UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

ÁREA DE LA SALUD HUMANA

NIVEL DE POSTGRADO

MAESTRÍA DE HEBEATRÍA

SEDE EN RIOBAMBA

PROGRAMA DE FORMACIÓN DE PROMOTORAS ADOLESCENTES EN EDUCACIÓN DE LA SEXUALIDAD EN EL INSTITUTO TECNOLÓGICO "RIOBAMBA" 2008 - 2009

Tesis previa a la obtención del título de Magíster en Hebeatría

AUTORAS:

Dra. Mayra Lilián Veloz Ponce

Dra. Rosario Dolores Salem Abarca

DIRECTORA:

Dra. Mg. Sc. Ruth Maldonado R.

Riobamba – Ecuador

2009

C E R T I F I C A C I O N

Dra. Ruth Maldonado Rengel, Mg. Sc.
Docente del Área de la Salud de la Universidad Nacional de Loja,

C E R T I F I C A :

Que el trabajo de investigación PROGRAMA DE FORMACIÓN DE PROMOTORAS ADOLESCENTES EN EDUCACIÓN DE LA SEXUALIDAD EN EL INSTITUTO TECNOLÓGICO "RIOBAMBA" , de autoría de las Doctoras Mayra Lilián Veloz Ponce y Rosario Dolores Salem Abarca egresadas de la Maestría en Hebeatría, en el Área de la Salud, Humana ha sido dirigida, orientada y revisada en todo su desarrollo, por lo que faculto su presentación y sustentación.

Dra. Ruth Maldonado Rengel, Mg. Sc.
DIRECTORA DE TESIS

Riobamba, Junio del 2009.

A G R A D E C I M I E N T O

A la Universidad Nacional de Loja por brindarnos la oportunidad de incursionar en el mayor conocimiento del tesoro de la adolescencia, especialmente a la Dra. Ruth Maldonado por su permanente orientación y consejo.

Un imperecedero reconocimiento merecen las autoridades, estudiantes, adolescentes líderes y padres de familia de la comunidad educativa del Instituto Tecnológico "Riobamba" por creer en nuestro proyecto.

A Dios Todopoderoso por la vida y la capacidad de amar que es la fuerza que nos impulsa a acompañar a nuestras adolescentes a cruzar el puente desde su tierna niñez a una esperanzadora juventud.

DEDICATORIA

A mi esposo Williams por su amor incondicional

A mis hijos Mayra Daniela y Williams Marcelo por ser la luz de mis días, y en ellos representados todos y todas las adolescentes a quienes con mi entrega diaria apoyo para que sigan soñando y sean capaces de elegir una vida responsable y plena.

Mayra

A todos mis seres queridos en especial a mis hij@s que al momento transcurren su adolescencia, a mi esposo Víctor Hugo por su incondicional apoyo.

Para todos quienes en el camino de la vida tropiecen con este trabajo elaborado con dedicación y esperanza para que encuentren en él una guía.

Rosario

A U T O R Í A

El análisis, procedimientos y criterios expuestos en el presente trabajo de investigación sobre el Programa de Formación de Promotoras Adolescentes en Educación de la Sexualidad entre pares, son de absoluta responsabilidad de las autoras

Dra. Mayra Veloz P.	Dra. Rosario Salem A.
C.I. 060217306-4	C.I. 170577116-8

ÍNDICE

Certificación ……	I
Agradecimiento ……..	II
Dedicatoria ……..	III
Autoría …….	IV
Índice ……	V
CONTENIDOS	**Páginas**
Tema ……	2
1. Resumen ……	4
Summary ……...	7
2. Introducción ……...	9
3. Revisión de Literatura ……..	18
4. Diseño Metodológico ……...	123
5. Resultados …… ……	131
6. Discusión ……	185
7. Conclusiones …….	198
8. Recomendaciones ……	201
9. Propuesta de Intervención ……..	204
10. Bibliografía ……..	316
11. Anexos …….	321

TEMA

PROGRAMA DE FORMACIÓN DE PROMOTORAS ADOLESCENTES EN EDUCACIÓN DE LA SEXUALIDAD EN EL INSTITUTO TECNOLÓGICO "RIOBAMBA" 2008 - 2009

1. RESUMEN

1. RESUMEN

El objetivo de la investigación fue diseñar, ejecutar y evaluar un programa para la formación de 16 promotoras adolescentes líderes en educación de la sexualidad en el Instituto Tecnológico “Riobamba”.

Nuestra investigación fue un estudio descriptivo con diseño transversal, que utilizó pre-prueba/post-prueba de conocimientos, actitudes y prácticas en sexualidad mediante encuesta para medir resultados.

Planteamos un estudio de intervención que contó con dos fases: en la primera parte del estudio implementamos un programa educativo con enfoque de derechos y valores diseñado con la participación de una red interinstitucional y multidisciplinaria para formar, educar y orientar en sexualidad humana a 16 adolescentes de género femenino, con la finalidad de que sean estas adolescentes quienes en una segunda etapa replicaran su experiencia a sus pares en edades comprendidas entre los 11 a 19 años.

El desarrollo estuvo a cargo de dos médicas maestrantes de Hebeatría, vinculadas con los sectores de educación y salud pública. Para el análisis de los datos se utilizaron criterios de estadística descriptiva expresados en forma de porcentajes y Excel para la elaboración de tablas y gráficos.

Los resultados indicaron que las adolescentes líderes presentaban un 32% de conocimientos correctos antes de su formación y que luego se elevaron al 95%. En el grupo intervenido inicialmente el nivel de conocimiento adecuado fue del 58% que mejoró a un 99%.

Se puede concluir que la educación de la sexualidad entre pares es favorable debido que la comunicación es clara, directa , libre de mitos y prejuicios.

Palabras clave: promotoras adolescentes, educación en sexualidad, pares adolescentes.

SUMMARY

SUMMARY

The objective of this research was to design, implement and evaluate a program to train 16 leaders in promoting adolescent sexuality education at the Technological Institute "Riobamba.

Our research was a descriptive study with cross-sectional design, which used pre-test/post-test knowledge, attitudes and practices in sexuality survey to measure results.

We propose an intervention study that included two phases: the first part of the study we implemented an educational program with a focus on rights and values developed with the participation of a multidisciplinary and inter-agency network to train, educate and guide to human sexuality in adolescents 16 females, so that these teens who are in a second stage to replicate its experience their peers aged 11 to 19 years.

The development was carried out by two medical doctors of Hebeatría linked with the education and public health. For data analysis criteria were used for descriptive statistics, expressed as percentages and Excel for the preparation of tables and graphs.

The results indicated that adolescents had a leading 32% of correct knowledge before training and then rose to 95%. In the group initially involved the appropriate level of knowledge was 58% which improved to 99%.

We can conclude that sexuality education among peers is favorable due to the communication is clear, direct and free of myths and prejudices.

Key words: promoting adolescent , education on sexuality, peer adolescent.

2. INTRODUCCIÓN

2. INTRODUCCIÓN

"La sexualidad constituye una dimensión del ser humano inseparable desde el nacimiento hasta la muerte, que se caracteriza por la búsqueda de la comunicación, afectividad y placer y que complementariamente puede implicar reproducción"[1].

Para transmitir el valor y significado de la sexualidad en los adolescentes se debe tener claro dos conceptos clave: qué es sexualidad y qué es educación sexual.

Muchas veces la idea que se tiene sobre la sexualidad es estrecha y reductiva: solamente se piensa en los genitales y la relación física. Así muchos programas "educativos" giran en torno a la llamada "reproducción" y, en todo caso, en cómo hacer para evitar el embarazo, como si este fuese el único problema en sexualidad. Visión tan pobre hace que los adolescentes se desconcierten ante los verdaderos desafíos de la sexualidad.

Las preguntas de los jóvenes no son superficiales: las respuestas que se les pueda ofrecer se constituirán en decisiones claves para sus vidas. En esta área más que en ninguna otra se impone el criterio de brindar herramientas para que la persona (en este caso los jóvenes, hijos y estudiantes) descubran por sí mismos la verdad y realicen su vida en función de ella. Es una tarea fundamental. Pero decir por sí mismo no significa "de cualquier forma", como si los textos de educación sexual tuviesen que ser "manuales de opiniones" en los que el error tiene el mismo valor que la verdad. Es un deber social mostrar a los adolescentes el camino hacia la verdad de su sexualidad lo que sin duda facilitará el camino hacia su felicidad. De ahí que la tarea no es enseñar

[1] Barragán. F. y otros, *La Educación sexual Guía Teórica y Práctica*, Paidos – Barcelona, 1991.

“muchas cosas” sino dar elementos para que los jóvenes recorran su camino hacia la sexualidad.[2]

Los cambios biopsicosociales que se producen en la adolescencia son aspectos esenciales del crecimiento y desarrollo normal del ser humano. Durante esta etapa suelen originarse los primeros contactos físicos, intercambios de besos y caricias, como una forma de expresión, exploración y aventura, habitualmente se inician las relaciones sexuales que incluyen el coito. Los adolescentes llegan a ser fértiles aproximadamente 6 ó 7 años antes de ser maduros emocionalmente, y crecen en una cultura donde los compañeros, la televisión, el cine y la música transmiten mensajes manifiestos a propósito de las relaciones sexuales que son comunes y aceptados. Normalmente no se ofrece educación, ni orientación sobre el comportamiento sexual saludable, responsable e información clara en el hogar, la escuela y la comunidad; por lo tanto, la educación en sexualidad que reciben viene a través de personas muchas veces desinformadas.[3]

Los estudios muestran que los patrones sexuales son hábitos que se adquieren y tienen diferencias individuales en función de las características personales, la experiencia previa y el ambiente cultural en que se desenvuelve el individuo, la mayoría de los patrones que rigen la conducta y el comportamiento sexual de los adultos se adquieren durante la adolescencia. De ahí que la educación de la sexualidad se vuelve esencial para la estructura social.

Orientar a los adolescentes e insertarlos de manera positiva a la sociedad es una tarea compleja, de la que mucho se habla pero poco se hace.

---

[2] Beltramo Alvarez*, Educación en sexualidad*, ALAFA – 2003.
[3] Soto Martínez O. y otros., *Embarazo en la adolescencia y conocimientos sobre sexualidad*, Rev Cubana Med Gen Integr, Cuba. Mayo 2003.

Dentro de los factores que más pesan para evitar el tema se encuentra el temor que sienten los progenitores, educadores y adultos de incentivar a los adolescentes en prácticas sexuales. Numerosos estudios han demostrado que la enseñanza no induce el inicio más precoz de relaciones sexuales ni influye en la frecuencia de la actividad sexual en los adolescentes, sin embargo hay que enfatizar que la educación de la sexualidad debe ser producto de un esfuerzo social conjunto, que comprometa autoridades, instituciones, planteles educacionales, maestros, padres y familia y cuyo objetivo sea de formar, orientar y concienciar al grupo en cuestión.

Hasta 1987 más de tres cuartas partes de la población adolescente mundial había abandonado sus estudios como consecuencia de la falta de orientación sexual, en su totalidad producto de contagio de infecciones de transmisión sexual incluído el VIH/SIDA y la paternidad – maternidad prematura. Actualmente gran parte de los adolescentes afronta dificultades en el desarrollo, que se evidencian en los siguientes aspectos: alta incidencia de embarazo en la adolescencia e incremento del índice de fecundidad en la población femenina de menos de 19 años; aumento en el número de: abortos practicados, matrimonios, divorcios y separaciones de los individuos jóvenes, así como también un alto grado de deserción escolar, y la proliferación de Infecciones de Transmisión Sexual icluído el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) en el grupo de edad entre 12 y 19 años.[4]

Al finalizar el milenio las estadísticas mostraban que a nivel mundial cada año al menos ciento once millones de nuevos casos de Infecciones de Transmisión Sexual (ETS) curables ocurren entre personas jóvenes de 10 a 24 años, y cuatro millones de adolescentes entre los 15 y 19 años buscan someterse a abortos la mayoría inseguros. Diez por ciento de los partos en el mundo son de madres adolescentes quienes tienen tasas de muerte

[4] García R, Brea A. *Concepciones y comportamiento sexual de adolescentes atendidos por el médico de familia.* Rev. Cubana Med Gen Integr 1997.

maternas más altas que mujeres de mayor edad. Las tasas de abuso sexual en 19 países oscilan entre el 7 y 34% para niñas y adolescentes y entre el 3 y 29% para niños y adolescentes. La tasa de suicidios de adolescentes es considerable y con frecuencia está vinculada a problemas emocionales y sociales relacionados con su salud sexual y reproductiva, incluída violencia sexual y el término de relaciones[5].

