOR

El amor es un sentimiento íntimo y personal donde los haya y se va a concretar en la relación amorosa. La relación amorosa supone una mayor estabilidad y

se puede acceder a ella desde el enamoramiento o desde otras formas de relación interpersonal (amistad, intimidad). Además de los sentimientos implicados existe una decisión más o menos consciente de amar.

Pero la forma de sentir el amor y las relaciones amorosas que se establezcan van a depender de la estructura psicológica de las personas que forman parte de esa relación, así como de condicionantes sociales y de la propia relación.

La relación amorosa además de sustentarse en un sentimiento, implica decisión, compromiso, preocupación, paciencia, equidad, dependencia, intercambio y otros sentimientos añadidos.

7.2.14.- CONDUCTAS SEXUALES

La sexualidad se hace presente a través de determinados sentimientos que predisponen a la persona para el contacto íntimo o contacto sexual en busca de una relación interpersonal y para la obtención de placer. Las conductas que se manifiesten van a estar mediatizadas por la percepción que cada persona tenga de su propia sexualidad, influida como ya sabemos, por la educación recibida, por el contexto socio-cultural, las experiencias anteriores e incluso por la propia relación interpersonal. Pero no podemos olvidar que las relaciones sexuales no se producen únicamente en un contexto interpersonal (entre 2 ó más personas), sino que también pueden producirse con uno mismo.

7.2.15-RELACIONES CON UNO MISMO O AUTOEROTISMO

7.2.16.-MASTURBACIÓN

Es la auto estimulación que una persona realiza bien sobre sus genitales o sobre otra parte de su cuerpo para obtener placer o para experimentar y conocer las propias sensaciones corporales.

Aunque han existido numerosos mitos en torno a esta conducta, existe actualmente una unanimidad al considerar que no sólo no es perjudicial, sino que por el contrario la obtención de sensaciones placenteras por medio de la masturbación puede incidir en la aceptación del propio cuerpo y en una mejora de las relaciones sexuales en general, ya que un mayor conocimiento del propio cuerpo contribuirá a aumentar la capacidad de disfrute y abandono. La masturbación únicamente será negativa en cuanto provoque sentimientos culpa y ansiedad en la persona que la realice.

Tradicionalmente se ha identificado la masturbación con una etapa muy concreta de la vida con la adolescencia, fundamentalmente la adolescencia masculina. Pero ya en niños y niñas de entre 0 y 2 años podemos observar actividades masturbatorias para la exploración de su propio cuerpo y también para la obtención de placer, nadie les ha enseñado a hacerlo, se masturban, acarician y exploran de forma natural y por la gratificación que obtienen.

Esta actividad continúa durante toda la vida, aunque es cierto que se observa una mayor frecuencia en la adolescencia, debido a los cambios hormonales, a la necesidad de responder a los nuevos deseos sexuales y a la necesidad de conocer el propio cuerpo y sus sensaciones. Las mujeres también se masturban y de hecho al ir disminuyendo la represión social sobre este comportamiento y en general sobre la sexualidad podemos encontrarnos con un número creciente de alumnas que manifiestan esta conducta, como una parte más de su propia sexualidad. No obstante conviene señalar que actualmente parece que los chicos continúan manifestando esta conducta más frecuentemente que las chicas y que las chicas aún lo asocian a sentimientos negativos o comportamientos desviados.

En muchas ocasiones la masturbación está acompañada por las fantasías sexuales.

Según Antonio Fuertes las fantasías sexuales son cualquier imagen mental que tiene un significado erótico para la persona y que suele utilizarse para promover o incrementar la excitación sexual. Según este mismo autor probablemente las fantasías tienen una doble función por una parte son una respuesta a una activación del deseo sexual y por otra son potenciadoras de este mismo deseo.

En las fantasías sexuales pueden aparecer elementos sexuales propiamente

dichos y/o elementos afectivos, parece ser que las mujeres dan más importancia a los elementos afectivos incluyendo en sus fantasías mayores referencias a los lugares, al tiempo en que se desarrolla algo totalmente condicionado por la educación y que como podemos observar en el aula está empezando a cambiar.

Todas las fantasías sexuales son positivas y es importante que lo transmitamos al alumnado promoviendo que eviten la represión sobre ellas. Algunas fantasías querrán llevarlas a la práctica y otras tal vez no, tener una fantasía no significa querer llevarla a la práctica. Pero en todo caso es la expresión a nivel de pensamiento o de imaginación de una serie de deseos sexuales.

7.2.17.- RELACIONES CON OTRAS PERSONAS

Sabemos que la sexualidad y su vivencia es algo subjetivo y personal, por tanto también la forma de expresar la sexualidad es personal. Existen multitud de conductas sexuales: besos, caricias, abrazos, palabras, frases, forman parte de nuestro repertorio. A pesar de poder poner en juego todas estas posibilidades, en muchos sectores se sigue identificando relaciones sexuales con coito vaginal.

El coito vaginal es una más de las conductas, ni la más importante, ni la única para obtener placer. En este sentido diferentes estudios cifran en un 25% el número de mujeres que sienten el orgasmo a través del coito vaginal, no es así

en el caso de los hombres, en los que el % se incrementa en gran medida. En las mujeres la estimulación del clítoris aparece como una de las conductas que provoca sensaciones más placenteras. No obstante es importante recordar la variabilidad de cada persona y sus apetencias al trabajar este tema. Por la primacía que tradicionalmente se ha dado al coito, conducta muy relacionada con la reproducción, muchas personas consideran que una relación sexual “completa” lo será si incluye el coito vaginal.

El coito anal es otra de las prácticas por la que el adolescente muestra interés. Habitualmente se identifica con la homosexualidad masculina, pero en los estudios realizados solamente un tercio de los homosexuales la incluyen como práctica habitual, formando actualmente parte del repertorio de conductas que manifiestan personas heterosexuales.

En cuanto a las prácticas orales destacan la fellatio o estimulación del pene con la boca y el cunnilingus o estimulación de los genitales femeninos con la boca. Otra conducta integrada habitualmente en las relaciones sexuales son las caricias corporales, los besos, en ocasiones se consideran únicamente como el preámbulo de otras conductas, como si por sí mismas no fuesen importantes. Este tipo de conductas, que no incluyen la penetración es lo que se conoce como petting en inglés y además de poder ser preámbulo o antecedente de otras prácticas son por sí mismas una manera de obtener placer y de

relacionarse con el/la otra.

7.2.18.- SALUD SEXUAL

La Organización Mundial de la salud define a la salud sexual como “La integración de los elementos somáticos, emocionales, intelectuales y sociales del ser sexual, por medios que sean positivamente enriquecedores y que potencien la personalidad, la comunicación y el amor”. Además la OMS afirma lo siguiente. “Son fundamentales para este concepto el derecho a la información sexual y el derecho al placer”.

Violencia, coacción, discriminación, vergüenza, culpabilidad, creencias erróneas y falta de conocimientos en materia de sexualidad son barreras para la salud sexual en las que muchas mujeres en todo el mundo deben hacer frente. Pero los proveedores pueden ayudar al abordar en forma respetuosa con las clientas los aspectos de sus vidas que puedan impedirles lograr una salud sexual óptima. ¹¹

7.2.19.-SALUD REPRODUCTIVA

Se define a la salud reproductiva no solo como la ausencia de enfermedad o trastornos en el proceso reproductivo, sino como una situación en la cual este proceso evoluciona a un estado de bienestar físico, mental, inscribiéndola por

¹¹ ROBINSON T. ELIZABETH. Fanny Health International. Editora principal Network. Vol. 21. N°4 (2002). Pág. 3.

lo tanto en el marco de la salud integral de la población. Orientada al desarrollo humano, la salud reproductiva es un elemento íntimamente ligado al desarrollo humano y social.

7.2.20 ORGANOS SEXUALES

7.2.20.1.- ORGANOS SEXUALES MASCULINOS

ÓRGANOS SEXUALES EXTERNOS

Pene: Miembro con función urinaria y reproductiva. Es un órgano muy sensible cuyo tamaño varía de hombre a hombre. La mayor parte del tiempo, el pene está flácido, pero cuando los tejidos del cuerpo cavernoso se llenan de sangre durante la excitación sexual, aumenta de volumen y se pone duro a lo que se le da el nombre de erección. En una relación sexual, cuando el pene es muy estimulado, suelta un líquido llamado esperma o semen que contiene a los espermatozoides. La salida del esperma, que es la eyaculación, provoca una intensa sensación de placer llamada orgasmo.

Escroto: Es una especie de bolsa atrás del pene que tiene varias capas, entre las cuales está una piel fina recubierta por vellos cuya coloración es más oscura que la del resto del cuerpo. Su aspecto varía de acuerdo al estado de contracción de la musculatura. Por ejemplo, en el frío el escroto se queda más corto y arrugado, y en el calor más liso y alargado. El escroto contiene los testículos.

Prepucio: Es la piel que recubre el glande (cabeza) del pene. Cuando el pene está erecto, el prepucio, por lo general, queda estirado hacia atrás dejando el

glande al descubierto. Cuando esto no ocurre, se tiene lo que se llama fimosis que puede causar dolor durante el acto sexual y dificultar la higiene del pene. La fimosis es fácilmente corregida con una cirugía menor utilizando anestesia local.

Glande: Es a lo que se conoce como cabeza del pene. Su piel es muy suave y tiene mucha sensibilidad.

ÓRGANOS SEXUALES INTERNOS

Testículos: Son las glándulas sexuales masculinas cuya función es la producción de hormonas y de espermatozoides. Una de las hormonas producidas es la testosterona, responsable por las características secundarias masculinas como son la distribución del pelo, la voz grave, los músculos, etc. Tienen la forma de dos huevos y para sentirlos basta con palpar la bolsa escrotal.

Uretra: Es el canal por donde se expulsa la orina y el producto de la eyaculación. Tiene alrededor de 20cm de largo y se divide en tres partes: uretra prostática, cuando atraviesa la próstata; uretra membranosa, cuando atraviesa el tramo de la pelvis; y la uretra esponjosa que se localiza en el cuerpo cavernoso del pene.

Epidídimo: Es un canal ligado a los testículos. Los espermatozoides son fabricados en los testículos y quedan almacenados en el epidídimo hasta madurar y ser expelidos o expulsados en el momento de la eyaculación.

Próstata: Es la glándula responsable por 30% del volumen del espermatozoides de un hombre.

Vesículas seminales: Son dos bolsas que contribuyen con líquido para que los espermatozoides puedan nadar.

Canales deferentes: Son dos canales muy finos que salen de los testículos y sirven para conducir los espermatozoides hasta la próstata.

Canal eyaculatorio: Está formado por la unión del canal deferente con la vesícula seminal. Es corto y recto, y casi todo su trayecto está situado al lado de la próstata, terminando en la uretra.

7.2.20.2.-ORGANOS SEXUALES FEMENINOS

ÓRGANOS SEXUALES EXTERNOS

Monte de Venus: Es la parte sobresaliente, localizada sobre el hueso de la pelvis llamado pubis. En la mujer adulta está recubierto por vellos que protegen esa región.

Labios mayores: Están cubiertos de vellos y son la parte más externa de la vulva. Comienzan en el Monte de Venus y van hasta el periné.

Labios menores: Son finos y no tienen vellos. Son muy sensibles y aumentan de tamaño durante la excitación.

Clítoris: Es un órgano de forma redondeada, muy pequeño pero de vital importancia porque es el responsable del placer sexual de la mujer. Es muy sensible cuando la mujer no está excitada. El toque directo puede ser desagradable. Cuando es delicadamente estimulado, la mujer experimenta una sensación muy intensa y agradable llamada orgasmo.

Meato uretral: Es el orificio por donde sale la orina.

Vagina: Es una abertura alargada por donde salen las secreciones vaginales, la sangre menstrual y el bebé.

ÓRGANOS SEXUALES INTERNOS

Útero: Es el órgano de la mujer donde el feto se desarrolla durante el embarazo. Cuando el útero no está grávido tiene el tamaño de un puño.

Cuello uterino: Es la parte inferior del útero. Tiene un orificio por donde sale la menstruación y por donde entran los espermatozoides. Durante un parto normal se dilata lo suficiente para dejar pasar el bebé.

Cuerpo uterino: Es la parte mayor del útero que crece durante el embarazo y

vuelve al tamaño normal después del parto. Está constituido por dos capas externas, la más superficial llamada peritoneo y luego hay un tejido muscular llamado miometrio. La capa interna se llama endometrio y se desprende con la menstruación renovándose todos los meses.