La OMS y la ONU informan que hay más de 1 000 millones de adolescentes en todo el mundo, y de estos, aproximadamente el 83 % corresponde a países subdesarrollados. Los adolescentes son las primeras víctimas de las infecciones sexualmente transmisibles, al tiempo que en los países en vías de desarrollo, entre 1 y 2/3 de los jóvenes reciben menos de 7 años de educación escolar. [6]

En los Estados Unidos, un 56% de las mujeres adolescentes han tenido relaciones sexuales, mientras en los varones la cifra corresponde a un 73%, el país ocupa el primer lugar en embarazos en la adolescencia, el 70% de los adolescentes que tienen un hijo afirman no haberlo deseado; en los países europeos la actividad sexual comienza en edades tempranas y es así que por ejemplo, Inglaterra tiene la más alta incidencia de embarazo en la adolescencia, en 1997 más de 9000 adolescentes se embarazaron, de las cuales 8000 eran menores de 16 años, y 2200 menores de 14.[7]

En América latina el 50 % de los adolescentes de entre 15 y 19 años tienen vida sexual activa. Algunos autores plantean que hay un incremento del 10% anual de mujeres con relaciones sexuales a partir de los 12 años hasta los 19 años, el 25% de los adolescentes con experiencia se embarazan, y el

[5] Panos. *Vidas Jóvenes en Riesgo*, Informe No 35, 1999.
[6] Bernal Martínez S, Olivares Valencia C. *Embarazo en la adolescencia*. México; Nueva Síntesis; 2001.
[7] Bernal Martínez S, Olivares Valencia C. *Embarazo en la adolescencia*. México; Nueva Síntesis; 2001.

60% de los embarazos ocurren dentro de los 6 meses de las primeras relaciones sexuales.[8]

En Chile dos experiencias en poblaciones marginales muestran que a mayor educación en sexualidad tengan los adolescentes en situación de riesgo, hay un menor índice de embarazos no deseados en adolescentes, bordeando la tasa de disminución en un 15% en relación a adolescentes de símiles condiciones que no tuvieron orientación adecuada en sexualidad. Los mismos estudios muestran que el 71% de las parejas adolescentes que se unieron debido a un embarazo prematuro, se separaron antes de los 24 meses de convivencia.[9]

En el Ecuador el 27% por ciento de las adolescentes de 15 a 19 años de edad ha tenido al menos una relación sexual, de ellas, ocho de cada diez, fue una relación pre marital. El uso de anticonceptivos en la primera relación sexual ha subido poco en los últimos 5 años (10.5% al 13.5%) y sigue siendo muy bajo entre mujeres rurales, con bajos niveles de instrucción e indígenas. Los embarazos en adolescentes aumentan cada año en edades comprendidas entre 15-19 años, siendo frecuentes los embarazos no deseados que traen secuelas como: niños/as sin protección, abandono de hijos y pareja, abortos clandestinos, estigmatización de las madres adolescentes, infecciones de transmisión sexual, VIH/SIDA. El 15% de niños nacidos en el país, son de madres adolescentes. Alrededor del 63% de mujeres de 15 a 49 años de edad conoce de manera espontánea sobre el VIH/SIDA, pero sólo el 8% conoce las formas de prevención relacionadas con la actividad sexual. (CEPAR 2005)

Dos de cada tres adolescentes de 15 a 19 años sin educación son madres o están embarazadas por primera vez. Las proporciones de maternidad adolescente son hasta cuatro veces más altas entre las que no tienen

[8] López Nodarse M, Flores Madan L, Roche Pérez C. *Embarazo en la adolescencia*. Sex Soc 1996
[9] Valencia P., Chapaz D. *Marginalidad y Adolescentes en Riesgo*. Construcción Urbana. Sur. 2001.

educación (43%) comparadas con las de niveles educativos más altos (11%) con secundaria completa. Los años de escolaridad promedio de nuestros jóvenes es de apenas 6.8 años, de un total de 9 años obligatorios. Solo el 8.3% de la población juvenil completa sus estudios universitarios. El 57.8% de mujeres de entre 15 a 24 años eran estudiantes cuando supieron de su primer embarazo e interrumpieron sus estudios, de ellas tan solo el 16.5% volvió a estudiar y el 41.3% no volvió a hacerlo, lo que modifica sustancialmente sus vidas[10].

En Chimborazo según investigaciones del UNFPA durante el año 2007 se reporta que el 16% de relaciones sexuales tempranas ocurren en adolescentes de entre los 12 a 14 años y el 11% entre los de 15 a 17 años. El Consejo Cantonal de Salud de Riobamba definió que uno de los mayores problemas a enfrentar es la alta incidencia de embarazo en adolescentes. En el Instituto Tecnológico "Riobamba" durante el período 2008-2009 se encuentran estudiando 18 adolescentes embarazadas y 19 madres adolescentes de un total de 2572 estudiantes lo que equivale a 1,44% de las adolescentes, aumentando significativamente la prevalencia observada en años anteriores que no superaba los 25 casos, 1%[11].

En el ámbito educacional nacional y local las propuestas de capacitación en sexualidad están reconocidas en el pensum de estudios del Ministerio de Educación, sin embargo el enfoque con que se las imparte está orientado a la abstención, lo que hace que los adolescentes se inhiban de participar y se marginen de la experiencia de aprendizaje.

Los estudios revisados y los informes de diversas instituciones a nivel mundial muestran que hay una relación entre el grado de educación y orientación que tengan los adolescentes en el tema de sexualidad y la

[10] Datos CEPAR 2005.
[11] Departamento de Orientación Vocacional y Bienestar Estudiantil (DOBE) del Instituto Tecnológico "Riobamba".

problemática social que acarrean las prácticas y actitudes sexuales poco responsables que muestran los mismos. En nuestro país las estadísticas muestran una necesidad evidente de capacitar y orientar a los adolescentes en su sexualidad de manera responsable, saludable y enriquecedora, en Chimborazo la incidencia de embarazos en adolescentes son consecuencia entre otros, de un desacierto en la educación de la sexualidad que se está impartiendo en los planteles educativos sean públicos o privados, es innegable que los programas educativos no llegan o encuentran dificultades para alcanzar la población objetivo y son escasas las iniciativas en este campo.

La educación sexual se ha centrado en la anatomía y fisiología de los órganos genitales, sus funciones coitales y reproductivas; desconociendo que lo sexual es una forma de comunicación, que la afectividad hace parte de nuestra sexualidad y que no se puede separar su función erótica. *En la medida que se eduque para comprender el propio cuerpo se estará contribuyendo con la formación de una mejor sexualidad.*[12]

La educación en sexualidad abarca más allá de la información que se les pueda dar a los adolescentes en temas de autoconocimiento, reproducción, métodos de anticoncepción, la sexualidad debe y tiene que ser transmitida con valores morales y sociales para ser asimilados por los adolescentes e implica un esfuerzo conjunto de todos los sectores sociales. Debido a todo lo anteriormente expuesto se plantea el programa de educación de la sexualidad de adolescente a adolescente, apoyado por una red articulada de profesionales multidisciplinarios, que al momento es una iniciativa propuesta únicamente en la ciudad de Riobamba, diseñado para un plantel educativo de carácter fiscal de género femenino, con adolescentes de características biopsicosociales y económicas similares lo cual hace a la propuesta única en su especie, no se conoce de experiencias similares ni en la ciudad, el país o

[12] L. Romero S. *Modulo III, El Concepto de la Sexualidad*. Universidad de Loja. Riobamba, Septiembre 2008.

países latinoamericanos. En otros países se ha trabajado propuestas de trabajo entre pares para adolescentes, sin embargo los diseños se han proyectado a grupos sociales de riesgo, en donde la mayoría de los adolescentes han abandonado la educación formal, asumen conductas no aceptadas en el contexto social, y/o se encuentran viviendo en una línea de pobreza o extrema pobreza dependiendo del país, por otra parte los programas no se han diseñado para abordar específicamente el tema de sexualidad sino más bien abarcan de manera amplia conflictos que afectan a los adolescentes según la realidad en la que se encuentran viviendo. Como ejemplos de estas propuestas se puede encontrar la de Líderes Juveniles en Chile, el programa de Profamilia en Colombia, País Joven colaboración de la GTZ para Nicaragua y Colombia en SRS.

Los objetivos del trabajo se encaminaron a: Diseñar, ejecutar y evaluar el programa para formación de promotoras adolescentes en educación de la sexualidad en el Instituto Tecnológico Riobamba de la ciudad de Riobamba.

Los módulos fueron diseñados considerando los temas de interés para las adolescentes en base a la información obtenida de un buzón de sugerencias que se instaló en cada curso del colegio. La capacitación de las líderes tuvo una duración de 108 horas repartidas en tres meses con una carga horaria de 9 horas semanales. Las 114 estudiantes intervenidas recibieron la réplica de los talleres de educación de la sexualidad entre pares en cuatro semanas en jornadas de cuatro horas los días jueves y viernes, divididas en tres grupos que trabajaron simultáneamente.

La evaluación del programa educativo se realizó en el último taller mediante encuesta. (Anexo 3)

3. REVISIÓN DE LITERATURA

3. REVISIÓN DE LITERATURA

CAPITULO 1: ADOLESCENCIA Y SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

1.1. DEFINICIONES
1.2. LA ADOLESCENCIA Y SUS ETAPAS
1.3. COMPORTAMIENTOS EN LA ADOLESCENCIA
1.4. DESARROLLO FÍSICO Y PSICOLÓGICO DE LOS ADOLESCENTES
1.5. ADOLESCENCIA, IDENTIDAD SEXUAL Y DESEO SEXUAL
1.6. CONFIGURACIÓN DEL DESEO SEXUAL Y ETAPAS DE LA ADOLESCENCIA
1.7. SEXUALIDAD EN LA ADOLESCENCIA, CONCEPTOS GENERALES, DESARROLLO SEXUAL
1.8. FACTORES QUE INFLUYEN EN LA SEXUALIDAD DE LOS ADOLESCENTES.
1.9. TRASTORNOS PSICOSEXUALES DEL ADOLESCENTE
1.10. EL ANHELO PSICOSEXUAL DEL ADOLESCENTE
1.11. AFECTIVIDAD EN LA PSICOSEXUALIDAD DEL ADOLESCENTE
1.12. ITS, MATERNIDAD, PATERNIDAD, MÉTODOS DE REGULACIÓN DE FECUNDIDAD, DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS.

CAPITULO 2: ADOLESCENCIA Y EDUCACIÓN EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

2.1. DEFINICIONES METODOLÓGICAS Y TEÓRICO CONCEPTUALES
2.2. METODOLOGÍA Y TÉCNICAS DE TRABAJO GRUPAL CON ADOLESCENTES

CAPITULO 3: FORMACIÓN DE PROMOTORAS ADOLESCENTES EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

3.1. CONCEPTOS

3.2. CARACTERÍSTICAS DE LÍDER

3.3. PERFIL DE LA PROMOTORA LÍDER

3.4. CAPACITACIÓN A LIDERES PROMOTORAS

CAPITULO I

1. ADOLESCENCIA Y SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

La adolescencia es la etapa de la vida en la que suceden grandes cambios que son difíciles de manejar. Los cambios son tanto físicos como emocionales y sociales. El ser humano al entrar en la adolescencia, por lo general adolece de la formación adecuada y de las experiencias básicas que lo ayuden a sobre vivir en sociedad. Son estas necesidades las que hacen del proceso uno de grandes retos.

La adolescencia como concepto, es relativamente moderno. En el ser humano se habla de la etapa entre la niñez y la edad adulta, que cronológicamente se inicia por los cambios puberales y que se caracteriza por profundas transformaciones biológicas, psicológicas y sociales, muchas de ellas generadoras de crisis; conflictos y contradicciones, pero esencialmente positivas. No es solamente un período de adaptación a los cambios corporales, sino una fase de grandes determinaciones hacia una mayor independencia psicológica y social.

Es difícil establecer límites cronológicos para este período de acuerdo a los conceptos convencionalmente aceptados por la Organización Mundial de la Salud; la adolescencia es la etapa que transcurre entre los 10 y 19 años. [13]

---

13 Colectivo de Autores. *Manual de Prácticas Clínicas para la atención integral a la Salud en la Adolescencia*, MINSAP, 1996.

1.1. DEFINICIONES

La adolescencia es una etapa del ciclo de crecimiento que marca el final de la niñez y el comienzo de la adultez, para algunos adolescentes es un periodo de incertidumbre, pero para otros es una etapa de amistades internas, de más independencia, y de sueños de planes que van a realizar en el futuro. También es una etapa de descubrimiento. El adolescente descubre su identidad y define su personalidad. Además es una etapa de inmadurez en busca de la madurez.

Se ha visto a lo largo del tiempo una evolución en el concepto de adolescencia, los cambios en las áreas específicas del desarrollo y los conflictos que actualmente ocurren en esta etapa en nuestra sociedad, han sido motivo de nuevas discusiones e investigación de este periodo de la vida.

La adolescencia es una etapa relevante de la vida del hombre, es donde el individuo después de haber desarrollado su función reproductiva y determinarse como único, va terminando de afianzar su personalidad, identidad sexual y roles que desempeñará en la sociedad, como también, un plan o proyecto que oriente su vida.

Socialmente, es el periodo de transición que media entre la niñez dependiente, y la edad adulta autónoma, económica y socialmente. Psicológicamente, es el periodo que empieza con la adquisición de la madurez fisiológica y termina con la adquisición de la madurez social, cuando se asumen los derechos y deberes sexuales, económicos, legales y sociales del adulto (Montenegro y Guajardo, 1994). Su duración está determinada de modo cultural, variando su extensión, su inicio, y ritmo que están determinados por las características propias del sujeto (Luengo 1991).

La tarea principal de la adolescencia, o sea, aquella condición que se debe cumplir al final de ésta para que el desarrollo posterior sea exitoso, es el logro

de la identidad, tal como lo señala Erickson. Esta estaría constituida por tres subtareas: la primera, sería la adopción de una identidad psicosexual definida, que suele estar ligado al establecimiento de relaciones de pareja estable; como segunda tarea se encontraría la separación de la familia de origen, lo que implica la posibilidad de individualización de la persona, y como tercera tarea tenemos la elección vocacional y laboral. (Florenzano, 1997)

Como parte del proceso de búsqueda de identidad, se espera el logro de la llamada maduración social, en la cual el individuo logra incorporar de modo adecuado a su pensamiento las relaciones sociales y sus esquemas. Gracias a esta maduración, el adolescente podrá ocupar un lugar en el mundo de los adultos, puesto que podrá elegir roles y metas de acuerdo a sus habilidades y posibilidades ambientales, logrando un intercambio adecuado con su medio que permitirá su independencia (Montenegro y Guajardo, 1994; Hurlock, 1980; Remplein, 1971). En la actualidad, el que los adolescentes ingresen al mundo de los adultos se hace cada vez más difícil, lo que se debería a las particulares características del momento actual: cambios demográficos en la cantidad y calidad de las poblaciones juveniles, la inadecuación relativa de los sistemas escolares, la progresiva desideologización y secularización de la sociedad y la inestabilidad de las estructuras familiares (Florenzano, 1997)

Con respecto a la relación del adolescente con los otros, éste se motiva a la acción solidaria, posibilitado por los nuevos sentimientos de altruismo, empatía y comprensión que nacen en esta época, lo que le provoca una gran satisfacción y el logro del anhelo de ser importante; estos afanes solidarios comúnmente se desarrollan en conjunto con otros jóvenes de ideas comunes, constituyéndose así los movimientos juveniles. (Craig, 1997; Hurlock, 1980; Remplein, 1971).

Al lograr el adolescente tener definida su identidad como ser único e independiente del resto, puede dirigir su interés hacia la realidad, haciéndose más objetivo. Es característico que el joven compare la realidad actual con

una "posible y mejorada realidad", lo que puede llevar tanto al inconformismo, a la depresión o la rebeldía, como a la búsqueda de una imagen integrada del mundo (Montenegro y Guajardo, 1994; Remplein, 1971). En todas las décadas se ha dado que los adolescentes, sobre todo los universitarios, son una fuerza de cambio valórico de la sociedad; también son capaces de formar nuevos valores a parte de los entregados por los padres (Craig, 1997).

Los círculos sociales de similares (las amistades) son muy importantes en la adolescencia. Permiten que los jóvenes se entretengan, contribuyen al desarrollo de las habilidades sociales, afianzan la autoestima y el estatus, y constituyen una fuente de seguridad, ayuda y guía para enfrentar las crisis, entre otras funciones. En la adolescencia disminuye el número de amigos, en comparación con la pubertad, ya que se buscan personas con características afines; estos se hacen más estables en el tiempo y la relación es más íntima; también aparecen las amistades con el sexo opuesto (Craig, 1997; Montenegro y Guajardo, 1994; Hurlock, 1980; Florenzano, 1997). El hecho de que las amistades de un joven se conviertan en "malas influencias", tiene relación con la necesidad de compañía y de sentirse importante para alguien, dentro de un marco de carencia afectiva por parte del medio, especialmente familiar; el grupo, al ofrecer satisfacción a estas necesidades, puede ejercer notable influencia sobre el adolescente (Peláez y Luengo, 1996). La capacidad racional desarrollada junto con la objetividad lograda, permite que las tensas relaciones con los padres y profesores de la etapa de la pre pubertad y pubertad se relajen; el joven podrá admitir que estos tienen la razón, dependiendo del valor objetivo de su opinión, dándose incluso la relación de amistad con uno de los padres (Remplein, 1971).

Es común el referir que la adolescencia es un período crítico. La percepción de los cambios en la estructura corporal, la adquisición de nuevas herramientas de pensamiento y los esfuerzos de adaptación del sujeto a su ambiente social pueden verse limitados y distorsionados tanto por variables del propio sujeto como por factores ambientales, lo que puede tener

consecuencias dañinas para el desarrollo posterior; en general, la familia es el lugar de origen de la mayoría de las problemáticas (Peláez y Luengo, 1996). Entre estas, se pueden encontrar conflictos en el área de la tipificación y orientación sexual, problemas en la autoestima, síntomas depresivos, el consumo de drogas y alcohol, así como la manifestación de conductas antisociales. Es necesario destacar que, según lo señalado por Peláez y Luengo(1996), la mayoría de los problemas tienen solución, que su origen no es difícil de encontrar, y que la pesquisa oportuna puede evitar daños mayores.

1.2. LA ADOLESCENCIA Y SUS ETAPAS

El ingreso a la adolescencia es suave, casi inadvertido. Poco a poco cambian los gustos, los gestos, los motivos de conflicto, los deseos; también los cuerpos, los pensamientos y los sentimientos. Gota a gota los seres humanos nos vamos desprendiendo de la niñez e iniciando el camino de la adolescencia y la juventud. Esos momentos de transición son únicos para cada persona. En la medida en que las personas adultas conocen y comprenden lo que sucede con una persona a partir de los 10 años de edad, resulta más sencillo trabajar de la mano con quienes son jóvenes y construir servicios a su medida.

La adolescencia es una época del ciclo vital del desarrollo humano que se caracteriza por el crecimiento y maduración biológica, fisiológica, psicológica y social del individuo. Su inicio lo marca la capacidad biológica de reproducirse y su final, la capacidad social de reproducirse.

Durante este proceso, el adolescente apropia y recrea las características y atributos de la historia social de su gente, se individualiza e independiza, transforma el entorno y el mundo que habita, a la vez que éste lo transforma.

De manera general este período se ve caracterizado por:

Adolescencia temprana o inicial 10 - 13 años

Cambios cognitivos

En esta etapa las personas adolescentes experimentan cambios puberales que marcan el inicio de la misma. Se encuentran ambivalentes sobre separarse de sus padres o no y prefieren socializar con “pares” del mismo sexo. Conservan un pensamiento concreto con planes vagos hacia el futuro. En estos años se inicia la curiosidad sexual, principalmente a través de la masturbación, pero no exclusivamente. Se centran mucho en sí mismas y exploran qué tan rígido o flexible es el sistema moral de sus padres o figuras de autoridad.

Cambios biológicos

Las niñas pueden empezar a desarrollar los brotes de senos a los 8 años de edad, con un desarrollo completo de ellos entre los 12 y los 18 años. El crecimiento del vello púbico, así como también el vello de la axila y de la pierna, comienza típicamente alrededor de los 9 ó 10 años de edad y alcanza los patrones de distribución adulta alrededor de los 13 ó 14 años. La menarquía (el comienzo de los períodos menstruales) ocurre en forma característica alrededor de 2 años después de notarse los cambios iniciales de la pubertad y puede suceder entre los 10 años o 15 años, a más tardar. Entre los 9.5 y los 14.5 años se presenta un crecimiento rápido simultáneo en la estatura, que alcanza el punto máximo alrededor de los 12 años.

Los hombres comienzan la pubertad más tarde, entre los 10 y los 16 años, y necesitan más tiempo para completar sus cambios: aproximadamente 7 años. Sus hormonas les engruesan la voz, los estiran corporalmente y les desarrollan los genitales, aumentando el tamaño de testículos y pene. Los

niños pueden comenzar a notar agrandamiento escrotal y testicular alrededor de los 9 ó 10 años de edad, seguido rápidamente por el alargamiento del pene.

El tamaño y forma de los genitales adultos se logra típicamente a los 16 ó 17 años. El crecimiento del vello púbico en los hombres, así como también el vello de la axila, pierna, pecho y cara, comienza alrededor de los 12 años y alcanza los patrones de distribución adulta más o menos entre los 15 y 16 años. Un crecimiento rápido simultáneo en la estatura sucede entre los 10.5 y 11 años y entre los 16 y 18 años, alcanzando su punto máximo alrededor de los 14 años. En medio del proceso aparece la primera eyaculación o espermarquia.

Durante este periodo las personas adolescentes experimentan con mayor intensidad los cambios biológicos propios de la etapa. Esto implica la concentración de energía principalmente en la adaptación y comprensión de los cambios que ocurren en su cuerpo. En este momento es cuando los servicios amigables se convierten en aliados para apoyarlas en la asimilación del proceso de transición.

A diferencia de lo que sucedía en la infancia, el adolescente canaliza sus sentimientos hacia fuera de la casa: amigos, compañeros, adultos y cuanta persona sea sensible con relación a sus problemas y comprensiva con su conducta. Por lo tanto, la actitud del profesional de la salud incide en la adherencia a la institución y recomendaciones de prácticas saludables.

En el ámbito socio-emocional se manifiestan inquietos y habladores, no les gusta estar solos, desarrollan múltiples relaciones interpersonales.

Durante esta etapa se dan varias transformaciones en términos de aprendizaje. Según Piaget, se desencadena el acceso al pensamiento formal por medio del cual se hace extensiva la lógica al dominio de las ideas,

principios y proposiciones abstractas para dar razón de los hechos y acontecimientos concretos observables.

A su vez, Bandura plantea que el aprendizaje infantil prepara al niño o la niña para afrontar los retos de la adolescencia; si durante la infancia ha aprendido en independencia, autonomía e iniciativa de expresión de sus deseos y necesidades, de igual forma será su aprendizaje adolescente. De esta manera, su adolescencia será solo el producto de toda la historia evolutiva previa, sin romper con el pasado.

Nadie experimenta estos cambios de la misma forma ni en el mismo momento.

Adolescencia media 14 - 16 años

Cambios Cognitivos

En este período es más marcado el distanciamiento afectivo con los padres. La persona adolescente explora diferentes imágenes para expresarse y para que la reconozcan en la sociedad, así como diversos roles de adultos. Socializa con pares de diferente sexo e inicia actividad sexual con quien identifica como su pareja sexual. Se fascina por la capacidad de pensar diferente y por la abstracción de nuevos conceptos. Durante esta etapa es mayor la tendencia a vincularse en actividades colectivas que suplan su necesidad de encontrar identidad y reconocimiento social y cultural.

Adolescencia final o tardía 17 –19

Cambios Cognitivos

En este grupo el adolescente es independiente y capaz de integrar su imagen corporal con su identidad o personalidad. Eso lo faculta para establecer y consolidar relaciones que se basen en el cuidado y el respeto

por la autonomía y por la intimidad de las otras personas. Prefiere relaciones sociales más con individuos que con grupos o colectividades. De igual modo, desde esta etapa, y cada vez con mayor fuerza, define planes y metas específicas, viables y reales. Es capaz de abstraer conceptos, define su sistema de valores e ideología. Estas transformaciones están condicionadas por las determinantes de cultura, sexo, nivel educativo de la familia y el entorno social, entre otras.

Cambios Biológicos

Durante este periodo los cambios físicos tienen menor preponderancia frente a los cambios psicológicos, sociales, emocionales y cognitivos que se tornan primordiales para la transición a la etapa adulta. En este periodo esos cambios biológicos se constituyen en la imagen corporal que se integra a la personalidad e identidad que lo distinguirá a lo largo de la vida.