Trompas uterinas: Son dos, una a cada lado del útero. Cuando llegan al ovario, se abren en forma de flor. Es por dentro de las trompas que los óvulos viajan hacia el útero.

Ovarios: Son dos del tamaño de dos aceitunas grandes, uno a cada lado del útero, suspendidos por un ligamento nervioso y por capas de piel. Dentro de ellos los óvulos son almacenados y también se desarrollan. Los ovarios producen las hormonas femeninas.

Vagina: Es un canal que comienza en la vulva y va hasta el cuello uterino. Por dentro, está constituida de un tejido semejante al de la parte interna de la boca, con varios pliegues que le permiten estirarse durante el acto sexual o para dar paso al bebé en el momento del parto. Algunas mujeres sienten mucho placer durante la penetración del pene en la vagina, otras no tanto, lo que también es normal.

7.2.21.- MATERNIDAD Y PATERNIDAD EN LA ADOLESCENCIA

El embarazo, la maternidad y la paternidad, no pueden ser vistas como enfermedades, sea en la adolescencia o en cualquier otra fase de la vida. Así, no es posible hablar de la relación entre síntomas y causas, o sea, no se puede definir con precisión por qué sucede el embarazo en la adolescencia. No existe un único motivo para el embarazo en la adolescencia, así como no existe un único motivo para cualquier embarazo. Muchas veces, la joven puede embarazarse por libre y espontánea voluntad e incluso, con el apoyo de los padres. Puede, también, quedar embarazada por falta de información sobre cómo tener sexo sin quedar embarazada.

También, el embarazo puede suceder por abuso o violencia sexual. En ese caso, en Brasil, es permitida por ley, la interrupción del embarazo (aborto) en los hospitales públicos del país. Sin embargo, es necesario que la niña tenga apoyo suficiente después de ser abusada, para tomar providencias a tiempo, porque la interrupción del embarazo debe ser realizada en las primeras doce semanas de gestación, o sea, es posible en los dos primeros meses en que falta la menstruación.

Las situaciones y los motivos son varios y deben ser escuchados y discutidos a partir de una postura de respeto por parte del adulto responsable de ayudar a

aquel o aquella joven a crecer, sin promover actitudes represivas y prejuiciosas, pero creyendo en el diálogo y en el aprendizaje mutuo.

Además de eso, aún comprendiendo que el embarazo en la adolescencia puede generar obstáculos a los planes de estudios y de trabajo, no podemos olvidar que existen embarazos que pueden ser estructurantes y no necesariamente percibidos como un problema por los jóvenes. Cada caso es un caso, y el desenlace depende de la capacidad interna de cada uno para lidiar con la cuestión, así como de la forma en que fueron educados, de los valores sociales de la época y, principalmente, del apoyo familiar y/o de los profesionales. Apoyar a adolescentes que quedaron embarazadas y a su pareja, no significa estimular el embarazo entre adolescentes; significa crear condiciones para que ese proceso no resulte en problemas físicos y psicosociales para la pareja.¹²

7.2.22.- FECUNDACIÓN, EMBARAZO Y PARTO

FECUNDACIÓN

La fecundación se define como la unión del óvulo y el espermatozoide que tiene lugar en la Trompa de Falopio, de esta unión surge el huevo o cigote que al dividirse y desarrollarse pasará por diversas fases hasta convertirse en

¹² OPS. Seguir trabajando con hombres jóvenes. Manual 2

embrión y posteriormente en feto.¹³

EMBARAZO

El embarazo es el conjunto de fenómenos que después de la concepción hasta el nacimiento permiten la formación de una nueva persona. Se cuenta desde el primer día de la última hemorragia menstrual y suele tener una duración aproximada de 280 días.¹⁴

PARTO

Es la etapa final del embarazo, tiene lugar aproximadamente tras unos 280 días de gestación, o lo que es lo mismo, aproximadamente tras nueve meses de embarazo.¹⁵

7.2.23.- EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA

En los últimos años se ha producido en nuestra sociedad un cambio en las normas sexuales tendientes hacia una mayor permisividad comparando con épocas anteriores, lo que ha producido a su vez un cambio en las conductas sexuales, iniciando las relaciones sexuales coitales en edades cada vez más tempranas.

Los embarazos en la adolescencia responden a multiplica factores: falta información o mejor dicho formación sexual, problemas de comunicación con

¹³ BERRI Eva. Sexualidad Humana. Séptima Unidad.

¹⁴ BEERI Eva. Sexualidad Humana. Séptima Unidad.

¹⁵ BERRI Eva. Sexualidad Humana. Séptima Unidad.

los padres y/o con la propia pareja, falta de concienciación para asumirse como persona sexuadas con actividad sexual, actitudes negativas hacia medidas preventivas, actitudes culpabilizadora hacia la sexualidad, déficit. En las habilidades de relación social.

Para salir el problema de embarazos adolescentes en un primer momento desde diversos programas e instituciones se puso el acento en la información sobre métodos anticonceptivos, sin embargo, diferentes estudios han demostrado que no existe correlación clara entre el grado de información anticonceptiva y el descenso en el número de embarazos se debe trabajar desde el cambio actitudinal en lo referente a salud sexual y salud personal en general.

Estos embarazos no deseados en la adolescencia conllevan un riesgo (físico y/o psicológico) sea cual sea la decisión que se tome (abortar o seguir adelante con el embarazo), trunca las expectativas de desarrollo personal, especialmente de la adolescente.

7.2.24- ABORTO

Se puede definir el aborto como una interrupción del embarazo, tanto si se produce de forma espontánea como por decisión de la mujer embarazada. En

este segundo caso se llama interrupción voluntaria del embarazo (I.V.E.).¹⁶

El aborto es una práctica que tiene poco amparo legal en la mayoría de los países de América Latina. Sin embargo, la ausencia de opciones anticonceptivas para las mujeres, asociadas a la precariedad de las condiciones de vida, acaba remitiendo a muchos jóvenes y mujeres adultas a abortos clandestinos que colocan en riesgo su salud y sus vidas.

¿Qué ocurre con los muchachos frente a la evidencia de la necesidad de que su pareja tenga que decidir o no por el aborto?

Estudios realizados en la década del 90 indican que el hecho de que el embarazo ocurre en el cuerpo femenino le permite al hombre, y sólo a él, el chance de evadirse de la responsabilidad del embarazo. Es ella quien deberá decidir por la continuidad o por la interrupción, el hombre puede evadirse de esa decisión.

¿Aún cuando existe una empatía y deseo de participar de esa decisión, los muchachos conseguirían hacerlo?

Estudios recientes muestran que cuando las jóvenes comunican a sus parejas la noticia del embarazo, ellos creen en su capacidad retórica de convencimiento contra el abortos. Muchas veces los hombres acaban influenciando sobre las respuestas adoptadas por las adolescentes frente al embarazo e indirectamente sobre sus historias de vida. Aún teniendo en cuenta que en última instancia las mujeres deciden la aptitud con relación al embarazo, los hombres investigados, especialmente los más jóvenes, confían

¹⁶ BERRI Eva y Otros. Planificación y anticoncepción. Unidad Didáctica 8.

en su capacidad de redireccionar la acción de las mujeres.

¿Entonces, al final de quien es la decisión?

Ambos participaron del embarazo, pero concretamente, la última palabra es de la mujer. Debemos ponderar, sin embargo, que desde el punto de vista ético y de derechos, los hombres pueden y deben ser partícipes en el proceso de decisión.

7.2.25.- PLANIFICACIÓN FAMILIAR

La planificación familiar surge en un primer momento con el objetivo de ofrecer a las personas información y asesoramiento para poder decidir de forma libre y responsable el momento en que desean tener hijos y el número de hijos que quieren tener.

A más de estos se suman otros objetivos como la salud y el bienestar de la persona, ya que posibilita a las personas/pareja una vivencia más satisfactoria de la sexualidad y por tanto una mejora de su calidad de vida. Así podemos afirmar que la atención en PF abarca hoy mucho más que la contracepción destinada a limitar y/o espaciar los embarazos en la mujer. Contempla aspectos informativos y asesoramiento en sexualidad en las diferentes etapas

de la vida, de orientación sexual, asesoramiento sobre métodos anticonceptivos, atención y prevención de infecciones por vía sexual y de embarazos no deseados nuevas técnicas reproductores.. dirigiéndose tanto a hombres como a mujeres.

7.2.26.- MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

Podemos clasificar los métodos anticonceptivos como:

DE BARRERA	HORMONALES	INTRA-UTERINOS	QUIRURGICOS	NATURALES
Preservativos masculino.	Píldora.	D.I.U.	Vasectomía.	Ogino.
Preservativo femenino.	Píldora post-coital.		Ligadura de trompas.	Temperatura.
Diafragma.	Inyección hormonal.			Moco cervical o billings.
Esonja vaginal.				
Espermicidas.				

MÉTODOS DE BARRERA

- **PRESERVATIVO O CONDÓN:**

El preservativo masculino consiste en una bolsa de látex lubricada que se coloca en el pene para impedir que el semen se deposite en la vagina. Se desenrolla sobre el pene cuando éste está en erección y antes de realizar cualquier penetración o acercamiento del pene a la vulva. En el extremo del preservativo existe un depósito para el semen que debe ser vaciado de aire

una vez que se comienza a colocar para evitar que por la presión se rompa durante la penetración, posteriormente. Se coloca el preservativo en el glande y se va desenrollando desde la punta del pene hasta la base. Tras la eyaculación se debe retirar el pene de la vagina antes de que éste vuelva a su estado normal para evitar que el semen se pueda introducir en la vagina.

Algunos preservativos están impregnados por cremas espermicidas que matan los espermatozoides proporcionando así doble protección.

El preservativo femenino consiste en una bolsa de poliuretano que se coloca en la vagina para impedir que el semen se deposite en ella. Se presenta con lubricación para facilitar su inserción. Consta de dos aros, uno de mayor diámetro que otro. El aro más pequeño se presiona con los dedos para facilitar la introducción a través del orificio vaginal, una vez introducido se empuja con los dedos asegurándose de su adecuada colocación en el fondo de la vagina. El aro exterior o más grande quedará fuera de la vagina permitiendo la penetración y la extracción del mismo. Al inicio de la penetración habrá que asegurarse de que el pene se introduce a través del preservativo y no por los lados. Al finalizar el coito, con o sin eyaculación se retirará tirando del aro exterior. A diferencia del preservativo masculino no es necesario que inmediatamente después de la eyaculación el pene tenga que separarse de la vagina, ya que el propio preservativo impide que el semen se derrame en el

interior de la misma.

El preservativo o condón, tanto masculino como femenino cumplen un doble objetivo, por una lado evita el embarazo y por otro es el único método que previene de ETS y V.I.H.

Las ventajas del preservativo tanto femenino como masculino son:

- Previene el embarazo.
- Es el único método que previene las ETS y VIH. posibilita tener relaciones coitales sin riesgos.
- No tiene contraindicaciones ni efectos secundarios.
- No es necesaria la consulta médica para su utilización.
- Son de fácil adquisición (farmacias,...).
- Son fáciles de utilizar y si se utilizan adecuadamente tienen un alto índice de eficacia.
- Son baratos (el preservativo masculino tiene un precio más asequible que el femenino).
- Su colocación puede convertirse en un juego erótico.

Como desventajas del preservativo señalamos:

- Da "corte" decir que hay que ponérselo.
- Puede crear dudas en la otra persona sobre el propio estado de salud.

- Se puede percibir que se pierde sensibilidad, disminuye el placer.

En cuanto a su eficacia, el preservativo masculino y femenino es de un 98% tanto en la prevención de embarazos como de E.T.S. y VIH. siempre y cuando su uso sea el adecuado (en cuanto a cómo utilizarlo, a utilizarlo siempre). Combinado con otro método, crema espermicida o diafragma. el índice asciende prácticamente al 100%.

Es uno de los métodos más aconsejables en parejas no estables o si las relaciones coitales son esporádicas. Asimismo, por su fácil adquisición y utilización. por no tener efectos secundarios, ni ser necesaria la consulta médica, por su alta fiabilidad, para prevenir embarazos. ETS y VIH es el método más aconsejable para los/as adolescentes.