Cambios Psicológicos Sociales

Simultáneamente a la atracción por otras personas, los adolescentes empiezan a separarse de sus padres y otros adultos. Luchan por romper la dependencia de su familia y conquistar su autonomía. Con frecuencia encuentran fallas en las figuras de autoridad y discuten lo que les dicen las personas adultas. Analizando y debatiendo, los adolescentes y jóvenes se van independizando emocionalmente de su familia, construyendo un criterio propio frente a ella, el mismo que gradualmente les permitirá tener una relación diferente con ella en el futuro.

Pero la conquista de la autonomía no es algo que sucede en un solo momento; por el contrario, se da extendida en el tiempo y en tensión permanente entre la dependencia o no de sus padres.

Las personas jóvenes pueden ser analíticas y críticas de sus madres, padres y adultos con figura de autoridad, de la realidad económica y social que les rodea. Así es como van desarrollando su capacidad de pensar en abstracto, con lo cual aumentan el control que tienen de su propia vida, toman decisiones más reflexivas y analizan con más serenidad las consecuencias de cada acto.

1.3. COMPORTAMIENTOS EN LA ADOLESCENCIA

Al llegar a la pubertad los cambios hormonales desencadenan nuevas sensaciones sexuales y los intereses y motivaciones relacionadas con la sexualidad van a cobrar una enorme importancia. En esta etapa van a nacer las grandes amistades y los primeros amores. Es la época de definición de la identidad propia, se experimentan necesidades específicamente sexuales y se empieza el conflicto entre lo que se siente y lo que se les prohíbe.

En términos generales el desarrollo según el sexo tiene ritmos diferentes y mientras en la joven las transformaciones llevan a una rápida armonización de su cuerpo, en el varón se produce una desarmonía e incoordinación.

Esto hace que los consideremos por separado.

Primera etapa
Aislamiento

El profundo y acelerado cambio en los aspectos físicos que hacen que el adolescente se sienta un desconocido para sí mismo determina que se vuelque hacia su interioridad. Luego del periodo de latencia hay un resurgir de los intereses sexuales que se manifiestan en una movilidad exagerada de su cuerpo, empleo de un vocabulario vulgar que está referido a lo sexual como a lo excretorio —conductas sádicas— a veces exhibicionismo y dificultad en el cumplimiento de los hábitos sobre todo de limpieza.

El impulso sexual presenta distintas formas.

En el varón: debe superar la tendencia a tener a su madre como figura de identificación y como recurso surge la necesidad de romper relaciones genéricamente con las mujeres. De ahí la formación de las barras de varones con actividades que refuercen la masculinidad donde no dan cabida a las niñas.
Estas conductas son profundizadas por la sociedad que obliga a los jóvenes a reprimir cualquier clase de manifestación considerada femenina.

El impulso sexual no tiene exclusivamente un objeto, la tensión sexual lidera indiscriminadamente y cualquier estímulo puede tomar un carácter sexual.

La única actividad liberadora es la masturbación.

En la chica, el proceso es más dócil. La orientación es más clara hacia la heterosexualidad y su lucha es por no caer en la dependencia materna.

Su impulso está más en vías de organización y empieza a buscar el sexo opuesto.

Pueden aparecer en este período una serie de alteraciones que se manifiestan en síntomas como cefaleas, vértigo, onicofagia, fobias, tartamudez. En la joven las fantasías en torno a la búsqueda de pareja heterosexual sirven de vía de descarga para la tensión.

Segunda etapa
Orientación incierta hacia la sexualidad 14 —15 años

Logrando un cierto dominio sobre los cambios puberales se sale de la etapa anterior. A efectos de romper con la dependencia familiar el joven busca identificarse con personas ajenas. El rompimiento del vínculo con el

progenitor del mismo sexo crea incertidumbre y entonces se vuelca a la búsqueda de amigos del mismo sexo.

Esta amistad exige la idealización de esa persona y necesita internalizar esa relación. Constituye ésta la etapa del amigo íntimo que representa su ideal de yo. Los sentimientos eróticos se canalizan a través de cuentos, chistes, largas conversaciones.
En el chico, el amigo representa el ideal del yo, puede presentarse una idealización que conlleve a una relación homosexual que lleva a la ruptura de la amistad. Esta relación homosexual es natural en esta edad y no significa que haya una mala identificación sexual.

En la chica, de la amiga se espera afecto, cariño, atención, camaradería, en la relación heterosexual, busca encontrar características similares u opuestas a la de los padres.

Tercera etapa.
Apertura a la heterosexualidad 15—17 años

Adquirida, definida la identidad sexual la conducta se orienta hacia la heterosexualidad.

Hay mayor paralelismo entre ambos géneros, y se establecen relaciones entre los sexos que están caracterizadas por ser: efímeras (duran a veces un día), ambivalentes aunque intensas no obstante lo cual se cambia de objeto amoroso rápidamente.

Para protegerse de estos “fracasos” hay un sentimiento de fuerte narcisismo e idealismo (soy un crack, nadie sabe más de esto como yo).

El enamoramiento reviste en esta etapa un carácter más bien platónico, romántico. La sexualidad es manejada muchas veces a través de

conversaciones, disquisiciones filosóficas y con intensas fantasías que son evacuadas a través de la masturbación.

Cuarta etapa

De consolidación 17—19 años

Hay una definición y consolidación de la identidad.

Una mayor estabilidad emocional que permite realizar elecciones a largo plazo.

Se inicia la búsqueda de un objeto amoroso; el joven liberado de sí mismo, resurge de su interioridad y está en condiciones de comenzar a dar y recibir afecto.

Llegamos así alrededor de los 18—19 años en que si el desarrollo psicosexual se ha cumplido en forma adecuada se habrá logrado una cierta madurez emocional que posibilite una inserción amorosa en el mundo adulto.

Convergen en esta época lo que se ha dado en llamar por la Ps. Renée Behar de Humo, los tres niveles de maduración necesarios para que el joven esté en condiciones de ejercer su sexualidad en forma plena, libre y responsable.

Estos niveles de maduración son:

- Biológico — que está determinando obviamente por la puesta en función de los aparatos sexuales y que por sí solo no basta.
- Emocional — que se logra alrededor de esta última etapa que vimos, cuando la estabilidad emocional permite que se encuentre en una sola persona —objeto amoroso único— una serie de atributos que determinan una resonancia afectiva duradera. Esto se produce recién a los 18—19 años. Anteriormente el adolescente tiene múltiples

objetos parciales que despiertan sus sentimientos y es por eso que sus arreglos son tan fugaces y simultáneos, ya que se siente atraído por cualidades de diferentes adolescentes, conformando su objeto ideal una especie de rompecabezas.

- Social — adquirida la madurez biológica y la emocional con el encuentro del objeto amoroso único que implica mantener una relación de pareja más o menos estable es conveniente tener la suficiente madurez social entendida ésta como la responsabilidad para hacer frente a una posible procreación.

Específicamente en esta etapa aparece el sentimiento del enamoramiento que más allá del deseo y la atracción sexual representa un deseo de unión absoluta, con otra persona que en esa edad se percibe como única e insustituible. La necesidad afectiva sexual ligada a la relación de pareja, en este caso al noviazgo adquiere una mayor estabilidad. Esta adolescencia tardía es considerada por algunos autores como el período de tiempo que más se acerca a la adultez. Donde se desarrollan criterios más claros frente a la vida, aumenta su capacidad de juicio y crítica. Esto se acompaña de autovaloración y dirección moral de la personalidad mucho más desarrollada y madura a partir de la propia escala de valores que ha ido formando en su interacción con el medio que los y las rodea. La necesidad afectiva sexual ligada a la relación de pareja, en este caso al noviazgo adquiere una mayor seguridad.

Adolescencia y sexualidad

Los humanos somos seres socio—sexuales, que experimentamos y compartimos la sexualidad en medio de un grupo social (con otros). Aunque el ejercicio de la sexualidad presupone una estructura y un comportamiento biológico, el comportamiento sexual está moldeado sutil y gradualmente por el aprendizaje social en el cual participan dimensiones religiosas, culturales, económicas, sociales y políticas.

Cada cultura moldea la conducta sexual de sus miembros en tales dimensiones. Cada grupo social tiene su propia manera de ver la sexualidad (una sexosofía), crea una estructura de normas y valores para regular el comportamiento sexual de sus miembros, encarga a agentes educativos para reproducir y transmitir por medio de la socialización estas normas y valores sexuales, a través de determinados métodos de educación sexual.

De manera general cuando una persona piensa en “sexo”, en general piensa en la conducta sexual. Sin embargo el sexo, y la sexualidad, son mucho más que un comportamiento específico, se ha aceptado que la sexualidad incluye entre sus parámetros:

- ✓ Desarrollo de la identidad genérica.
- ✓ Desarrollo del rol sexual.
- ✓ Desarrollo de las actitudes y valores.
- ✓ Desarrollo de la orientación sexual.
- ✓ Desarrollo del comportamiento sexual.
- ✓ Desarrollo de la identidad sexual.
- ✓ Desarrollo del conocimiento sexual.
- ✓ Desarrollo de las habilidades sexuales.

La identidad genérica

El aspecto más básico de nuestra identidad es la identidad del género o genérica, que tiene que ver con nuestro reconocimiento y la aceptación de nosotros mismos como varón o mujer.

En el útero, durante las primeras seis semanas después de la concepción, somos todos fisiológicamente del género femenino y solo después de esta etapa los varones (los que tienen cromosomas XY) empiezan a diferenciarse sexualmente. Esta diferenciación no siempre es fácil; a veces los bebés

nacen con genitales ambiguos. Cuando sucede esto, la comunidad médica corrige quirúrgicamente la ambigüedad para crear un varón o mujer "anatómicamente correcto/a" (basando la decisión en un conjunto de factores, entre los que se incluye una verificación de los cromosomas, la relativa predominancia de ciertos órganos específicos, la posibilidad quirúrgica y los deseos de los padres).

En general, sin embargo, el género viene como una unidad o "paquete" y es poco lo que podemos hacer acerca de ello. Muy temprano, en sus vidas, los niños empiezan a desarrollar una conciencia de su "unidad", o sea, aprenden los rótulos pegados a su "paquete", que comienzan como "mamá/papá", y luego dan lugar a "niño/niña, masculino/femenino".

El rol sexual

Otro aspecto de la sexualidad es el rol sexual, que es como nos comportamos, como varones y como mujeres. Mientras se desarrolla un conocimiento acerca de qué "paquete" tenemos, el mundo envía mensajes sobre el significado de dicho "paquete". Además, observamos el comportamiento de las personas que tienen el mismo paquete que nosotros, e incorporamos esa información a nuestro repertorio de conducta.

Una expectativa del rol sexual, que los niños recogen muy temprano, es no actuar como si se fuera del otro sexo (afeminado, marica, marimacho). Tales calificaciones ejercen un efecto de restricción sobre los jóvenes varones, a quienes se les desanima el explorar las inclinaciones que pueden tener hacia la danza, la música, las artes en general, actividades que a menudo se identifican como "femeninas". Nótese la confusión del rol sexual con la orientación sexual que trataremos más adelante.

La mayoría de nosotros tenemos que lidiar toda la vida con aspectos del rol sexual, especialmente ahora que la sociedad está en una etapa de

transición. Por ejemplo, el hombre de edad madura que le abre la puerta a la mujer, puede deleitar a su madre y ofender a la colega “feminista”. La misma conducta puede ofender o ayudar, dependiendo de las actitudes de la persona que la recibe acerca del rol sexual apropiado.

De hecho el rol sexual es uno de los temas subyacentes a la controversia contemporánea acerca de la educación sexual: ¿vamos a enseñar a los jóvenes los roles sexuales “tradicionales” o roles nuevos?

Las actitudes y los valores

Uno de los aspectos más influyentes de nuestra sexualidad incluye nuestras actitudes y valores acerca del comportamiento sexual, el género y el rol sexual. Como individuos tenemos nuestros propios sentimientos y creencias acerca de lo que es apropiado que nosotros hagamos (o lo que “debemos hacer”) como varones o mujeres, y nuestras propias actitudes acerca de las diversas conductas sexuales. Cada uno de nosotros también proviene de una familia con expectativas y valores. Si bien nuestras actitudes individuales se arraigan en las expectativas de nuestra familia, rara vez están sincronizadas con ellas en un cien por ciento. Además, las actitudes individuales y familiares están también influenciadas por las actitudes culturales.

Aunque a menudo no estamos conscientes de que enseñamos actitudes y valores, los niños recogen con astucia lo “enseñado” en sus más mínimos detalles. A una edad muy temprana, por ejemplo, descubren que cuando se tocan diferentes partes de su cuerpo —codo, dedos del pie, genitales— provocan reacciones bastantes diferentes de parte de los adultos. Aprenden que unas partes de su cuerpo se describen con eufemismos —“el asunto”, “la cosita”, “lo de abajo”— o quizás, que no se describan en absoluto.

La ironía es que los adultos piensan que el enseñar a los adolescentes acerca de la sexualidad en las escuelas secundarias impartirá de algún modo información peligrosa a individuos carentes de valores o de moralidad propia. De hecho, los niños ya saben lo que existe, independientemente de que puedan articularlo claramente o no. Cuando los niños llegan a la adolescencia, ya están profundamente imbuidos de las actitudes y los valores de su familia, de la cultura en general y de las subculturas específicas.

Los valores y las actitudes tienen mayor influencia que ningún otro factor. Supongamos que dos personas tienen una relación sexual. Una piensa que la cópula es la expresión más maravillosa y bella del amor; la otra piensa que es degradante, repugnante y horrible. El mismo acto, en el mismo momento, puede ser vivido de manera enteramente diferente por los dos participantes. Su experiencia no se basa pues en el acto mismo sino en sus actitudes hacia el acto.

La orientación sexual

Otra dimensión crítica de nuestra sexualidad es la orientación sexual, que está basada en los sentimientos persistentes de atracción sexual y emocional hacia los varones o hacia las mujeres, o hacia ambos sexos. La mayoría de los seres humanos desarrollan atracción hacia el sexo opuesto, una proporción más pequeña hacia el mismo sexo y algunos hacia ambos sexos.

Cualquiera sea el caso, no es algo que ellos decidan conscientemente. Llega un momento en que los jóvenes toman conciencia de quién o qué los atrae y/o excita. Ellos se dan cuenta de que necesitan acercarse a alguien, que los arrasa una emoción poderosa. La atracción es impulsada por los cambios hormonales que vienen con la pubertad.

El comportamiento sexual

Durante la adolescencia temprana, los jóvenes han desarrollado el sentimiento de quién y qué los atrae. Contrariamente a las suposiciones populares, el darse cuenta de esa situación no implica automáticamente el tener relaciones sexuales. El comportamiento sexual puede ser una decisión tanto de no hacer como de hacer algo, incluyendo el beso, tomarse de las manos, masturbarse, y una gama completa de otros comportamientos (de los cuales el acto sexual es uno más).

La identidad sexual

Si la identidad genérica se refiere a saber rotularnos varón o mujer (según nuestro paquete) y la orientación sexual se refiere al objeto de nuestras atracciones emergentes, la identidad sexual corresponde al rótulo que nosotros mismos nos ponemos según nuestra orientación. Este rótulo viene generalmente después de la aparición de sentimientos internos poderosos y de por lo menos algún comportamiento sexual.

Es necesario destacar las distinciones - que con demasiada frecuencia no están bien claras - entre los tres componentes del desarrollo sexual: la orientación, el comportamiento y la identidad. (Muchos de los “tratamientos” en los que se indicaba que se estaba “curando” a los homosexuales, solo han logrado una reducción del comportamiento homosexual, no un cambio en la orientación).

El conocimiento sexual

En forma análoga, el rotular la identidad sexual es bastante complejo. Está claro que el conocimiento es un componente importante de la sexualidad, pero he aquí la tragedia para la mayoría de los jóvenes de hoy: pasan por el proceso —identificando quiénes son, lo que pueden hacer como varones y

como mujeres, cómo se sienten al respecto, con quién desean estar— y se ponen el rótulo, antes de que empiecen a obtener la información precisa sobre la sexualidad (si es que alguna vez la obtienen).

Las habilidades sexuales

Quizás el último componente del aprendizaje sexual sea la adquisición de las “habilidades” sexuales. Nuevamente los mitos predominantes enseñan que el sexo puede ser “maravilloso” o “sucio”, que en cualquier caso, instintivamente “sabemos cómo hacerlo” desde el comienzo, y que si no lo sabemos algo debe andar mal con nosotros. De hecho, como muchas otras actividades, realmente no lo hacemos bien sino después de repetir la experiencia.

Durante la adolescencia la importancia del conocimiento inherente a la sexualidad está directamente relacionada con el desarrollo personal y social, De la forma como ese ser humano aprenda a relacionarse con los otros, alcanzará un equilibrio emocional que le permita manifestar sus sentimientos, dar y recibir afecto y asumir armoniosamente su sexualidad.

1.4. DESARROLLO FÍSICO Y PSICOLÓGICO DE LOS ADOLESCENTES

Con muy pocas excepciones, todos lo humanos nacen en este mundo con caracteres masculinos o femeninos precisos. El sexo se determina al momento de la concepción, en el óvulo fecundado, de un par de cromosomas sexuales derivados de cada uno de los padres. Una vez que se establece el sexo en el embrión humano, la suerte está echada para el desarrollo subsecuente de todas las características, adquiridas genética y socialmente, que diferencian al varón de la mujer en la sociedad humana.

Desde el nacimiento saltan a la vista las diferencias físicas. El pene y los testículos localizados externamente, facilitan la identificación del recién nacido varón, en tanto que la presencia del nicho vaginal distingue claramente a una mujer. Sin embargo, excepto por las características sexuales primarias, en la niñez temprana hay poca diferencia en el aspecto de niños y niñas. De hecho, con los cortes de pelo y las modas de vestir de hoy en día, en ocasiones es difícil diferenciarlos.

Las diferencias en la estructura corporal no se acentúan hasta la adolescencia.

Anatomía y fisiología de la función sexual

Diferenciación del sexo

Con la excepción de las células sexuales, todas las del cuerpo del hombre contienen 23 pares de cromosomas. Veintidós de ellos son pares homólogos, es decir, iguales, e incluyen genes para los mismos caracteres. Los del par 23 son los que determinan el género. Las mujeres poseen dos cromosomas sexuales similares, llamados cromosomas X, y los varones dos cromosomas sexuales distintos: uno tipo X y otro al que se ha designado cromosoma Y.

Durante el proceso de maduración, los gametos o células sexuales (el espermatozoide del varón y el óvulo de la mujer) se dividen y el número de cromosomas que lleva cada uno se reduce a la mitad (23). El óvulo maduro siempre contiene un cromosoma X, pero en el espermatozoide maduro puede ser X o Y. Si un óvulo es fecundado por un espermatozoide que lleva un cromosoma X, el embrión resultante será femenino. Si por el contrario el óvulo es fecundado por un espermatozoide portador del cromosoma Y, se forma un embrión masculino.

Una función mayor del cromosoma Y es determinar que se desarrollen testículos en el embrión. En los embriones se secreta la hormona testosterona que estimula la formación de los genitales externos masculinos, el sistema de conductos y los órganos sexuales accesorios. También establece la diferenciación sexual del cerebro. Cuando no existe esta hormona, se desarrollan órganos reproductores femeninos.

Control hormonal del sistema de la reproducción

La estructura maestra que controla las hormonas sexuales del hombre y la mujer es el hipotálamo. Secreta el factor liberador de la gonadotrofina, que estimula la hipófisis anterior para que secrete hormonas gonadotrópicas. La hormona foliculoestimulante (FSH) induce la producción de óvulos y espermatozoides. La hormona luteinizante (LH) estimula la producción de las hormonas masculinas y femeninas. El hipotálamo es sensible a estímulos externos, como el estrés físico, las emociones y los cambios notables del tiempo.

Las hormonas masculinas se conocen en conjunto como andrógenos. La principal es la testosterona cuyas funciones son:

- Inducir la diferencia sexual durante el desarrollo embrionario.
- Estimular el crecimiento de los genitales y los caracteres sexuales secundarios.
- Conservar el proceso de la espermatogénesis.
- Promover el crecimiento por anabolismo proteico.
- Aumentar el impulso sexual.

Las principales hormonas femeninas son los estrógenos y la progesterona. Los primeros son secretados por el folículo ovárico, el cuerpo amarillo y durante el embarazo por la placenta.

Sus funciones son:

- Estimular el crecimiento del útero, la vagina y el desarrollo de las características sexuales secundarias en la pubertad.
- Inducir la reparación del endometrio después de la menstruación.
- Promover el crecimiento del sistema de conductos de las glándulas mamarias.
- Aumentar la motilidad del útero y su sensibilidad a la oxitocina.
- Acelerar la formación de la matriz ósea.

Las funciones de la progesterona, secretada por el cuerpo amarillo y durante el embarazo por la placenta son:

- Convertir el endometrio parcialmente engrosado durante el periodo postovulatorio en una estructura secretora adecuada para la implantación del óvulo fecundado.
- Promover el crecimiento de los alvéolos de las glándulas mamarias.
- Disminuir la motilidad uterina.

Aparato reproductor del adolescente

La función del aparato reproductor de los adolescentes y hombres adultos es producir espermatozoides maduros y depositarlos en el cuerpo de la mujer para la fecundación del óvulo. Este aparato incluye los órganos que producen las células germinativas y las diversas hormonas, un sistema de conductos que transporta las células al exterior y diversas estructuras accesorias que facilitan el proceso. El órgano masculino de la copulación, el pene, se encarga de inyectar espermatozoides en el cuerpo de la mujer.

Testículos: Los órganos masculinos que producen las células germen son un par de estructuras ovales llamadas testículos. Como en el caso de muchos mamíferos, las células germen masculinas del humano no pueden sobrevivir a temperaturas muy frías o muy calientes. La temperatura interna del cuerpo es muy alta para el proceso de la espermatogénesis y, poco antes del

nacimiento, los testículos descienden de la cavidad abdominal hacia el escroto, una bolsa que cuelga detrás del pene y está suspendida del pubis.

Normalmente, los músculos están relajados y el escroto cuelga, pero en los climas fríos se contraen para llevarlos hacia el periné, entre los muslos, a fin de conservarlos calientes.

Cada testículo consiste en unos 250 lóbulos en forma de cuña, que contienen a su vez uno a cuatro tubos contorneados estrechos, llamados tubos seminíferos, que producen los espermatozoides. Asimismo, en los testículos se localizan las células de Sertoli, que proveen de nutrientes a los espermatozoides, y las células intersticiales de Leyding que producen las hormonas masculinas.

Sistema de conductos: El proceso de la espermatogénesis dura unos 60 días en los tubos seminíferos. Después de este tiempo, los espermatozoides requieren otras 2 semanas en el epidídimo para hacerse móviles y capaces de fecundar un óvulo.
A medida que los espermatozoides viajan de los testículos a la uretra, diversas glándulas aportan secreciones para nutrirlos y darles vitalidad.

Semen: Durante la eyaculación, se secretan unos 2 a 6 ml de semen, o líquido seminal, cuya cantidad depende del tiempo transcurrido entre las eyaculaciones. Cada descarga de semen contiene varios cientos de millones de espermatozoides, las secreciones de las glándulas accesorias y el moco de las situadas a lo largo de la uretra. La cuenta de promedio normal de espermatozoides es de unos 120 millones por ml. El semen es viscoso y lechoso cuando se secreta, pero rápidamente se torna líquido en reposo por acción de las enzimas hidrolíticas de la próstata.

Pene: Su tamaño varia, pero suele tener 15 cm por 2,5 cm, cuando se encuentran en erección. Está fijo a las paredes anterior y lateral del arco

púbico, enfrente del escroto. El pene está formado por tres columnas longitudinales (cuerpos cavernosos) de tejido eréctil unidas por bandas fibrosas y cubiertas de piel. Normalmente es una estructura flácida. Durante la estimulación sexual, los cuerpos cavernosos se llenan con sangre y el pene se hace turgente (rígido) y erecto. El flujo de sangre hacia los senos cavernosos depende del sistema nervioso autónomo. La estructura cónica abultada de la punta del pene se llama glande y contiene el orificio externo de la uretra. El glande está recubierto por un pliegue de piel retráctil, el prepucio, que con frecuencia se extirpa en la circuncisión, poco después del nacimiento.

Aparato reproductor de la adolescente

La función del aparato reproductor femenino de las adolescentes y mujeres es producir óvulos maduros, recibir el esperma y ofrecer un ambiente adecuado para el desarrollo del feto hasta que esté maduro para nacer.

Ovarios: Producen las células femeninas. Son dos estructuras ovales pequeñas, localizadas en la región pélvica de la cavidad abdominal. Están suspendidas de la pared lateral de la pelvis por una parte del ligamento ancho. Los ovarios producen óvulos y hormonas. Al nacer, contienen la dotación total para toda la vida de la mujer de unos 400 mil folículos primordiales (óvulos primitivos) de los cuales durante los años fértiles probablemente se desarrollarán 350 a 500 folículos de Graaf.