- **DIAFRAGMA**

Es un capuchón de goma flexible en forma de semicircunferencia que se introduce en la vagina cubriendo el cuello del útero. Antes de introducirlo en la vagina es necesario cubrirlo de crema espermicida por ambos lados. El diafragma bloquea la entrada de los espermatozoides en el útero, la crema espermicida mata algunos de estos espermatozoides

Existen diferentes tamaños de cuello del útero, así las tallas de diafragmas

también son diferentes, por ello es necesaria acudir a la consulta ginecológica donde además de indicar la talla que la mujer necesita, informan sobre cómo colocarlo correctamente. Para introducirlo se debe flexionar el capuchón de goma e introducirlo a través del orificio vaginal.

Debe colocarse diez minutos antes de la penetración y permanecer colocado hasta ocho horas después. Se utiliza cada vez que vaya a haber penetración, y en cada una de ellas debe aplicarse la crema espermicida, sin sacarlo si no han pasado las ocho horas tras la anterior penetración. Después de su utilización se lavará con agua y jabón neutro, además conviene revisar el estado de la goma. Aproximadamente cada dos años es conveniente cambiar el diafragma.

Entre las ventajas del diafragma destacamos:

- No tiene efectos secundarios.
- La crema espermicida reduce aunque no previene totalmente el riesgo de una enfermedad de transmisión sexual.
- Su colocación permite conocer mejor nuestro cuerpo y puede convertirse en un juego erótico.
- Estudios realizados indican que su utilización durante periodos prolongados reducen el cáncer cervical.

Como desventajas señalamos:

- Su colocación puede resultar incómoda, hay que colocarlo diez minutos antes de la penetración y retirarlo hasta ocho horas después.
- Hay que aplicar crema espermicida en cada penetración.
- Hay que acudir a la consulta médica para utilizarlo.
- La crema espermicida puede producir irritaciones en el pene y la vagina.
- No previene de las enfermedades de transmisión sexual, ni del SIDA.

En cuanto a su eficacia, es un método bastante seguro para evitar un embarazo, utilizado correctamente y siempre con cremas espermicidas. Durante el período de ovulación puede utilizarse conjuntamente con un preservativo.

Este método permite conocer mejor los órganos genitales de la mujer, es un método aconsejable para parejas sanas estables que no mantienen relaciones coitales con otras personas, puesto que no previene de ETS ni del VIH.

Para las adolescentes no resulta un método muy recomendable, en primer lugar es necesaria la consulta ginecológica, en segundo lugar su colocación requiere la exploración, conocimiento y cuidado de nuestros órganos genitales, hecho que no siempre es vivido de forma natural por las adolescentes.

- **ESPERMICIDAS.**

Son sustancias químicas, en forma de óvulos vaginales, geles o cremas que inactivan a los espermatozoides. Se introducen en la vagina 15 mm. antes del coito, aplicándose cada vez que haya penetración. La mujer no debe lavarse tras terminar el coito porque los espermicidas actúan entre 6 y 8 horas después de su aplicación.

Los espermicidas utilizados solos tienen una baja fiabilidad a la hora de prevenir embarazos, pero son un buen recurso combinadas con otros métodos anticonceptivos como el preservativo o el diafragma.

Ventajas:

- Parecen tener cierta capacidad preventiva frente a las E.T.S.
- Son de fácil adquisición, se compran en la farmacia,

Desventajas:

- Son poco seguros, utilizados solos.
- Pueden producir irritaciones en la vagina, y en el pene.
- Pueden interrumpir la relación sexual.

MÉTODOS HORMONALES

- **PÍLDORA:**

Es un fármaco compuesto por hormonas sintéticas similares a las hormonas femeninas (estrógenos y progesterona).

Estas sustancias circulan por el torrente sanguíneo de la mujer impidiendo la maduración del óvulo, de esta manera al no haber ovulación no es posible la fecundación. Además modifica el moco cervical haciéndolo más espeso, dificultando con ello el acceso de los espermatozoides también cambia las paredes del útero impidiendo la implantación del óvulo.

Para comenzar a tomar la píldora es necesaria la consulta ginecológica. El/la ginecológica realizará un estudio médico, indicando si es adecuado este método anticonceptivo y qué píldora es la más idónea para cada mujer. Se realizan revisiones periódicas de seguimiento para conocer el estado de salud de cada mujer.

Se comercializa en tabletas de 21 pastillas cada una. Al comenzar a tomar la primera píldora se ingiere el primer día del ciclo, es decir, el primer día que aparece la menstruación y se continúa la toma hasta que finaliza el envase, tomando una píldora por día, aproximadamente a la misma hora.

A continuación comienza un periodo de descanso de 7 días, que coincide con el momento de la menstruación, y durante los cuales se pueden también mantener relaciones cóitales sin temor al embarazo. Tras estos siete días se continua tomando la píldora durante 21 días con los descansos pertinentes.

Si se olvida tomar la píldora un día, existe un plazo aproximado de 12 horas para tomarla: pasado este tiempo ya no es segura su efectividad, siendo necesario en tal caso utilizar otro método anticonceptivo en las relaciones cóitales hasta la aparición de la menstruación. Por otra parte habrá que tener en cuenta que el efecto de la píldora puede ser ineficaz si se tienen vómitos, diarreas.

Con las píldoras comercializadas en la actualidad la prevención ante el embarazo comienza ya en la primera toma, al contrario que hasta hace poco que durante el primer ciclo era necesario utilizar otro método anticonceptivo, porque el compuesto químico no había hecho su efecto anovulatorio en el sistema hormonal de la mujer. No obstante es interesante consultar con el servicio de ginecología sobre las características de cada fármaco y su utilización.

Entre las ventajas de este método:

- Alta fiabilidad si se utiliza correctamente.
- No interfiere en la relación sexual.
- Puede ser recomendada en casos de trastornos causados por cuestiones hormonales
- Regula la menstruación y elimina los dolores de ésta.

Entre las desventajas:

- Existen una serie de contraindicaciones en la utilización de este método para mujeres que sufran trastornos circulatorios y cardiovasculares, trastornos de hígado o vesícula, diabetes.
- No es un método aconsejable para mujeres con más de 35 años, muy fumadoras o con problemas circulatorios.
- El alcohol en grandes cantidades interfiere en la acción de la píldora.
- Hay una serie de medicamentos que son incompatibles con la píldora.
- Requieren un control para su correcta utilización y visitas periódicas al/la ginecóloga.
- No es adecuada si se mantienen relaciones cóitales esporádicas.
- No protege de las enfermedades de transmisión sexual, ni de la infección por VIH.

Tradicionalmente la píldora ha sido asociada con numerosos efectos

secundarios y trastornos en la salud de la mujer. Los avances científicos en materia contraceptiva están logrando píldoras que cada vez tienen menos efectos, incluso en algunas mujeres estos no aparecen. No obstante, el/la ginecóloga junto con la mujer, será la persona encargada de decidir la idoneidad de este método anticonceptivo.

Es uno de los métodos más eficaces para evitar un embarazo, si se utiliza correctamente, su fiabilidad se sitúa próxima al 100%.

Al hablar de la píldora con el alumnado conviene reflexionar sobre las ventajas y desventajas de éste método, las desventajas son más bien contraindicaciones, es decir, por su estado de salud hay mujeres para las que no es aconsejable; así mismo conviene señalar la necesidad de la consulta ginecológica. No se puede acudir a la farmacia y comprar una marca determinada porque una amiga, madre o conocida la tome y le vaya bien (en la farmacia no es necesaria la receta médica y se pueden adquirir fácilmente). Además conviene tener en cuenta que la píldora no previene de FIS, ni del VIH; tampoco resulta un método aconsejable si las relaciones coitales son esporádicas.

- **PÍLDORA POST-COITAL:**

También llamada píldora del día siguiente. Es un compuesto hormonal que se

toma por vía oral, entre las 24 o 72 horas siguientes a una relación coital sin protección para evitar el posible embarazo. Debe recetarla el/la ginecóloga y debe tomarse antes de que pasen 72 horas desde el coito y, preferiblemente en un plazo de 24 horas o lo más cercano posible a la relación coital.

Las dosis hormonal es muy alta y puede producir serios efectos secundarios, por ello se utiliza exclusivamente en casos de “emergencia”, rotura de condón, eyaculación sin protección, violación.

No obstante otras fuentes apuntan posibles razones éticas para la no recomendación de este tratamiento por poder ser considerado por un método abortivo.

La dosis la estipula el servicio de ginecología y se recomienda que entre pastilla y pastilla exista un margen de 12 horas.

Es importante dejar claro al alumnado que la píldora post-coital no se trata de un método anticonceptivo, sino que debe utilizarse en situaciones excepcionales y no de forma indiscriminada. El índice de eficacia es de un 99%

Ventajas:

Alternativa a un embarazo temprano o aborto.

Desventajas:

- Es necesaria a receta médica.
- No es una opción anticonceptiva continuada.
- Posibilidad de efectos secundarios: vómitos, náuseas.
- Sangrado menstrual irregular y alteraciones de hipersensibilidad en los senos.
- Ingestión de alta dosis hormonal.

• INYECCIÓN HORMONAL:

Consiste en la introducción de un compuesto hormonal por vía intramuscular. Su función es aumentar el volumen de las mucosas del cuello del útero, de manera que los espermatozoides no pueden atravesarlo. no teniendo contacto con el útero ni con las trompas de Falopio.

No es un método muy utilizado, lo receta el/la ginecóloga, sobre todo en casos de mujeres que no pueden utilizar ninguno de los otros anticonceptivos por razones médicas o que no los toman por razones sociales.

Los efectos de la inyección son al igual que los de la píldora de un ciclo menstrual, aunque hasta hace poco podíamos encontrar inyecciones con

efectividad durante tres meses. En cuanto a su eficacia esta es similar a la de la píldora.

Las ventajas de este contraceptivo son:

- Para mujeres que no tienen el hábito de utilización de método anticonceptivo supone una despreocupación ante las relaciones coitales.

Entre las desventajas:

- Los efectos secundarios pueden ser parecidos a los de la píldora.

En algunas mujeres los ciclos pueden ser más cortos o con mayores

MÉTODOS INTRAUTERINOS

• **DISPOSITIVO INTRAUTERINO (DIU)**

Es un pequeño objeto de plástico flexible y de cobre que se introduce en el útero para evitar el embarazo.

El DIU dificulta el paso de los espermatozoides hacia las trompas de Falopio; aumenta la movilidad de éstas dificultando la fecundación; modifica el endometrio impidiendo a anidación del óvulo en el caso de que éste haya sido fecundado.

Para su uso es necesaria la consulta ginecológica. Será el/la ginecóloga quien se encargará de colocarlo, midiendo la longitud del útero. Una vez colocado puede permanecer en el útero de dos a cinco años según la clase de DIU que se utilice, teniendo que realizar revisiones periódicas.

Su colocación es muy sencilla y corre a cargo del/la ginecólogo/a. La mujer que se coloca un DIU debe controlar cualquier tipo de infección vaginal y acudir al/la médico/a en caso de sentir cualquier anomalía, así como ante la sospecha de un embarazo.

Su eficacia es de un 97%. El nivel más alto de fracaso se produce durante su primer año de uso.

Ventajas:

- Una vez colocado puede permanecer entre dos y cinco años. Hay que tener en cuenta las revisiones periódicas.

Desventajas:

- Es más aconsejable para mujeres que han tenido un embarazo.
- Las reglas pueden ser más abundantes, sobre todo durante los primeros meses, y en ocasiones más dolorosas.
- Pérdidas entre periodos.

- No previene de enfermedades de transmisión sexual ni del VIH.
- Es necesario un control ginecológico.

MÉTODOS QUIRÚRGICOS

- **VASECTOMÍA:**

Se trata de una operación quirúrgica que tiene como objetivo la esterilización del hombre.

Consiste en seccionar los conductos deferentes, impidiendo el paso de los espermatozoides en la eyaculación. De esta manera el hombre seguirá produciendo semen compuesto por el líquido seminal y el prostático pero al no haber espermatozoides el óvulo no puede ser fecundado. Los espermatozoides al no poder seguir su camino, son reabsorbidos por el propio cuerpo.

Entre las primeras semanas y los tres meses tras la operación, el semen puede tener espermatozoides por lo que se aconseja utilizar otro método anticonceptivo para evitar el embarazo.

Su índice de eficacia es muy alto, siendo un método muy seguro para personas que han decidido no tener más hijas.

Ventajas:

- No tiene efectos secundarios.
- No guarda relación con el deseo sexual, ni con la capacidad de erección.
- No interfiere en la relación sexual.
- No requiere hospitalización.