Unos años antes que se inicie la pubertad, los ovarios comienzan a secretar mayores cantidades de hormonas, como son estrógenos, progesterona, y un poco de andrógenos (hormonas masculinas).

El proceso de la ovogénesis se lleva a cabo en los ovarios. Aproximadamente cada 28 días se produce un óvulo maduro.

Trompas de Falopio (oviductos): Son dos pequeñas estructuras intraperitoneales de unos 10 cm de largo que se extienden desde el útero hasta los ovarios.

Su función es llevar los óvulos maduros al tercio medio de la trompa, en donde son fecundados, y al óvulo fecundado hasta el útero para su implantación, o al que no lo ha sido para eliminarse con el flujo menstrual.

Útero: Es un órgano muscular hueco de paredes gruesas, localizado en la porción pélvica de la cavidad abdominal entre el recto y la vejiga. Su recubrimiento interno consiste en una superficie mucosa especializada, el endometrio, que es el sitio principal de implantación del óvulo fecundado.

Cuello uterino: Es un cuerpo cónico, redondo, muy duro, de unos 2 a 2,5 cm de diámetro.

Vagina: Es un tubo muscular. Tiene unos 10 cm de largo y 4 cm de ancho. Es la vía de paso por donde los espermatozoides penetran al útero y se elimina el flujo menstrual y forma parte del conducto del parto.

Vulva: Los órganos genitales femeninos externos forman en conjunto la vulva. El monte de Venus es un cojín suave redondeado de tejido adiposo, localizado sobre la sínfisis del pubis, está recubierto con vello. Los labios mayores, consisten en dos pliegues longitudinales de la piel que cubren y protegen la abertura de la vagina, el meato urinario y los labios menores.

El clítoris el órgano femenino equivalente al pene. Es un órgano eréctil, corto y muy sensible a los estímulos táctiles.

El himen es un tabique elástico, firme recubierto de mucosa que cierra la vagina en las vírgenes. Puede faltar por completo o en parte.

Glándulas mamarias o mamas: Son estructuras sexuales accesorias en la mujer. Tiene como función secretar leche para nutrir al recién nacido. Cada mama contiene compartimentos o lóbulos separados por tejido adiposo.

Ciclo menstrual: Es una hemorragia uterina periódica que consiste en el desprendimiento del endometrio del útero cuando no se ha fecundado un óvulo maduro. El primer periodo menstrual que ocurre en la pubertad, se llama menarquia y se continúa hasta la menopausia, alrededor de los 40 años.

La menstruación se lleva a cabo unos 14 días después de la ovulación. El ciclo menstrual dura 28 días, aunque el límite normal es de 24 a 32. La duración promedio del periodo menstrual es 5 días y la pérdida promedio de sangre es de 70 ml.

El ciclo consiste en tres fases:

1. Menstrual: Desprendimiento de los dos tercios superficiales del endometrio.
2. Proliferativa: desde el quinto día hasta el momento de la ovulación, el endometrio se regenera y engruesa de 8 a 10 veces.
3. Secretora: desde el día de la ovulación hasta tres días antes del siguiente periodo menstrual. El endometrio se desarrolla en un tejido tipo secretor para recibir al óvulo fecundado.

Menopausia. Suele ocurrir entre los 45 y 55 años de edad. Se inicia de manera gradual, con irregularidad de los periodos menstruales.

Cambios visibles de los adolescentes:

Durante los años de primaria, las niñas son tan grandes o hasta más grandes que los niños de su grupo. Entre los 11 y los 14 años, en promedio

las niñas son más altas que los niños de su edad. La diferencia en el tamaño puede darles a las niñas ventaja en las actividades físicas, aunque algunas pueden presentar algún conflicto y, como resultado, menospreciar sus capacidades físicas. Sin embargo, la diferencia en el ritmo de crecimiento es más pronunciada al principio de la pubertad.

Para una joven normal, la adolescencia comienza con el desarrollo de los senos entre los 10 y 11 años y dura aproximadamente 3 años. El 80% de las niñas tienen su primera menstruación entre los 11.5 y los 14.5 años.

Para el joven normal, su desarrollo comienza entre los 11 y 12 años. En general, los muchachos son más variables que las muchachas en lo que se refiere al momento en que se presentan estos cambios físicos de la adolescencia. El tiempo que se necesita para que se presenten todos los cambios de la pubertad varía más en los hombres y el rango de las diferencias en la estatura y el peso, al final de la pubertad, es mayor para los hombres que para las mujeres.

Los cambios físicos que se presentan en la adolescencia tienen efectos importantes sobre la identidad del individuo.

Los psicólogos se han interesado, en particular, en las diferencias sociales, académicas y emocionales descubiertas entre los adolescentes que maduran prematuramente y quienes tardan más en ello.

Primero, parece que la maduración temprana trae ventajas académicas. Por lo general, los estudiantes que son físicamente maduros tienden a obtener calificaciones más altas en los exámenes de capacidad mental que otros estudiantes de la misma edad pero menos maduros. Segundo, la maduración temprana parece tener ciertas ventajas especiales para los jóvenes. Es más probable que estos disfruten de un nivel socioeconómico más alto, suelen ser los líderes y más populares. Por otro lado, los jóvenes

de maduración tardía pasan malos ratos. Además, debido a que las mujeres maduran antes que los hombres, hasta los jóvenes que maduran tardíamente se han desarrollado por completo para cuando los jóvenes de maduración tardía terminan su desarrollo. El último en salir de la infancia podría pasar muchos años rodeado de compañeros maduros. Éstos jóvenes suelen ser menos populares, y más ansiosos de atención.

Esta situación parece ser injusta, en especial debido a que es muy poco lo que puede hacer el individuo para cambiar su reloj genético. Sin embargo, posteriormente estos jóvenes tienen ciertas compensaciones.

Algunos estudios muestran que, en la edad adulta, los hombres que maduraron antes tienen un pensamiento menos creativo y menos flexible, en tanto que los que maduraron tardíamente son más creativos, perceptivos y tolerantes.

Cambios fisiológicos.

La pubertad es donde se observan grandes transformaciones físicas, sexuales y psicológicas. Puede comenzar a los 10 años y terminar a los 17. La pubertad se sitúa, para la mayoría de los muchachos y muchachas, entre los 12 y 15 años. A partir de ese momento, están preparados fisiológicamente para la reproducción.

No hay que olvidar que al estar completamente sometidos a la influencia de las hormonas que funcionan a toda velocidad, el comportamiento de los chicos y chicas es de lo más extraño y variado.

Pubertad en las mujeres.

El indicio más importante de la llegada de la pubertad en las chicas es la aparición de la menarquia. Sin embargo, numerosas manifestaciones

anteriores nos indican que algo está cambiando en su cuerpo; son las pruebas de que el sistema hormonal se ha puesto en función.

En la parte baja del cerebro se encuentran dos órganos estrechamente relacionados: el hipotálamo, que es el centro de regulación y de control, y la hipófisis, que es el director de todo el sistema hormonal. Hacia los 7 u 8 años, la hipófisis, estimulada por el hipotálamo, se pone en funcionamiento y secreta dos hormonas, la hormona folículo-estimulante (FSH) y la hormona luteinizante (LH). Pero todavía no puede verse el trabajo. Más tarde, con el aumento progresivo de esas dos hormonas, los órganos sexuales (los ovarios), se ponen en funcionamiento. Estos, que a la vez están estimulados por la FSH y la LH, secretarán dos hormonas femeninas: los estrógenos y la progesterona. Todo este trabajo se hace lentamente, de manera que poco a poco los órganos genitales femeninos van madurando para poder llevar a cabo la instalación de la función reproductora.

El primer papel de los estrógenos (que son las hormonas secretadas por los ovarios) es el de hacer aparecer el vello y ordenar el crecimiento de los pechos. Todo este proceso se lleva a cabo con el siguiente orden:

1) Aparece el vello púbico alrededor de los labios mayores y se observa también cómo sobresale ligeramente la papila de la mama.

2) Mientras el vello que recubre el pubis se va espesando, despuntan ya los botones de los pechos.

3) Los senos crecen progresivamente pero todavía no se desarrolla el pezón ni la aréola.

4) El pecho se forma con la aréola (es la zona de piel que es algo irregular que rodea el pezón), que se extiende y se oscurece, y el pezón, que aumenta de tamaño y sobresale; el vello del pubis se hace

más espeso y se extiende. Suele ser en ese momento cuando llega la primera menstruación.

5) Los pechos se desarrollan completamente, se marcan con precisión los contornos y aparece vello en las axilas.

Estas transformaciones tardan como dos años.

La pubertad en los hombres.

Cuando el muchacho tiene la primera eyaculación (que es la primera expulsión de semen fuera del pene), puede considerarse que ha entrado en la pubertad. Corresponde a la primera regla de las mujeres, pero hasta que el cuerpo de los chicos puede llegar a ese estado de cosas ha de pasar un tiempo más largo, unos 3 años, aproximadamente.

La edad puede ser de igual manera una cuestión bien variable, la pubertad puede comenzar a los 14 o 15 años y continuar hasta los 18 o 20 años; también influye la herencia, pero es más difícil que los padres se acuerden de su primera eyaculación, ya que no es tan evidente como la primera regla.

La hipófisis, es una pequeña glándula situada en la base del cerebro, al ser estimulada por el hipotálamo segrega unas hormonas, la hormona folículoestimulante (FHS) y la hormona luteinizante (LH). La acción de estas dos hormonas hipofisarias se realiza, en los hombres, en los testículos, produciendo el mismo resultado que hemos observado en el desarrollo de las mujeres: la maduración de los órganos genitales que hace posible la reproducción.

La FSH multiplica y hace madurar las células germinales que se encuentran en los testículos. Éstas se convertirán en espermatozoides. Las glándulas

anexas, como por ejemplo la próstata, se encargan de que los espermatozoides sean aptos para la fecundación.

Por otro lado la LH hace que los testículos secreten una hormona masculina, la testosterona, que da los caracteres masculinos. En los hombres, y a diferencia de las mujeres, la formación de las células germinales no se produce de forma cíclica (que ocurre en ciclos), sino es permanente a lo largo de la vida.

La secreción de hormonas masculinas se mantiene en constante equilibrio, así, cuando la tasa de testosterona sube en la sangre, la secreción de LH es frenada por la hipófisis y viceversa.

Las transformaciones de las marcas sexuales en el muchacho ocurren de acuerdo a las siguientes etapas:

1) A los 11 años, según el promedio (9 a 13 años), el pene y los testículos tienen la misma medida que los de un niño de 4 o 5 años; quizás puede verse un leve vello en el pubis.

2) A los 12 años (promedio entre 10 y 14), los testículos comienzan a aumentar de volumen, los pelos del pubis se hacen más visibles aunque aparezcan de una manera dispersa o clara, el pene no varía de tamaño.

3) Hacia los 13 años (promedio entre 11 y 16 años) el vello púbico se hace más denso, rizado y espeso, ocupa más superficie; el pene comienza a alargarse, los testículos continúan aumentando su volumen, que se multiplicará por 8 en 3 años aproximadamente.

4) La zona del vello forma un triángulo no muy definido, es casi como la del adulto pero ocupa menor extensión. El pene se alarga, el glande

aumenta de tamaño y se hace cada vez más estimulante (pueden producirse algunas erecciones involuntarias, no seguidas de eyaculaciones, desde muy temprano), la piel toma otro color y se forman algunos pliegues o bolsas que poco a poco se hacen más oscuras y gruesas.

5) Aparecen las primeras eyaculaciones, pero la pubertad no se completa hasta que no se alcancen los 17 o 18 años (media 15 y 21 años), cuando los órganos genitales en su forma y enmarcación sean como los de adulto.

Caracteres sexuales secundarios:

El cambio de voz: se debe a la acción de la testosterona. La forma de la laringe se altera protruyéndose un poco.

La barba: cuando el mentón se oscurece y el bigote se marca un poco, quiere decir que la pubertad ya está terminando.

Los vellos: Abajo de las axilas crecen bastante tarde, primero se extiende por el abdomen hasta el ombligo, más tarde en la parte inferior de las piernas y por encima de los testículos y el pene; ya pasada la pubertad crecen vellos en el pecho, en las manos y en la espada.

Cambios emocionales.

Los adolescentes se encuentran ante un dilema, atormentados entre las ganas de volar con sus propias alas y el miedo a soltarse de la mano de sus papás. Que se oponen, que tienen que aguantar el mal humor, pero eso es normal. La adolescencia es un período de malestar, en el que se plantean grandes dudas, contradicciones, tanteos, excesos de todo tipo, que son necesarios en esta etapa que sirve para afirmarse. Ser indulgente (fácil de

perdonar), no llevarles la contraria, ayudarles a describir su personalidad, sus valores de adulto, esta es la única manera de vivir esta etapa, entre padres e hijos, de una manera enriquecedora. El camino puede ser más o menos doloroso, rápido, o frenado por tentativas inciertas. Hay que saber escuchar para poder evitar a tiempo depresiones u otros extremos como son fugas, afiliaciones secretas o hasta llegar al peor de los casos: tentativas de suicidio.

Al mismo tiempo que hay que asumir, aunque sea bueno o malo, las transformaciones de su cuerpo, el adolescente descubre que tiene que hacer una cosa más y que es muy importante: hacerse cargo de su vida personal.

El adolescente se da cuenta de que ya no puede seguir así, siendo el niño o la niña que obedece a sus papás. Pero ya no es un niño, pero tampoco un adulto, y entonces entra en la crisis de identidad, porque no sabe quién es; le hace falta descubrir a cualquier precio cuáles son sus puntos de referencia y para ello pasará por varias etapas como la duda, el rechazo, la provocación, las experiencias, la ansiedad, etc.

Los cambios de humor.

Los adolescentes suelen ser malhumorados y regañones, por una cosita se hunden de tristeza, se vuelven coléricos, furiosos y no hay quien los entienda. Los adultos no saben que decirles y, de repente, ya están risueños, simpáticos, cariñosos, etc.

Los cambios frecuentes de humor pueden tener raíz fisiológica debida a las descargas de hormonas que se vierten en el organismo (como cuando las mujeres tienen su menstruación), o también causas psicológicas. Les sacan de quicio todas esas razones tan convencionales sobre las que se apoyan tantos padres. Los adolescentes son seres insatisfechos y se puede comprender por qué: están descontentos con ellos mismos, cuando no

logran saber qué hacer, ni qué pensar o decir, cuando no logran organizar sus propios impulsos o deseos.

Son bastante egocéntricos (que creen que ellos son el centro de atracción) y no les gusta que se les moleste en su manera de vivir.

Los cambios de humor son también un reflejo de lo que viven en su interior; sus problemas de amor, sus decepciones, sus malas calificaciones, la certeza del fracaso les hace volverse gruñones, inquietos, protestones.

1.5. ADOLESCENCIA, IDENTIDAD SEXUAL Y DESEO SEXUAL.

Adolescencia e identidad sexual

El proceso de crecimiento adolescente implica el desprenderse de lo infantil para desarrollar el equivalente de adulto, dentro de estos parámetros la identidad es un factor determinante en el desarrollo.

La configuración de la identidad personal es un fenómeno complejo en el que intervienen diversos factores, desde predisposiciones individuales hasta la adquisición de otras capacidades suscitadas en el proceso de socialización y educación, pero sin duda un factor clave en la constitución de la subjetividad es la determinación de género, eje fundamental sobre el que se organiza la identidad del sujeto.

Tradicionalmente se consideraba que el sexo era el factor determinante de las diferencias observadas entre varones y mujeres y que era el causante de las incompatibilidades sociales existentes entre las personas sexuadas en masculino o femenino. Sin embargo, desde hace unas décadas, se reconoce que en la configuración de la identidad masculina o femenina intervienen no sólo factores genéticos sino estrategias de poder, elementos simbólicos,

psicológicos, sociales, culturales etc., es decir, elementos que nada tienen que ver con la genética pero que son condicionantes muy importantes a la hora de la configuración de la identidad personal. En consecuencia hoy se afirma que en el sexo radican gran parte de las diferencias anatómicas y fisiológicas entre los hombres y las mujeres, pero que todas las demás pertenecen al dominio de lo simbólico, de lo sociológico, de lo genérico y que, por lo tanto, los individuos no nacen hechos psicológicamente como hombres o mujeres sino que la constitución de la masculinidad o de la feminidad es el resultado de un largo proceso, de una construcción, de una urdimbre que se va tejiendo en interacción con el medio familiar y social.

El proceso y el procedimiento de la construcción de la identidad generizada no se realiza de la misma manera en las niñas que en los niños, ya que los géneros, o lo que es lo mismo, las normas diferenciadas elaboradas por cada sociedad para cada sexo no tienen la misma consideración social, existiendo una clara jerarquía entre ellas. Esa asimetría se internaliza en el proceso de adquisición de la identidad de género, que se inicia desde el nacimiento con una socialización diferencial, mediante la que se logra que los individuos adapten su comportamiento y su identidad a los modelos y a las expectativas creadas por la sociedad para los sujetos masculinos o femeninos. [14]

Adolescencia y Deseo Sexual

La adolescencia suele ser considerada como el periodo en el que se produce el inicio de la actividad sexual y, por lo tanto, el momento en el que la educación en esta área parece más necesaria. Conocer cuáles son los conocimientos, las actitudes y los comportamientos sexuales de chicos y chicas resulta imprescindible de cara a definir los objetivos a alcanzar y las estrategias a seguir por una educación afectivo-sexual que ambicione algo

[14] Esteve Zarazaga, J.M. y Vera Vila, Julio. Educación Social e Igualdad de Género. Págs. 21 a 59. Edita Ayuntamiento de Málaga. Málaga, 2006.

más que transmitir una serie de ideas referidas al funcionamiento del sistema reproductivo humano. En esta presentación expondremos las características y las necesidades afectivo-sexuales de nuestros y nuestras adolescentes y, por lo tanto, algunos de los contenidos que a nuestro juicio debería incluir una educación afectivo-sexual de carácter integral.

La adolescencia es una etapa del ciclo vital en la que se producen importantes cambios físicos, psíquicos y sociales, y representa un momento crítico para el desarrollo posterior, ya que muchas de las actitudes y conductas que se instauran durante estos años van a acompañar a hombres y mujeres a lo largo de sus vidas. Entre todos los cambios que los adolescentes van a experimentar, hay que reconocer que los físicos son bastante llamativos y van a tener una gran repercusión sobre su comportamiento. Los cambios físicos asociados a la pubertad van a ponerse en marcha por una serie de mecanismos hormonales iniciados por la actividad del hipotálamo que envía señales a la hipófisis para que ésta comience a segregar hormonas gonadotróficas, que a su vez estimularán el desarrollo de las gónadas sexuales que iniciarán la producción masiva de hormonas sexuales. Estas hormonas sexuales serán las responsables de los cambios físicos que chicos y chicas comienzan a experimentar al final de la niñez. También serán las responsables de la intensificación del deseo sexual, que va a acompañar al ser humano durante la mayor parte de su vida, y que le va a proporcionar muchas alegrías, aunque también algunas insatisfacciones. [15]

La adolescencia es una etapa en la que continua el proceso de sexuación iniciado desde el mismo momento de la concepción, que supone la integración de diversos niveles que conforman el hecho sexual humano cuya naturaleza es biológica, psicológica y social. No puede reducirse solamente a la aparición y desarrollo de los componentes sexuales en esta etapa, sino a

[15] Alfredo Oliva Delgado. Sexualidad y educación afectivo-sexual durante la adolescencia. Universidad de Sevilla. 2005.

modo de integrarse en el mundo en tanto que mujer u hombre y los procesos implicados en ello. Los niños y niñas al final de la infancia cuentan ya con su biografía sexual resultado de su propio proyecto de sexuación. La adolescencia es una etapa particularmente intensa en el proceso de sexuación. Si afirmamos que la sexualidad es la manera en que nos integramos como personas sexuadas, es el modo de vivir esta realidad, entonces la adolescencia es la etapa en la que el proceso de sexuación va a producir transformaciones especiales para tal fin. Estas se van a producir para tres áreas: En la redefinición de la identidad sexual, en la aparición y configuración del deseo sexual, y en la evolución de los afectos relacionados con la sexualidad.

Identidad sexual.

A los tres años los niños y las niñas adquieren la identidad básica del género. Sin embargo, la identidad sexual y de género adquirirá su conformación madura a lo largo de la adolescencia.

Deseo sexual

En la adolescencia es la aparición del erotismo puberal. Una manera de enriquecer el conocimiento de tal evento, consiste en tomar en consideración las aportaciones más actualizadas acerca del deseo sexual.

Una de las aportaciones más interesantes para comprender como se conforma el deseo sexual en la adolescencia es la utilizada por Levine (1988—1992).Este autor indica que el deseo sexual está constituido por tres elementos moderadamente independientes:

A— El impulso,

B— El deseo y

C— El anhelo. El impulso (drive) representa la base biofisiológica del deseo sexual, el motivo (motive) hace referencia a su articulación psicológica y el anhelo (Wish) a su representación socio—cultural.

A— El impulso sexual está constituido por lo que podríamos considerar el sistema sexual. Como es bien sabido, la testosterona es la hormona relacionada con el deseo sexual en ambos sexos. Sin embargo la motivación sexual constituye, un sistema interactivo entre el sistema sexual (bases biofisiológicas del deseo sexual) y los incentivos. Por tanto el impulso hace referencia a la activación que puede generarse desde la propia dinámica biológica, o inducirse a partir de determinados incentivos, es decir, estímulos que en diversas situaciones tienen valencia erótica, activación en definitiva.

El motivo constituye la articulación psicológica del impulso sexual. Representa la disposición hacia la actividad sexual. Se manifiesta por la integración del impulso en el conjunto de la personalidad y supone la aceptación o el consentimiento de la activación sexual, la disposición hacia lo erótico.

B—El anhelo se corresponde con la representación socio cultural del deseo sexual y significa el deseo de llegar a estar involucrado en la experiencia sexual, siendo este componente independientemente del impulso y del motivo.

Estos tres componentes del deseo sexual son realidades moderadamente separadas, la armonía entre ellos producen una adecuada integración del mismo.

C—El deseo sexual se instala en un sustrato biológico heredado genéticamente que produce una predisposición del comportamiento a la búsqueda del placer sexual. Esta activación interpretada e integrada psicológicamente a través de procesos cognitivos y emocionales.

A este proceso de convergencia de los diversos factores que inciden en la formación del deseo lo denominamos la configuración del deseo sexual, cuya resultante es la experiencia emocional subjetiva, es decir, la manera privada, el modo que se vive tal experiencia.

Aunque siempre se ha situado en la pubertad el momento del surgimiento del deseo sexual, hoy día existen datos que ponen de manifiesto que a pesar de que las gónadas sexuales de encuentran aún inmaduras antes de la pubertad y no son capaces de producir andrógenos y estrógenos, las glándulas suprarrenales van a iniciar una ligera producción de hormonas sexuales en torno a los 9-10 años de edad, con lo que la pubertad sería un proceso mucho más gradual de lo que parece (McClintock y Herdt, 1996). Esto coincide con algunos estudios que sitúan en esa edad el inicio de la atracción sexual y de la actividad masturbatoria.

1.6. CONFIGURACIÓN DEL DESEO SEXUAL Y ETAPAS DE LA ADOLESCENCIA.

Configuración del deseo sexual

La configuración del deseo sexual en la adolescencia se explicaría a través de los siguientes elementos:

- Estímulos que tienen valencia erótica: Es muy probable que existan disposiciones comportamentales pre programadas genéticamente para responder eróticamente a determinados estímulos que podemos considerarlos como universales (El cuerpo desnudo, determinadas partes del cuerpo, etc.) En definitiva cada persona dispone de un repertorio personal de estímulos con valencia erótica que son específicos de sí mismo, aunque pueden ser similares a los de los demás. En este sentido la configuración del deseo en cuanto a la cualidad de la valencia erótica de los diversos estímulos es claramente diferente entre los sexos, o entre las diferentes formas de orientación del deseo.

- Contextos que activan o inhiben el deseo: El deseo sexual está regulado biofisiológica como psicológicamente por mecanismos de

activación y de inhibición. Tales mecanismos, en condiciones normales, cumplen una función adaptativa, así el deseo sexual surge en situaciones apropiadas que reúnen condiciones adecuadas y se inhibe en situaciones inadecuadas o peligrosas. En ocasiones las situaciones donde el deseo sexual se inhibe pueden ser paradójicas siendo una característica individual que forma parte del modo en que se ha configurado el deseo sexual.

- Fantasía frente a la realidad:

A—Lo que es alcanzable directa y libremente.

B—Lo que se puede alcanzar cuando se cumplan determinadas condiciones.

C—Lo que se puede alcanzar trasgrediendo alguna norma.

D—Lo que es inalcanzable.