Desventajas:

- Es un método irreversible, aunque se sigue investigando para paliar este déficit.

• LIGADURA DE TROMPAS

Este método consiste en una operación quirúrgica que tiene como fin la esterilización de la mujer.

Se trata de seccionar las trompas de Falopio, impidiendo de esta manera el paso de los óvulos hacia el útero y de espermatozoides a las trompas, de forma que no es posible la fecundación.

La mujer continúa con su ciclo menstrual madurando el óvulo, pero al encontrar el camino hacia el útero cerrado se reabsorben.

Su eficacia es muy alta, siendo un método adecuado para personas que han decidido no tener más descendencia.

Ventajas:

- Es una operación sencilla, requiere entre horas o dos días de hospitalización.
- No tiene efectos secundarios.
- No guarda relación con el deseo sexual, ni interfiere en las relaciones sexuales.

Desventajas:

- Es un método irreversible.

Tanto la vasectomía como la ligadura de trompas son métodos para personas que se han planteado no tener más hijas o simplemente no tenerlos. Ahora bien, hay que tener en cuenta que hasta el momento son métodos irreversibles, no hay marcha atrás, por lo que no son métodos muy recomendables para los jóvenes.

MÉTODOS NATURALES

Existen varios métodos que se basan en el conocimiento del momento exacto de la ovulación, del periodo fértil de la mujer, y en la abstinencia de relaciones coitales durante este período. Estos métodos se llaman naturales porque no dependen de elementos externos al propio cuerpo (objetos, fármacos,

operaciones quirúrgicas).

- **MÉTODO OGINO**

Este método calcula el momento de la ovulación de la mujer basándose en el ciclo menstrual. La ovulación se produce hacia la mitad del ciclo menstrual, contando el primer día de la menstruación como el primer día del ciclo. Por ejemplo en un ciclo de 28 días entre menstruación y menstruación, la ovulación se produciría hacia el día 14 de dicho ciclo. El método ogino consiste en abstenerse de mantener relaciones celta-les durante el periodo fértil de la mujer, que se considera como cinco días antes y dos después de la ovulación.

Para la utilización de este método como método de control de embarazos se recomienda controlar el ciclo menstrual al menos durante un año, teniendo un control exhaustivo de las ovulaciones, y haciendo posteriormente una serie de operaciones aritméticas que indicarán los días más fértiles de cada mujer, para evitar durante este tiempo las relaciones coitales sin prevención.

- **TEMPERATURA**

Este método consiste en controlar la temperatura corporal de la mujer. En los días que siguen a la menstruación la temperatura se mantiene baja, en el momento justo de la ovulación la temperatura desciende unas décimas, aumentando progresivamente hasta que hay un periodo en que permanece constante hasta la próxima menstruación. El periodo seguro se cuenta a partir

de tres días de la temperatura más alta hasta la próxima menstruación.

La temperatura se puede medir con un termómetro normal o con uno específico, realizándose las mediciones siempre en el mismo momento del día y siempre también por las mismas vías: rectal, oral o axilar.

De esta manera, controlando la temperatura, se puede determinar el periodo fértil y abstenerse de mantener relaciones de penetración durante este periodo o utilizar un método anticonceptivo de barrera.

- **MÉTODO DEL MOCO CERVICAL**

Según este método si observamos los cambios que se producen en el moco cervical de a mujer podemos determinar los días fértiles, para abstenerse de mantener relaciones coitales.

El moco cervical es un líquido viscoso secretado por las mucosas uterinas que se aprecia en el cuello del útero y en las paredes vaginales.

Tras la menstruación hay unos días de ausencia de moco cervical, poco a poco comienza a aparecer una mucosidad pegajosa y sensación de humedad, el moco se vuelve más elástico y lubricante hasta el momento en que se produce la ovulación, éstos son los días de máxima fertilidad. Tras estos días, el moco se vuelve más opaco y pegajoso, en los cuales todavía hay posibilidad de embarazo.

Hacia el día 4° después del día de la ovulación se puede apreciar una mayor sequedad o moco opaco, considerándose éste el período infértil.

Ventajas de los métodos naturales:

- No tienen efectos secundarios, no se administra ningún fármaco, ni se introduce ningún elemento externo que pueda afectar al organismo, ni de a mujer, ni del hombre, no es necesaria ninguna operación quirúrgica.
- Posibilita un gran conocimiento del cuerpo femenino.

Desventajas de los métodos naturales:

- Es necesario un conocimiento exacto del cuerpo y un control muy riguroso para que sean efectivos.
- Para comenzar a basarse en ellos debe darse un periodo de al menos 6 meses o un año que permita a la mujer conocer el funcionamiento de su cuerpo.
- Existen múltiples factores que producen cambios en nuestro organismo como situaciones de estrés, ansiedad, nervios, tensión, viajes... Una infección, un resfriado puede cambiar la temperatura y los medicamentos, los preservativos, los espermicidas, diafragma, duchas vaginales, además producen alteraciones en el moco cervical.
- Hay que contar con periodos de abstinencia de relaciones coitales que

pueden ir desde los 8 días hasta las dos o tres semanas.

- Hay mujeres con ciclos irregulares. especialmente entre las adolescentes cuyo control natural se hace muy difícil y poco fiable.
- No previenen de ETS, ni del VIH.

En cuanto a su eficacia, ésta depende de múltiples factores que producen alteraciones en el organismo, pero en general, son todos ellos métodos poco efectivos, puede aumentar su fiabilidad si consideramos de forma combinada varios de ellos.

Es conveniente darlos a conocer entre el alumnado, reflexionando sobre los pros y los contras de su utilización. Son métodos que como hemos señalado anteriormente exigen un gran conocimiento del cuerpo y de su funcionamiento, algo que no es común entre la mayoría de las adolescentes. Además en la pubertad/adolescencia los ciclos menstruales suelen ser irregulares por la serie de cambios que se producen en el organismo, por ello resultan métodos poco eficaces especialmente en este periodo.

No obstante los datos que se proporcionan a través de la explicación de los métodos naturales pueden ser de interés para las chicas principalmente ya que les puede permitir conocer mejor su cuerpo y los cambios que se producen dependiendo del momento del ciclo menstrual por el que estén pasando.

7.2.27.- ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

El termino Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS) se refiere a un grupo de síndromes patológicos que pueden transmitirse por vía sexual, sin tener en cuenta si la enfermedad tiene manifestaciones patológicas genitales.

La denominación ETS es más amplia que la categorización que se empleaba previamente de “enfermedades venéreas”. Al igual que ocurre con otras enfermedades infecciosas la ETS pueden clasificarse según su agente etiológico o según las manifestaciones de la enfermedad. Se sabe o se cree que los siguientes patógenos se transmiten por vía sexual: bacterias, virus, protozoos, hongos, ectoparasitos.¹⁷

7.2.28.- PRINCIPALES INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

GONORREA

En los hombres, los síntomas son ardor al orinar y secreción amarilla y purulenta por el pene. Las mujeres no presentan síntomas al inicio de la enfermedad, sólo después de algún tiempo es que sienten dolor al orinar, secreción y dolor en el bajo vientre. La enfermedad que no se cura puede

¹⁷ MOSBY/DOYMA. Enfermedades Infecciosas. Capítulo 9. Pág. 185.

atacar el corazón y los huesos, así como imposibilitar a la mujer a tener hijos. En las mujeres embarazadas puede provocar el aborto o adelantar la hora del parto. El bebé puede nacer con problemas.

CANDIDIASIS

Es provocada por un hongo llamado *Candida* que se multiplica de forma anormal en los genitales. En los hombres, los síntomas son enrojecimiento, manchas blancas y picazón en el pene. Las mujeres presentan secreción blanquecina, parecida a leche cortada, que da escozor en los genitales. Suele aparecer en el embarazo o con el uso de antibióticos.

TRICHOMONÍASIS

Las mujeres infectadas presentan una secreción amarilloverdosa con mal olor: Ambos sexos presentan dolor en el momento del acto sexual, dificultad para orinar y picazón en los órganos genitales.

CLAMIDIA

Es una enfermedad poco conocida pero muy frecuente y peligrosa. Los hombres sienten ardor tienen una secreción clara antes de orinar. En las mujeres muchas veces los síntomas no se manifiestan, pero las consecuencias son graves: Las mujer puede quedar estéril o en caso de estar embarazada, el bebé nacerá con la infección.

HERPES GENITAL

Aparece y desaparece periódicamente. Puede ser tratada, pero el virus no se elimina, es decir no tiene cura. Sólo es posible reducir su actividad la enfermedad se presenta con ampollas o heridas dolorosas en los órganos genitales o el ano. Estas heridas desaparecen solas pero al pasar el tiempo reaparecen en el mismo lugar. En los períodos de ampollas o heridas. las personas son transmisoras de la enfermedad.

CONDILOMA ACUMINADO

Es una enfermedad conocida como cresta de gallo, provocada por el HPV. Este virus está relacionado con el surgimiento de un tipo de cáncer del cuello uterino. Aparecen verrugas alrededor de los órganos genitales o del ano. Es importante ir al médico a la primera señal, ya que si no se trata rápido las verrugas crecen, se multiplican y el tratamiento es más doloroso.

SÍFILIS

Puede ser transmitida por contacto sexual vaginal, oral o anal. El primer síntoma es una pequeña úlcera en los órganos genitales, con ganglios inguinales que surgen de 15 a 21 días después de la relación sexual con la

persona infectada. Esta úlcera desaparece sin tratamiento, pero la enfermedad continua en la sangre y si no es tratada puede acarrear complicaciones para el sistema nervioso, los huesos, el corazón, los ojos y puede provocar hasta la muerte. La mujer embarazada podrá pasar la enfermedad al feto; el bebé puede nacer con neumonía, ceguera, parálisis o muerto.

SIDA

También es una ITS, pero puede ser transmitida de otras formas además del contacto sexual y no presenta síntomas visibles como las otras enfermedades. Es necesario un examen de sangre para saber si la persona se infectó o no. El SIDA es causado por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) que ataca el sistema de defensa del organismo, aumentando la posibilidad de la persona adquirir ciertas enfermedades que pueden llevarlo a la muerte. Estas enfermedades son provocadas por bacterias, virus y otros parásitos que normalmente el organismo combate con su mecanismo de defensa. Cuando entran en contacto con un portador del virus del SIDA; se torna muy peligrosas porque se aprovechan de la Inmunodeficiencia de la persona provocando las llamadas enfermedades oportunistas: herpes, tuberculosis, neumonía, candidiasis y tumores.

Se transmite de las siguientes formas:

Relaciones sexuales: El virus es transmitido por relaciones sexuales vaginales,

orales o anales, pues se encuentra en el semen y el fluido vaginal. Se recomienda el uso del preservativo en todas las relaciones sexuales.

Uso de agujas inyectables y jeringuillas contaminadas: Agujas inyectables jeringuillas contaminadas pueden transmitir el virus del eventual usuario de droga a los demás usuarios que usan la misma aguja o jeringuilla sin esterilizarla. Por esa razón se recomienda el uso de jeringuillas y agujas desechables.

Transfusión de sangre: Si el donador estuviera infectado y su sangre no es analizada, puede pasar el virus directamente a su receptor. Todo donador de sangre debe hacerse pruebas que detecten el VIH. Las bolsas de sangre deben venir con el sello de ANALIZADAS.

Transmisión vertical: Este tipo de infección se da de madre a hijo. Puede suceder durante el embarazo, a la hora del parto o después, durante la lactancia. Lo ideal sería que la pareja se hiciera la prueba del VIH cuando esté planificando tener un hijo.

Desdichadamente todavía no se ha descubierto una cura para el SIDA. Hasta el momento lo que existen son medicamentos que consiguen prolongar la vida de los portadores del virus con una mayor calidad.

7.2.29.- SERVICIOS DE SALUD Y LA ATENCIÓN A LOS ADOLESCENTES

Está aumentando el interés por experiencias de trabajo en salud reproductiva y sexualidad con adolescentes en América Latina y el Caribe generando, sobre todo, a partir de acciones desarrolladas con mujeres jóvenes. Hasta el momento, experiencias concretas, han sido desarrolladas básicamente por ONGs a través de programas innovadores, salvo raras excepciones, con recursos de fundaciones privadas y sin fines lucrativos, esas iniciativas, sin embargo, han enfrentado varios obstáculos entre las cuales está la falta de preparación de los profesionales de salud, tanto hombres como mujeres, para atender a los adolescentes, así como la ausencia de material específico y también la falta de interés de los adolescentes en cuidar de su salud. Es notoria la ausencia de recursos gubernamentales para formular y ejecutar programas dirigido a este grupo vulnerable.¹⁸

7.2.30.- NORMAS DE ATENCIÓN DE SALUD REPRODUCTIVA DE LOS/LAS ADOLESCENTES

¹⁸ Organización Panamericana de Salud. Sexualidad y Salud Preproductiva. Tomo I (2001).

ANTECEDENTES

En diciembre de 1995, luego de su revisión y discusión nacional. el Ministerio de Salud Pública, publica el manual de normas y procedimientos para la atención integral a la salud de los/las adolescentes con énfasis en salud reproductiva, las mismas que contienen además los instrumentos técnicos necesarios para orientar su operatividad.

Desde el mes de noviembre de 1996. se inicia la implementación de las mismas en algunas provincias del país, proceso que se encuentra en desarrollo actualmente mediante la conformación de rede-interdisciplinarias, interinstitucionales e intersectoriales con amplia participación comunitaria y juvenil y capacitación sobre las mencionadas normas en todos los equipos interdisciplinarios que están trabajando con adolescentes en el país.

El presente documento complementa las normas vigentes, a las que se les reconoce su calidad y actualidad técnica, acorde con las necesidades de la población adolescente.

La historia clínica para adolescentes actualmente vigente en el MSP, se adjunta como anexos y constituir, un gran apoyo para todas las intervenciones

planteadas en este manual, en el que a menudo nos referimos a ella para lograr una información precisa.

Los instrumentos técnicos (MANUAL DE NORMAS MSP-1995). constituyen una guía y no podrán elaborarse todos en una primera consulta, debe atenderse el motivo de la consulta x' completar 1.. información biopsicosocial en tiempos sucesivos y en lo posible mediante un trabajo de equipo interdisciplinario y/o intra e interinstitucional.

7.2.31.- MARCO DE LA ATENCIÓN INTEGRAL

La salud reproductiva de los/las adolescentes debe ser considerada un elemento importante de la atención integral.

- La cuadragésima segunda asamblea mundial de salud de la OMS. consideró que la salud del/la adolescente es un elemento básico para el desarrollo social de todos los países.
- La OMS define la adolescencia como el grupo de edad comprendido entre los 10 y 19 años.
- Adolescentes menores son aquellos que están entre los 10-14 años de edad y mayores los que tienen entre 15 y 19 años.
- La pubertad se define como *"inicio biológico"* de la adolescencia. Es el

conjunto de manifestaciones físicas y funcionales que transforman el cuerpo infantil.

- En el aspecto psicológico se espera que el/la adolescente logre alcanzar un grado adecuado y aceptable de pensamiento abstracto, así como de autonomía, independencia, definición de vocaciones y aceptación de una escala de valores.
 - En esta etapa de la vida la relación grupal adquiere gran connotación, al igual que la “presión del grupo”.
 - Es un período de ensayo de nuevos roles, de cambios y experiencias que propician de este grupo etéreo a situaciones de riesgo.
 - Los/las adolescentes son parte y manifestación de su cultura, de su familia y su época, de un ambiente, de sus valores.
 - Es recomendable que todas las actividades que se realicen en el campo de la adolescencia sean posteriores a un diagnóstico biopsicosocial del/la adolescente, de su familia, del entorno y comunitario, para lograr una atención integral y multidisciplinaria.
 - En lo que se refiere al tema de la sexualidad, es importante antes de brindar atención proveedora de servicios de salud busque oportunidades de capacitación de acuerdo realidad de su medio.
- Desde el punto de vista social, la adolescencia finaliza cuando el/la joven independizarse emocional y económicamente de su núcleo familiar, ha aceptado su rol y le ha conferido plenamente todas las prerrogativas inherentes a la edad adulta.
 - Hay que reconocer que la gran mayoría de adolescentes, atraviesan éste período en forma normal con los consiguientes cambios biopsicosociales.

Comprender este concepto evita la estigmatización de este grupo de edad.

7.2.32.- CONDICIONES BÁSICAS PARA LA ATENCIÓN

ENFOQUES INTEGRADORES

- Enfoque interdisciplinario.
- Enfoque individual, familiar y comunitario.
- Enfoque multisectorial.
- Enfoque participativo de los/las adolescentes como gestores de su auto cuidado, apoyo mutuo y proyecto de vida.
- Enfoque preventivo y de promoción de la salud.
- Enfoque de género.

DIAGNÓSTICO SITUACIONAL

- A través de la información estadística.
- Identificación de los recursos en los establecimientos de salud, educacionales y en la de ellos, lo más importante es tomar en cuenta:
 - Recursos humanos capacitados.
 - Espacio físico e infraestructura adecuada.
 - Organización comunitaria de adultos, padres y jóvenes.
 - Redes de apoyo social.

7.2.33.- ESTRATEGIA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DURANTE LA ADOLESCENCIA

- Participación juvenil.
- Participación comunitaria.
- Información, educación y comunicación (IEC).
- Establecimiento de prioridades, acciones y operatividad de los servicios integrales de acuerdo con las necesidades y recursos identificados en el área.
- Desarrollo de las redes intersectoriales (salud, educación, trabajo y otras)
- Vigilancia epidemiológica.
- Evaluación en los niveles correspondientes.

7.2.34.- PROMOCIÓN DE LA SALUD INTEGRAL EN LA ADOLESCENCIA CONCEPTOS BÁSICOS

Dentro de los conceptos de atención integral para los/las adolescentes, uno de los ejes más importantes es aquel que se refiere a la participación y desarrollo psicosocial del actor a quien va dirigida la atención. Es necesario incorporar acciones que promuevan el auto cuidado, la toma de decisiones libres responsable, en fin, la capacidad de respuesta positiva ante la adversidad

(resiliencia). Este capítulo trata de la promoción de la salud en este grupo poblacional.

Entre los factores protectores individuales más importantes tenemos: la autoestima. la capacidad de tomar decisiones en forma adecuadas asertiva.

Los principales factores que influyen en las conductas de riesgo (Gojman. 1904) en los/las adolescentes se deben a:

- Fuerte adherencia al grupo de pares. favorecida por la búsqueda de su identidad, en donde la exposición al riesgo es el “carnet” de pertenencia al grupo.
- La necesidad de experimentarse probarse en el rol de adultos/as.
- La fragilidad e inseguridad generada por el cambio de niño/a a adulto/a.

7.2.35.- GRUPOS DE ALTO RIESGO

Kagan (1991) a descrito claramente algunos grupos de alto riesgo en adolescentes. particularmente con problemas como:

- embarazo
- violencia y delincuencia
- fármaco dependencia

Los adolescentes de riesgo se clasifican en cinco grupos, que son:

GRUPO 1

Adolescentes con fracaso escolar crónico. que crea desesperanza. poco acceso laboral. en un fondo familiar normativo promotor de agresión, sexualidad precoz y drogas. Crea un perfil disfórico. vulnerable, angustia y comportamiento asocial que puede conducir a un embarazo o al uso de sustancias en la búsqueda de un sentido de competencia social.

GRUPO 2

Adolescentes que crecen en una familia que genera ansiedad por negligencia, abuso, indiferencia o identificación con un padre/madre o grupo familiar percibido como incompetente, injusto y cruel. La ansiedad generada por este modelo no deseado hace que los/las jóvenes se enfrenten a la familia violentando los estándares familiares o sociales sobre sexualidad, uso de drogas. agresión o rendimiento escolar.

GRUPO 3

Un grupo de riesgo importante es aquel que está conformado por adolescentes vulnerables que fácilmente len ser persuadidos por la presión de los paros o

grupo de coetáneos. Muchos/as jóvenes presentan una exagerada necesidad de aceptación por los demás y pueden someterse a riesgos innecesarios si el grupo acceso a conductas y prácticas riesgosas.

GRUPO 4

Aquí se inscriben un pequeño, pero importante, grupo de adolescentes que tienen la necesidad de probar que no tienen miedo y que son fuertes ante el peligro y la exposición al riesgo. Son más frecuentes los varones que las mujeres en este grupo. Las acciones peligrosas, incluso delincuenciales o delictivas generan excitación, mejoran su aceptación grupal, provocan placer, afirmación de la debilidad yoica y finalmente una concepción errónea del status.

GRUPO 5

La repetición de un estilo de vida en donde las conductas de riesgo son parte de una conducta familiar o comunitaria. Por ejemplo, el embarazo temprano, la promiscuidad, el uso de sustancias o el robo, son parte de un comportamiento normativo que no viola los estándares socialmente aceptados y legitimizados en una familia o comunidad. Son grupos de difícil manejo ya que tienen poca conciencia de lo indeseable de su comportamiento, tienen ausencia de vergüenza y culpa que puedan motivar los cambios de estos hábitos tolerados

en su ambiente social.

Con estas consideraciones, los enfoques familiar y comunitario. son importantes para ser tomados en cuenta en las acciones básicas para la promoción de la atención integral para los/las adolescentes a nivel escolar. No podemos desinsertarnos de la familia como un factor protector o de riesgo para el/a adolescente y mucho menos del grupo de coetáneos y de su comunidad.

7.2.36.- 7.2.37.- LAS DIMENSIONES DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD

La gran mayoría de los/las adolescentes cuando se les da la oportunidad de actuar responsablemente con ellos/ellas mismos/as. de tomar decisiones, de participar y ser creativos asumen el reto en forma constructiva y positiva.

A continuación tenemos los diferentes pasos o requisitos para ir construyendo la toma de decisiones y el auto cuidado.

Conciencia del riesgo: Generar en el individuo la habilidad personal para identificar el propio potencial de desarrollo personal y colaborar con los demás en la formación de estilos de vida saludables.

valoración del riesgo: Aprender a tomar decisiones. Evaluar los riesgos

que están dispuestos/as a asumir. cuáles dejó de lado y cuáles son las consecuencias de esta decisión.

Control del riesgo: Es la respuesta a la exposición al riesgo. Cómo organizar un estilo de vida con límites de riesgo generalmente aceptados por su parte y por el ambiente en que vive.¹⁹

7.2.38.- LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS

1. Derecho a una sexualidad saludable y placentera a tomar decisiones responsables sobre el ejercicio de la sexualidad y sobre nuestro cuerpo.
2. Derecho a información clara, transparente y veraz sobre sexualidad, de acuerdo a las necesidades de cada hombre y mujer en los diferentes momentos de su vida.
3. Derecho a información sobre planificación familiar y de acceder a métodos seguros.
4. Derechos a la procreación en condiciones de libertad y sin riesgo para la salud.
5. Derecho a servicios de salud de calidad.
6. Derecho a condiciones de vida dignas, saludables y que potencien el desarrollo individual y colectivo.²⁰

¹⁹ MSP. Normas y Procedimientos para la atención de la salud reproductiva – adolescencia.

²⁰ MUNICIPIO DEL DISTRITO METROPOLITANO DE QUITO. (2000). Derechos de la Salud Sexual y Reproductiva. AH/Editorial. Quito – Ecuador.

8.- DISEÑO METODOLOGICO

Para realizar el diagnóstico participativo, fue necesario reunir a un grupo de estudiantes, padres de familia y profesores, a quienes se les planteó los motivos de la reunión. Para efectos de la reunión se utilizó la técnica de lluvias de ideas y como herramienta la Matriz de Priorización de Problemas.

MATRIZ DE PRIORIZACIÓN DE PROBLEMAS

CRITERIOS/PROBLEMAS	FRECUENCIA	IMPORTANCIA	VULNERABILIDAD	TOTAL
Drogadicción	2	3	1	6
Miedo a que sus hijos se contagien de enfermedades por contacto sexual y que se embaracen antes de culminar el colegio.	2	3	3	8
Deficiencia en el abastecimiento de agua potable.	3	3	1	7
Desempleo.	2	3	1	6
Delincuencia.	1	2	1	4
Falta de infraestructura sanitaria.	1	3	1	5
Ausencia de médicos especialistas.	3	3	1	7
Desconocimiento de los Programas de Salud.	2	2	1	5
Inexistencia de farmacias populares.	3	3	1	7
Inadecuados horarios de atención de la consulta externa del Hospital Miguel H. Alcívar.	3	2	1	6
Contaminación ambiental.	1	2	1	4
Ausencia de medios de recreación.	2	2	1	5
Homosexualidad.	1	1	1	3
Analfabetismo.	1	3	2	6
Pérdida de valores.	3	3	1	7

VALOR DE LA ESCALA

- De 1 a baja frecuencia o baja importancia o baja vulnerabilidad.
- De 2 valor intermedio, medianamente frecuente, importante y vulnerable.
- De 3 alta frecuencia, alta importancia y alta vulnerabilidad.

Como resultado de este primer diagnostico se identificaron que los problemas más frecuentes son:

1. Miedo a que sus hijos se contagien de enfermedades por contacto sexual y que se embaracen antes de culminar el colegio.
2. Deficiencia en el abastecimiento de agua.
3. Ausencia de Médicos especialistas.
4. Inexistencia de farmacias populares.
5. Perdida de valores.

Basándonos en estos resultados se realiza un taller en el que intervinieron diferentes actores locales, 6 profesores, 13 padres de familia, 6 miembros de la Unidad de Salud, con la finalidad de definir el problema principal, para lo cual se utiliza como herramienta la Matriz de Selección de Problemas.

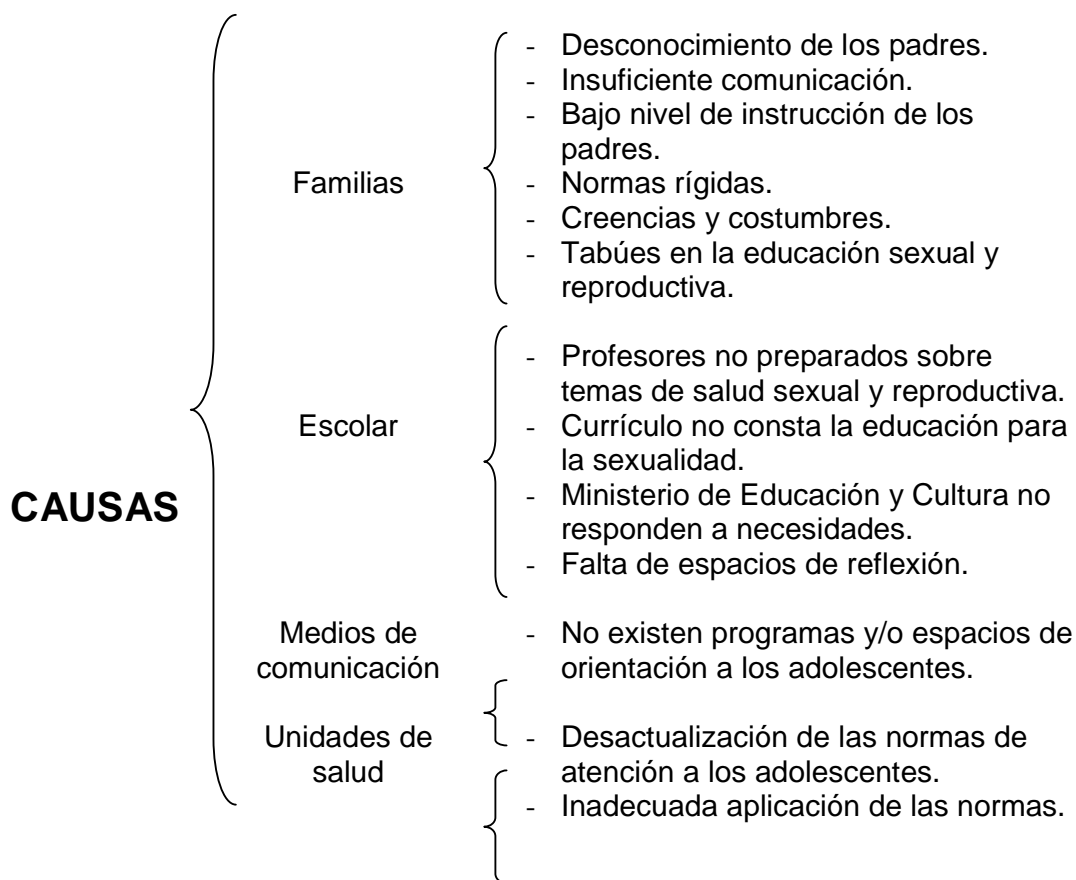
MATRIZ DE SELECCIÓN DE PROBLEMAS

CRITERIOS/PROBLEMAS	FRECUENCIA	IMPORTANCIA	VULNERABLE	TOTAL
Miedo a que sus hijos se contagien por contacto sexual y que se embaracen antes de terminar el colegio.	3	3	3	9
Deficiencia en el abastecimiento de agua potable.	2	3	1	6
Ausencia de médicos especialistas.	3	3	1	7
Inexistencia de farmacias populares.	3	2	1	6
Pérdida de valores	2	3	1	6

Una vez realizada la Matriz de Priorización se determina que el problema que mayor puntuación tiene es el miedo a que sus hijos se contagien de enfermedades por contacto sexual y que se embaracen antes de culminar el colegio.

Definido el problema este es socializado, buscando las causas y efectos a través de la técnica del Metaplan, técnica que nos permitió que los participantes generen y vean sus ideas escritas en tarjetas, las mismas que al colocarlas en un tablero permitieron observarlas, analizarlas, modificarlas y ordenarlas, logrando así una comunicación intensa y fluida para concretar las ideas, llegándose a determinar que el temor que tiene la comunidad de que sus hijos se enfermen de (E.T.S.) Enfermedades de Transmisión Sexual. y se embaracen antes de culminar sus estudios, se debe a la desinformación de

las/los adolescentes sobre salud sexual y reproductiva, a los cuales se les atribuye las siguientes causas y efectos.



- Información distorsionada.
- Embarazos no deseados.
- Abortos
- Contagio de enfermedades de transmisión sexual.
- Ausentismo escolar.
- Discriminación.
- Incomprensión familiar.
- Aspiraciones no cumplidas.

EFFECTOS

En base a las causas y efectos determinados por el grupo se elaboró el árbol de problemas.

Posteriormente se realizó el árbol de objetivos, él mismo que nos sirvió como base para establecer la jerarquía de los objetivos, considerándose en éste las estrategias y los indicadores que se utilizarán para medir el logro de los mismos.

Además se elaboró la árbol de alternativas la cual permitió identificar claramente las acciones a emprender para la ejecución del proyecto y el impacto y/o efecto que causará en los beneficiarios y/o comunidad.

La Matriz de Involucrados nos sirvió para determinar y/o priorizar los grupos y/o beneficiarios.

La matriz del Marco Lógico, que nos proporcionará información clara de lo que queremos lograr, y definir los indicadores, las fuentes de verificación y los factores externos.

Además este nos permite establecer el fin, que es el máximo objetivo al cual va a contribuir la propuesta. El propósito describe lo que cambiará como resultado de la ejecución de la propuesta. Los resultados esperados son los productos

tangibles a los cuales le asignamos recursos y las actividades son las acciones principales que desarrollaremos para alcanzar los resultados.

El Plan Operativo Anual (POA) describe cada una de las actividades a ejecutarse permitiendo ir evaluando la ejecución del proyecto de acuerdo al cronograma trazado.

El presente proyecto de acción y desarrollo contribuirá a disminuir las condiciones sexuales riesgosas y por ende a mejorar la calidad de salud de los/las adolescentes del Cantón Rocafuerte mediante la ejecución de talleres de capacitación dirigidos a los/las adolescentes , a los profesores y a los padres de familia.

8.1.- MATRIZ DE INVOLUCRADOS

GRUPO O INSTITUCIONES	INTERESES	RECURSOS MANDATOS	PROBLEMAS PERCIBIDOS
Primer Nivel: 1. ALUMNOS	<ul style="list-style-type: none"> • Adquirir conocimientos despejar inquietudes. • Despejar inquietudes. 	<ul style="list-style-type: none"> • Recursos humanos. • Cumplir con los deberes y obligaciones del plantel 	<ul style="list-style-type: none"> • Desorientación. • Existencia de tabues y mitos. • Falta de espacios de reflexión en el colegio el hogar.
2. PROFESORES	<ul style="list-style-type: none"> • Preparar a los estudiantes para su vida futura sexual. 	<ul style="list-style-type: none"> • Recursos humanos. • Aulas para capacitación. • Impartir conocimientos a los educandos 	<ul style="list-style-type: none"> • En el currículo académico no existe programa de educación sexual. • Desorientación de los estudiantes • Falta de integración entre estudiantes – profesores.
3. PADRES DE FAMILIA	<ul style="list-style-type: none"> • Involucrarse en la capacitación sexual reproductiva de sus hijos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Recursos humanos. • Los hijos cumplen con los deberes y obligaciones de la familia 	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de integración entre padres - hijos, falta de conocimiento sobre temas de educación sexual y reproductiva.
Maestranteres	<ul style="list-style-type: none"> - Difusión de conocimientos en Salud sexual y Reproductiva 	<ul style="list-style-type: none"> • Recursos humanos. • Impartir conocimientos 	<ul style="list-style-type: none"> • Población estudiantil vulnerables para adquirir ETS y embarazos precoces.

TALLER N°1

TEMA:

Capacitación sobre Lineamientos Pedagógicos de Salud Sexual y Reproductiva en las/los adolescentes.

FECHA:

Julio 2006

JUSTIFICACIÓN:

Los modelos de educación sexual que a lo largo del tiempo han ido marcando un concepto y unas acciones diferentes sobre la sexualidad, han ofrecido la mayoría de las veces una visión reduccionista y tabuizada de la sexualidad.

De ahí la importancia de proponer un cambio en los papeles que tradicionalmente tienen los profesores en el proceso de aprendizaje, de la salud sexual y reproductiva.

OBJETIVOS:

- Proporcionar una Visión integrada de la sexualidad a los maestros/as y/o aclarar conocimientos sobre salud, sexual y reproductiva.
- Sensibiliza a maestros/as sobre la importancia de la necesidad de orientar a las/los adolescentes.
- Establecer los lineamientos pedagógicos para capacitar a los estudiantes sobre salud sexual y reproductiva.

INDICADORES

- 96% de los profesores adquieren conocimientos sobre salud sexual y reproductiva.
- 100% de lineamientos pedagógicos establecidos para proporcionar educación sexual y reproductiva a los/las adolescentes.
- 96% de profesores participando activamente durante la ejecución del taller.

METODOLOGÍA:

La ejecución del Taller será participativa, se realizarán dinámica de motivación, exposición de temas con ayudas audiovisuales, trabajos en grupos y plenarios.

PARTICIPANTES:

- 40 profesores de los Colegios Nacionales, Aquiles Valencia, Eloy Ugalde y Danzarín.

RESPONSABLES:

Dr. Jorge Aguiar

Dr. Segundo García

LUGAR:

Aulas de clases de los colegios

CONTENIDO:

1. Lineamientos pedagógicos sobre salud sexual y reproductiva.
2. Conceptualización de temáticas de salud sexual y reproductiva.
 - 2.1. La Adolescencia.- Cambio biosicosociales.

- 2.2. Identidad Sexual.- Enamoramiento.
- 2.3. Masturbación.- Iniciación sexual.
- 2.4. Embarazos en adolescentes.- Aborto.
3. Sexualidad. Derecho y responsabilidad.
4. Enfoques generales sobre planificación familiar.
5. Enfermedades de transmisión sexual.- VIH – Sida.

EVALUACIÓN:

- Temáticas del Programa de Salud Sexual y Reproductiva para los/las adolescentes definida.
- Número de participantes.
- Nivel de motivación y compromiso de los participantes.

AGENDA

HORARIO	ACTIVIDADES	RESPONSABLES
☾ 8h00 – 8h15 ◇ 14h00 – 14h15	Presentación e Identificación de los participantes.	Dr. Jorge Aguiar Dr. Segundo García
☾ 8h15 – 8h35 ◇ 14h15 – 14h35	Dinámica de motivación.	.Dr. Jorge Aguiar
☾ 8h35 – 10h00 ◇ 14h35 – 16h00	Explicación de lineamientos pedagógicos sobre salud sexual y reproductiva y conceptualización.	Dra. Isabel Ríos
☾ 10h00 – 10h20 ◇ 16h00 – 16h20	Receso	
☾ 10h20 – 10h50 ◇ 16h20 – 16h50	Trabajo en grupo para determinar temática de salud, sexual y reproductiva.	Dr. Jorge Aguiar Dr. Segundo García
☾ 10h50 – 11h15 ◇ 16h50 – 17h15	Plenaria.	Profesores.
☾ 11h15 – 12h00 ◇ 17h15 – 18h00	Esbozo de Programa de educación sexual y reproductiva implementarse para los estudiantes.	Dr. Jorge Aguiar Dr. Segundo García Profesores.

TALLER N°2

TEMA:

Capacitación sobre Identidad Sexual en los/las adolescentes.

FECHA:

Julio 2006

JUSTIFICACIÓN:

Identificar algunos cambios psicológicos por lo que se atravieza en la adolescencia e identificar los nuevos sentimientos hacia los otros jóvenes permitirá a los/las adolescentes desarrollar plenamente su sexualidad. La información que se les proporcione ayudará a reconocerse como hombres y mujeres sexuales acercándose al tema del deseo, el placer y el erotismo con naturalidad y madurez.

OBJETIVOS:

- Conocer cuales son las dudas e intereses de los alumnos/as sobre el tema de identidad sexual.
- Establecer el nivel de conocimientos de los alumnos/as antes y después entorno a la identidad sexual.

INDICADORES:

- 100% de los alumnos/as adquieren conocimientos sobre identidad sexual.

CONTENIDO

1. Identidad Sexual.
 - 1.1. Sexo y Género.
2. Orientación Sexual.
 - 2.1. Heterosexual.
 - 2.2. Homosexual.
 - 2.3. Bisexual.
3. Adolescencia.
 - 3.1. Cambios físicos y emocionales.
4. Menstruación.
5. Masturbación.
6. Eyaculación.
7. Sexualidad.
8. Derechos sexuales y reproductivos.

METODOLOGÍA:

- Dinámica de motivación.
- Exposición de temas.
- Trabajo en grupo.
- Plenarias.

PARTICIPANTES:

1087 estudiantes de los Colegios Aquiles Valencia, Eloy Ugalde y Danzarín

RESPONSABLES:

Dr. Jorge Aguiar

Dr. Segundo García

LUGAR:

Aulas de los colegios

EVALUACIÓN:

- Se realizará test de pre y post evaluación para determinar el conocimiento adquirido.
- Por el numero de participantes.
- Por el nivel de motivación y compromiso depositado en las participantes.

AGENDA

TIEMPO	ACTIVIDADES	RESPONSABLES
15'	Presentación	Dr. Jorge Aguiar Dr. Segundo García
70'	Dinámica estamos cruzando el puente.	. Dr. Jorge Aguiar Dr. Segundo García
45'	Desarrollo del tema: Adolescencia identidad sexual.	.Dra Isabel Ríos
20'	Trabajo en grupo.	Dr. Jorge Aguiar Dr. Segundo García
30'	Plenaria.	.estudiantes

TALLER N°3

TEMA:

Capacitación sobre Salud Sexual y Reproductiva, dirigida a los/las adolescentes de los colegios diurnos del Cantón Rocafuerte

FECHA:

Julio de 2006

JUSTIFICACIÓN:

Generar conocimientos en las/los adolescentes sobre Salud Sexual y Reproductiva promoverá a que estos sean capaces de asumir de manera positiva y responsable su sexualidad.

OBJETIVOS:

- Proporcionar una visión integrada de la salud sexual y reproductiva a las/los adolescentes.
- Establecer el nivel de conocimientos de los alumnos/as antes y después del taller.

INDICADORES:

- 100% de los alumnos adquieren conocimientos sobre salud sexual y reproductiva.

CONTENIDO

1. Salud Sexual y Reproductiva.
 - 1.1. Anatomía y fisiología de los órganos sexuales.
 - 1.2. Fecundación.
 - 1.3. Embarazo.
 - 1.4. Parto.
 - 1.5. Aborto.
 - 1.6. Relaciones sexuales tempranas.
 - 1.7. Métodos anticonceptivos.
 - 1.8. El embarazo precoz o no deseado.

METODOLOGÍA:

- Lectura dirigida.
- Dinámica.
- Presentación de casos.
- Socio dramas.
- Reflexiones.

PARTICIPANTES:

1087 estudiantes de los Colegios Aquiles Valencia, Eloy Ugalde y Danzarín

RESPONSABLES:

Dr. Jorge Aguiar

Dr. Segundo García

LUGAR: Aulas de clases de los colegios

EVALUACIÓN:

- Se realizará test de pre y post evaluación para determinar el conocimiento adquirido.
- Por el numero de participantes.
- Por el nivel de motivación y compromiso despertado en las participantes.

AGENDA

TIEMPO	ACTIVIDADES	RESPONSABLES
5'	Explicación del desarrollo del taller.	Dr. Jorge Aguiar
10'	Lectura dirigida.	Estudiantes.
10'	Análisis de la lectura.	.Dr. Segundo García Estudiantes.
5'	Dinámica.	Dr. Segundo García
5'	Presentación de casos.	Dr. Jorge Aguiar
45'	Explicación de la temática de Salud Sexual y Reproductiva.	Dra. Isabel Ríos .
15'	Socio drama	estudiantes
25'	Reflexiones.	estudiantes

TALLER N°4

TEMA:

Capacitación sobre Enfermedades de Transmisión Sexual dirigidas a los/las adolescentes de los colegios diurnos del Cantón Rocafuerte

FECHA:

Julio 2006

JUSTIFICACIÓN:

La expansión de epidemia de la ETS es cada día mayor, los riesgos de infección es igual para todas las personas pero según las cifras estadísticas mundiales de ONUSIDA la población más vulnerable son los adolescentes y jóvenes (hombres y mujeres) en edades comprendidas entre 10 y 20 años especialmente en lo referente al VIH/Sida.

De ahí la importancia de proporcionar educación permanente a todos y en especial a las/los adolescentes, pues el medio básico para que los conocimientos y actitudes y determinadas prácticas, sociales favorezcan a disminuir la propagación de la ETS.

OBJETIVOS

- Lograr que los estudiantes identifique claramente la ETS, la importancia de su detección, prevención.
- Eliminar los mitos y la desinformación sobre el tema de la ETS.
- Determinar el nivel de conocimientos de los alumnos/as antes y después del taller.

INDICADORES

- 100% de los alumnos adquieren conocimientos sobre las enfermedades de transmisión sexual.

CONTENIDOS

1. Infecciones de transmisión sexual.
 - 1.1. Concepto.
 - 1.2. Gonorrea.
 - 1.3. Sífilis.
 - 1.4. Candidiasis.
 - 1.5. Tricomoniasis.
 - 1.6. Clamidia.
 - 1.7. Herpes Genital.
 - 1.8. Condiloma acuminado.
 - 1.9. Sida.
 - 1.10. Prevención.

METODOLOGÍA:

- Exposición de temas.
- Presentación de casos.
- Trabajo en grupo.
- Plenarias.

PARTICIPANTES

1087 estudiantes de los colegios diurnos del Cantón Rocafuerte

RESPONSABLES:

Dr. Jorge Aguiar

Dr. Segundo García

LUGAR:

- Aulas de clases de los colegios.

EVALUACIÓN:

- Se realizará test de pre y post evaluación para determinar el conocimiento adquirido.
- Por el número de participantes.
- Por el nivel de motivación y compromiso despertado en los participantes.

AGENDA

TIEMPO	ACTIVIDADES	RESPONSABLES
5'	Explicación del desarrollo del taller.	Dr. Segundo García.
10'	Dinámica escogiendo la tripulación.	Dr., Jorge Aguiar
20'	Trabajo de grupo.	Dr. Jorge Aguiar Dr. Segundo García.
10'	Plenaria de grupo.	Estudiantes.
5'	Dinámica de la barrera.	Dr. Jorge Aguiar
40'	Explicación de la temática de infecciones de transmisión sexual.	Dr. Segundo García Dra. Isabel Ríos
10'	Sociodrama	Dr. Segundo García
20'	Reflexiones.	.Dr. Jorge Aguiar

TALLER N°5

TEMA:

Sensibilización a los padres de familia sobre la importancia de Salud Sexual y Reproductiva de sus hijos.

FECHA:

Julio 2006

JUSTIFICACIÓN:

El adolescente a partir de los 11 años comienza a sentir curiosidad por el sexo, surgen las primeras dudas a lo que necesita respuestas urgentes ante un descubrimiento fundamental en su desarrollo emocional, en los padres porque son ellos quienes deben dar respuestas a esas preguntas incómodas ¿Como abordar pues este asunto? No es ningún secreto, para los padres hablar de sexo con sus hijos a estas edades resulta difícil, las dudas, los temores y los prejuicios afloran de ahí la importancia de crear en los padres la sensación de seguridad para hablar sobre esta temática. Pues es preciso vencer los prejuicios a la hora de hablar de sexo con sus hijos.

OBJETIVOS

- Lograr la participación activa de los padres durante el desarrollo del taller.
- Lograr que los padres de familia conciban los problemas de los adolescentes como propios.
- Lograr lo que los padres de familia asistan al desarrollo del taller.

INDICADORES:

- 90% de los padres de familia participan activamente en el taller.
- 95% los padres de familia asisten al taller.

CONTENIDOS

1. Introducción a la infancia en los padres de familia. (dinámica de relajación).
2. Análisis de las vivencias de los padres de familia relacionado con el enfoque que sus progenitores le dieron a la salud sexual y reproductiva.
3. Experiencias vividas como padres en la educación de la salud sexual y reproductiva de sus hijos.
4. Comentarios y opiniones finales.

METODOLOGÍA:

- Participación activa.
- Dinámica de relajación y sensibilización.
- Presentación de casos.

PARTICIPANTES:

- 712Padres de familia.

RESPONSABLES:

Dr. Jorge Aguiar

Dr. Segundo García

LUGAR

- Aulas de los colegios.

EVALUACIÓN

- Se realizará por el número de participantes.
- Por el nivel de motivación y compromiso despertado en los participantes.

AGENDA

TIEMPO	ACTIVIDADES	RESPONSABLES
20'	Presentación y motivación.	
15'	Aplicación de test de pre evaluación.	Dr. Jorge Aguiar Dr. Segundo García
15'	Dinámica de relajación.	.Dr. Jorge Aguiar
20'	Análisis de las vivencias de los padres de familia relacionados con el enfoque que sus progenitores le dieron a la educación sobre salud sexual y reproductiva.	.Dr. Segundo García
20'	Presentación de casos por parte de los padres de familia de acuerdo a las experiencias vividas con sus hijos.	Dr. Jorge Aguiar
20'	Reflexiones.	Dr. Jorge Aguiar Dr. Segundo García

9.- RESULTADOS

RESULTADO N°1

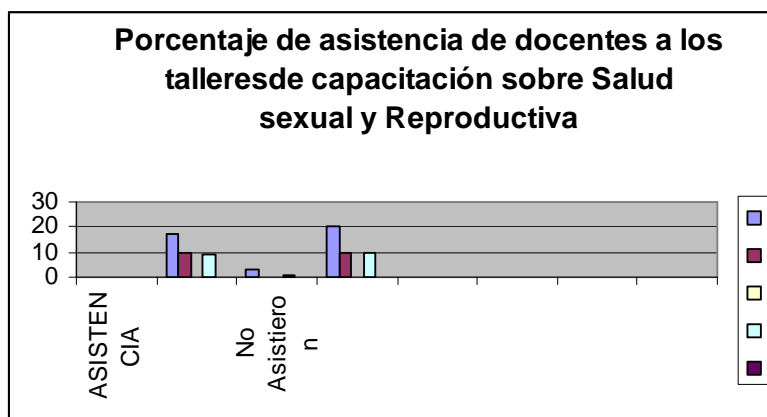
Porcentaje de asistencia de los profesores/as al Taller de capacitación sobre lineamientos pedagógicos sobre salud sexual y reproductiva de los colegios diurnos del Cantón Rocafuerte

Cuadro estadístico # 1

ASISTENCIA	COLEGIO AQUILES VALENCIA	COLEGIO ELOY UGALDE	COLEGI DANZARIN
Asistieron	17	10	9
No Asistieron	3		1
Total	20	10	10

Fuente: Registro de asistencia a los talleres
Elaborado: Dr. Jorge Aguiar - Dr. Segundo garcía

Representación Gráfica # 1



ANÁLISIS E INTERPRETACION

Los datos expuestos en esta tabla indican que la asistencia de los profesores al taller de capacitación fue un 90% en los colegios, datos muy satisfactorio que refleja el interés de los involucrados.

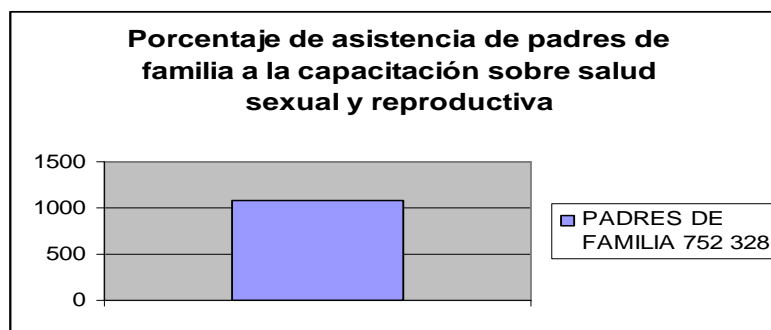
Porcentaje de padres de familia que asistieron al Taller de Sensibilización sobre salud sexual y reproductiva, en los colegios diurnos DEL Cantón Rocafuerte

Cuadro estadístico # 2

PADRES DE FAMILIA	
ASISTIERON	752
NO ASISTIERON	328
TOTAL	1080

Fuente: Registro de asistencia a los talleres
Elaborado: Dr. Jorge Aguiar - Dr. Segundo garcía

Representación Gráfica # 3



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

Se observa que el 82% de padres de familia asisten a la capacitación existiendo una correlación en la asistencia demostrándose el interés y motivación de los padres de familia.

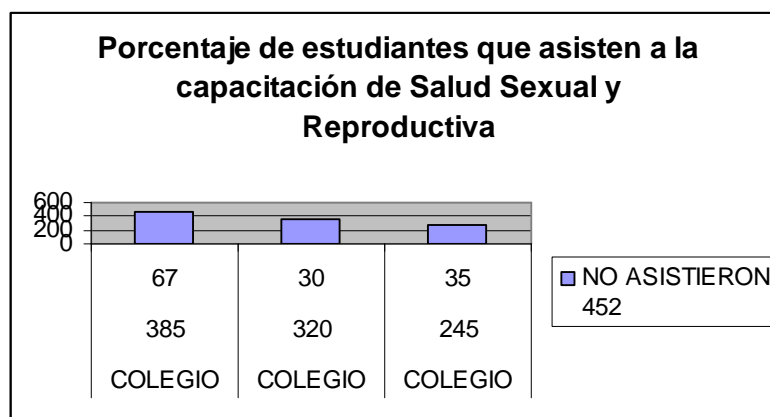
Porcentaje de asistencia de los estudiantes a la capacitación en Salud Sexual y Reproductiva

Cuadro estadístico # 3

	COLEGIO ELOY UGALDE	COLEGIO DANZARIN	COLEGIO AQUILES VALENCIA
ASISTIERON	385	320	245
NO ASISTIERON	67	30	35
	452	350	280

Fuente: Registro de asistencia a los talleres
Elaborado: Dr. Jorge Aguiar - Dr. Segundo garcía

Representación Gráfica # 3



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

En la presente tabla se observa que se logra capacitar a un número mayoritario de estudiantes 98% lo que refleja la predisposición y motivación de las participantes.

Porcentaje de profesores que expresan interés y predisposición para educar a los /las adolescentes de los colegios diurnos del Cantón Rocafuerte

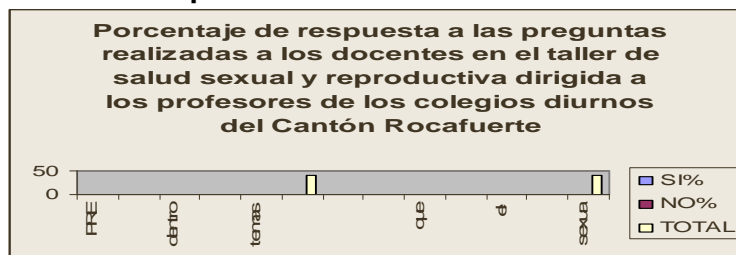
Cuadro Estadístico # 4

PREGUNTAS	COLEGIOS			
	Aguiles Valencia, Eloy Ugalde y Danzarín			
	SI%	NO%	TOTAL	
Daría Ud un espacio dentro de su clase para hablar sobre temas de salud sexual y reproductiva	30 75%	10 25%	40	
Considera usted que dentro de la programación anual el Colegio incluya materia de educación sexual y reproductiva	35 87%	5 13%	40	

Fuente: Lista de Asistencia a los Talleres

Elaborado: Dr. Jorge Aguiar - Dr. Segundo García

Representación Gráfica # 4



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

Los resultados obtenidos en esta tabla nos permite determinar que el 100% de los profesores consideran importante que la educación sobre salud sexual y reproductiva se incluya en la programación anual, existiendo además la predisposición del 89% en brindar un espacio dentro de su programación horaria.

Porcentaje de estudiantes de los colegios diurnos del Cantón Rocafuerte que conocen sobre sus derechos sexuales

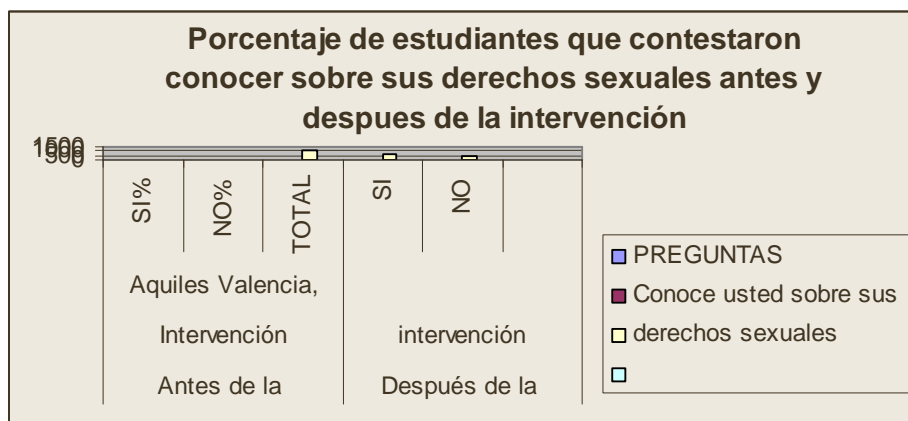
Cuadro estadístico # 5

Fuente: Lista de Asistencia a los Talleres

PREGUNTAS	Antes de la		Después					
	Intervención		intervención					
	Aquiles Valencia, Eloy Ugalde y Danzarín		SI%	NO%	TOTAL	SI	NO	TOTAL
Conoce usted sobre sus derechos sexuales	10	99%	17	1%	1087	635	452	1087

Elaborado: Dr. Jorge Aguiar - Dr. Segundo García

Representación Gráfica # 5



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

Los datos de esta tabla indican que solo el 1.1.% de las/los adolescentes antes de la intervención conocen sus derechos sexuales. Después de la intervención 58% los conocen.

10.- CONCLUSIONES

1. 90% de los profesores asistieron durante la aplicación de la propuesta.
2. 98 % de los estudiantes asistieron durante la aplicación de la propuesta.
3. 82 % de los padres de familia asistieron durante la aplicación de la propuesta.
4. Se disminuyó las dificultades que tenían los profesores para hablar de temas de salud sexual con los estudiantes
5. En la adquisición de conocimientos de la adolescencia se logró en algunos temas el 100%.
6. El 100% de los estudiantes que mantienen relaciones sexuales desconoce si su pareja es portadora de enfermedad de transmisión sexual.
7. La aceptación de los padres con respecto a su rol mejoró del 3.33% al 22%.
8. La motivación y sensibilización dejadas en las/los adolescentes, abrirán puertas para nuevos talleres en las generaciones de nuevo ingreso.
9. Se logro sensibilizar a los padres de familia sobre temas de sexualidad de las/los adolescentes y que le den la debida importancia al desarrollo sexual de sus hijos, mostrando interés porque se continué con este tipo de talleres.

10. La metodología utilizada con los profesores permitió el emponderamiento de la temática y por ende el compromiso de estos para continuar con el proyecto.

11.- Los talleres programados para los estudiantes fueron ejecutados en un 100% tanto en tiempo previsto como en el número planificado.

12.- Las diversas técnicas de enseñanzas empleadas en la capacitación a los/las estudiantes despertó interés y participación activa de todo el grupo lográndose tener resultados favorables en el test de post evaluación

13.- Se desarrollo dos compendios temáticos con 8 unidades sobre salud sexual y reproductiva, los mismos que servirán de guía a los profesores y estudiantes.

11 .- RECOMENDACIONES

Para los Centros Educativos:

- Programar anualmente talleres de actualización y motivación dirigida a los profesores en lo referente a la sexualidad y reproductividad humana.
- Programar y ejecutar periódicamente talleres de sensibilización y capacitación a los padres de familia sobre temas de salud sexual y reproductiva.
- En la capacitación dirigida a los estudiantes los maestros asignados a esta materia, utilicen como metodología didáctica talleres en los que se efectúen trabajos de grupo, dinámicas de motivación, sociodrama, etc., para lograr mayor captación, interés y concienciación del grupo.
- Es importante que se mantenga el programa de educación sexual y se replique en otras instituciones educativa
- Lograr recuperar la confianza de los profesores para su participación dentro de la formación del estudiante, es un aspecto que debe de continuar fortaleciéndose.
- La educación y sensibilizaciones es un proceso continuo que los colegios deben seguir manejando por lo que se debe continuar dando talleres de sensibilización, además de implementar talleres de capacitación a los padres de familia.

Para los adolescentes:

- Que se mantengan informados y actualizados en lo que respecta a sus derechos sexuales y reproductivos.
- Convertirse en ente multiplicadores de los conocimientos adquiridos en los talleres de capacitación sobre salud sexual y reproductiva.
- Insistir en el riesgo que implican las relaciones sexuales prematuras es un papel que deben de desempeñar padres de familia y profesores
- Mantener permanentemente capacitado y sensibilizado a las/los adolescentes, para en las situaciones equivocadas y por ende mayores riesgos.

Para la Dirección de Educación:

- Implementar en el currículum escolar de todos los centros educativos del cantón Rocafuerte un plan de capacitación sobre salud sexual y reproductiva en la materia de ciencias naturales.
- Capacitar a todos los profesores del Cantón Rocafuerte, sobre lineamientos pedagógicos y didácticos para introducir la temática de salud sexual y reproductiva a los estudiantes
- Factor importante para el éxito de la aplicación de la propuesta es el interés de todos los involucrados en participar.

12.- BIBLIOGRAFIA

- **BARKER** Gary y otros. Serie trabajando con hombres jóvenes. Manual 3, 4. P.. 2001
- **BERRI** Eva y otros. Sexualidad humana. Unidades didácticas 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 y 8. Editorial Victoria Gastey 2002.
- **CORDERO** Ana y otros. Mi sexualidad. Guía en Educación Sexual. OPS. 2002.
- **CUCHI** Paloma Dra., y otros. Introducción al Programa y la Transmisión y el control de las ETS y el VIH., OPS., OMS.,
- **DEAMO** Grines. Enfermedades infecciosas. Biblioteca de enfermería Morby. Mosby. España.
- **MINISTERIO DE EDUCACIÓN.** Ley de Educación. Quito – Ecuador. 2002.
- **MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA.** “Marco General de la Reforma estructural de la salud en Ecuador”. Quito . octubre 2001.
- **MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA.** Normas y procedimientos para la atención de la Salud reproductiva. USALD. 1999
- **MONCAYO** Mónica y otros. Los Derechos Sexuales y Reproductivos. Proyecto Municipio Salud Sexual, Reproductor y Desarrollo Local. Quito. Mayo 2001.
- **MONROY** Anameli. Sexualidad en la adolescencia y juventud. Ed PAX México. Primera Edición. México 2002.

- **PALADINES** Carlos. Currículo e Educación en la práctica de valores. La sexualidad y el amor.
- **PLAN DE GOBIERNO**. Lineamientos Generales (2001). Quito – Ecuador.
- **SALVAT** Juan. La Salud adolescentes, adultos ancianos. Salvat S.A. Tomo 8. 2001.
- **VELASCO**, Garcés María de Lourdes Dra. y Dr. Eduardo Ayala Munive. Situación de Salud y sus tendencias. Guía Didáctica Módulo II Ciclo 1. Diplomado en Desarrollo Local y Salud. Mayo – Octubre. Ecuador 2002.

INTERNET

htm.webs.demasiado.com/disfunsex/Gts.

htm.ww.wihsida.c/páginas/028.

www.google.com

www.msp.gou.ec.

www.monografía.com

www.eluniverso.com

13.- ANEXOS