En cualquier caso existe siempre una relación difusa entre la fantasía y la realidad. La fantasía es una fuente de riqueza que alimenta los deseos y que impulsa a las personas a la búsqueda de satisfacción sexual en ámbitos alcanzables realmente.

- Intensidad de la activación: La intensidad de la activación depende de la constitución biológica y variables sicológicas de personalidad. En este sentido los estudios de Eysenck indican que las personas extrovertidas disponen de una menor excitabilidad cortical, por lo que necesitan activaciones más fuertes, por ello buscan experiencias intensas y variadas, el patrón de los introvertidos, en este sentido, es inverso.

- En términos de impulso, es decir, desde un punto de vista biofisiológico, en la pubertad ocurre un acontecimiento importante. Como efecto de los cambios puberales, aumenta considerablemente la taza de la testosterona, que es un potente regulador del deseo sexual.

En estos momentos el deseo sexual se manifiesta con intensidad, tanto que el impulso aparece poco a poco y de manera consciente y dirigida a otra persona. Comienzan las primeras fantasías eróticas, la atracción y la repuesta hacia estímulos eróticos. El deseo sexual se orienta. Posteriormente tendrán lugar las experiencias sexuales, primero auto eróticas y luego compartidas. El impulso sexual es la base energética del deseo sexual.

1.7. SEXUALIDAD EN LA ADOLESCENCIA, CONCEPTOS GENERALES, DESARROLLO SEXUAL.

La sexualidad está presente a lo largo de la vida de todos los seres humanos. Su desarrollo armónico es fundamental para la formación integral de la persona. Su finalidad es la relación humana, en tanto que contempla dimensiones comunicativas, afectivas, de placer y reproductivas. Su desarrollo comprende aspectos biológicos, psicológicos y sociales, resaltando dentro de estos últimos la dimensión ética.

La sexualidad está íntimamente vinculada con los adolescentes quienes al transitar un período de cambios a nivel social, físico y psíquico son conducidos a mantener relaciones sexuales. Lamentablemente se ven influidos por una serie de desventajas, entre las que se encuentran la escasa información que brindan entre otros los docentes y los medios de comunicación. A raíz de este desconocimiento, el adolescente se convierte en protagonista activo del acto sexual sin la debida prevención.

La atracción sexual puede definirse como el proceso y el estado emocional positivo (placentero) que induce el acercamiento de una persona a otra con

el propósito esencial de llevar a cabo una actividad o intercambio sexual. En la medida que permanezca tal condición los individuos mutuamente atraídos mantendrán relaciones íntimas entre sí de forma preferente o exclusiva. No debe confundirse este proceso psicológico que parece derivar esencialmente de un impulso biológico que conduce a la reproducción sin más especificaciones, con la atracción interpersonal. Esta última puede tener en cuenta algunos elementos diluidos de la atracción sexual, pero se caracteriza por una predominancia de factores más básicamente psicológicos y culturales que originan la elección de amigos, vecinos, socios o de una pareja para desarrollar el "amor de compañeros" cuando la atracción sexual entra en declive.

Desarrollo Sexual.

Es probable que el aspecto más importante del desarrollo durante estos años sea la madurez sexual. Los adolescentes sexualmente maduros tienen el equipo necesario para las relaciones sexuales, sin embargo, en las culturas modernas, pasan por un largo período de educación o de entretenimiento antes de que la sociedad los considere preparados para el matrimonio. El efecto emocional de las experiencias sexuales durante este período puede tener repercusiones en la escuela, tanto en los estudiantes que intervienen, como en los compañeros que se enteran de sus experiencias. En décadas pasadas, era más probable que los hombres tuvieran relaciones sexuales antes del matrimonio. Actualmente, cerca del 60% de los adolescentes solteros, sean hombres o mujeres, han tenido relaciones sexuales antes de los 19 años.

Conforme sus cuerpos maduran sexualmente, los adolescentes deben realizar algunos ajustes emocionales y psicológicos. Su posición respecto a lo que significa ser hombre o mujer se ha desarrollado durante años, quizás desde su infancia. Ahora, deben empezar a consolidar su identidad sexual y sentirse a gusto con ella.

Es posible que los maestros tengan estudiantes de muy diversos tamaños, madurez, y conocimientos sexuales. Como hemos visto, ser muy distinto a los demás parece ser una ventaja sólo para los muchachos que maduran antes que sus compañeros. Para los demás, ser diferente les puede causar problemas en su desarrollo emocional y social.

Muchos jóvenes se extrañan de que los adultos den tanta importancia a la relación sexual: “Para mí, el vacile… y me va bien; besarse, acariciarse, andar tomados de las manos durante horas y horas, mirarse a los ojos; nos basta con apoyarnos en un árbol y cubrirnos con la sudadera de miradas indiscretas. El resto, para más tarde”. El sexo no les interesa tanto si no salen con alguien, a menudo rechazan la relación sexual hasta que no están seguros de su pareja, a veces, la posponen hasta el noviazgo, hasta el matrimonio, hasta acabar los estudios, etc. Al mismo tiempo que dicen que para entregarse a alguien “hay que amar hasta la locura”. Y tienen razón. Hacer el amor no es un acto cualquiera, es uno de los más notables, de los más ricos en sensaciones y, para que sea satisfactorio debe estar acompañado de una gran dosis de amor, de sensibilidad, de emoción.

Pero quien dice adolescente dice “frágil”, fácil de influir, pronto a todo por habladurías, fanfarronadas o falta de cariño, sobre todo en familias donde reina el desacuerdo, la rigidez o la dejadez. Los adolescentes de estas familias tendrán antes que los otros una vida sexual activa, pero no por eso plena.

En una sociedad en la que el amor es fácil, el placer inmediato triunfa en todos los cines, en todos los rincones de las calles, y en las revistas, no hay que ser inocente y creer que los adolescentes están protegidos ante los males por siempre y para siempre.

Se entiende que una relación sexual asume plena aceptación de nuestro cuerpo y sus responsabilidades, se encuentra justificada en la armonía de dos seres que se consiguen en el tiempo. A menudo, los adolescentes no son los suficientemente maduros para emprender esta experiencia, conocen de una forma imperfecta el funcionamiento de su cuerpo y todavía no han adquirido el sentido de sus responsabilidades ni quieren conocer las consecuencias de sus actos. Muchas veces el "paso a la acción" da lugar a actos fallidos, desencantadores, a veces dramáticos por ser prematuros.

Estudios muestran que los adolescentes tienen tendencia a creer que hace falta haber tendido la experiencia de una relación sexual para "ser normales" y situarse en relación a los demás, para darse importancia a los ojos de los demás y para ser aceptado por los demás. La búsqueda de la uniformidad que se encuentra en la adolescencia y que algunos han de lamentar. Si bien no hay edad para tener la primera relación sexual, probablemente no se obtendrá nada satisfactorio, nada realmente positivo de una relación sexual que se vive precipitadamente "para ser como los demás" o "para saber cómo es", etc. Hay encuestas que revelan que la mitad de los chicos entrevistados declaraban que se habían acostado con chicas a quienes no amaban, y solamente 25% de las chicas lo reconocían.

1.8. FACTORES QUE INFLUYEN EN LA SEXUALIDAD DE LOS ADOLESCENTES

Los adolescentes están expuestos a riesgos que no es más que la probabilidad de que acontezca un hecho indeseado que afecta a la salud de un individuo o de un grupo. Aparecen también otros conceptos como vulnerabilidad que es la potencialidad de que se produzca un riesgo o daño y los factores de riesgo que son considerados como altas probabilidades de

daño o resultados no deseables para el adolescente, sobre los cuales debe actuarse. .[16,17]

Los principales factores de riesgo que se determinan en este grupo poblacional son:

- Conductas de riesgo
- Familias disfuncionales
- Deserción escolar
- Accidentes
- Consumo de alcohol y drogas
- Enfermedades de transmisión sexual asociadas a prácticas riesgosas
- Embarazo
- Desigualdad de oportunidades en términos de acceso a los sistemas de salud, educación, trabajo, empleo del tiempo libre y bienestar social
- Condiciones ambientales insalubres, marginales y poco seguras.
- Falta de madurez
- Ignorancia o falta de cultura sexual
- Violación (en algunos casos)
- El temor a preguntar y/o a platicar
- Descuido por parte de los padres (negligencia)
- Carencia afectiva
- Inseguridad
- Baja autoestima
- Falta de control en sus impulsos

[16] Organización Panamericana de la Salud . *Manual de Salud para la atención del adolescente*. Serie Paltex. 199 p.

[17] Zubarew T. : *Evaluación sobre oportunidades perdidas de atención integral del adolescente*. Washington .OPS/OMS 1996.

Estos factores tienen una característica fundamental y es la interrelación marcada entre ellos, en un adolescente pueden coincidir 2 o 3 a la vez, por lo que el conocimiento de estos conceptos ha dado prioridad a las acciones de promoción y prevención de salud, unido a la necesidad de atención de los adolescentes y jóvenes dentro de la fuerza productiva y social.

Existen también los factores protectores que son determinadas circunstancias, características y atributos que faciliten el logro de la salud y en el caso de los adolescentes su calidad de vida, desarrollo y bienestar social; se pueden clasificar en externos: una familia extensa, apoyo de un adulto significativo, integración social y laboral; los internos son: autoestima, seguridad en sí mismo (autoconfianza), facilidad para comunicarse, empatía. Estos factores son susceptibles de modificarse y no ocurren necesariamente de manera espontánea o al azar.

Los factores protectores son:

- Estructura y dinámica familiar que satisface los procesos físicos y funciones de la familia.
- Políticas sociales con objetivos dirigidos a la atención de la niñez y la adolescencia con acciones específicas que permiten la salud integral el desarrollo y el bienestar social.
- Desarrollo de medio ambiente saludable y seguro para ambos sexos.
- Promoción del auto -cuidado en los dos sexos en relación con la salud reproductiva.
- Autoestima y sentido de pertenencia familiar y social.
- Posibilidades de elaborar proyectos de vida asequibles en congruencia con la escala de valores sociales y morales apropiados.
- Promoción de mecanismos que permitan la identificación y refuerzo de la defensa endógena frente a situaciones traumáticas y de estrés (Resiliencia) conociendo la capacidad de recuperación ante condiciones adversas que poseen los niños y adolescentes.

Si se desea alcanzar un futuro saludable se hace imprescindible el desarrollo de los factores protectores, empeño en el cual es fundamental el papel de los adultos y de acciones colectivas de promoción y prevención de salud para otorgarle a este grupo una participación social más activa y protagónica, es decir abrirle el espacio como verdaderos actores sociales, creativos y productivos

Lo anterior muestra que existen fuerzas negativas, expresadas en términos de daño o riesgos y describe la existencia de verdaderos escudos protectores que harán que dichas fuerzas no actúen libremente y a veces la transforman en factor de superación de la situación difícil.

La familia como unidad social primaria ocupa un papel fundamental en la comprensión del adolescente, a pesar de que la llegada de hijos a la adolescencia se caracteriza por una crisis transitoria, el apoyo de esta es fundamental aún en situaciones donde no se compartan los mismos puntos de vista, ya que se debe recordar que este adolescente está sometido a varias tensiones.

Las características de la familia en las últimas décadas ha sufrido cambios importantes que están dados esencialmente por la pérdida de la organización patriarcal y un mayor papel de la mujer como centro de ésta, disminución del número de sus miembros, menor duración de los matrimonios, e incremento de las familias monoparentales, esto unido a que algunas de las funciones que eran de la familia han pasado al estado y a la comunidad, lo que condiciona cambios en su organización y dinámica para dar solución a sus funciones básicas, la familia constituye un sistema de abasto, en términos de ciclo vital y satisfacción de las necesidades económicas, sociales puede llevar a las nuevas generaciones a desempeñarse satisfactoriamente como adultos.

Le corresponde por tanto a la familia garantizar la alimentación, protección, seguridad, higiene, descanso y recreación del adolescente como miembro de ésta.

1.9. TRASTORNOS PSICOSEXUALES DEL ADOLESCENTE.

Los trastornos sexuales son resultado de la interacción compleja del individuo con su ambiente. La aplicación de un método holístico en tales circunstancias requiere evaluar las variables biológicas, psicológicas y ambientales, a fin de tener una valoración precisa del grado de salud sexual de la persona. La edad y el nivel de desarrollo son muy importantes en el perfeccionamiento sexual. Aunque las características sexuales primarias se encuentran desde el nacimiento, solo en la adolescencia maduran y se tornan capaces de funcionar.

Las disfunciones sexuales por lo general son resultado de problemas orgánicos y psicológicos, quizás se deban a factores puramente orgánicos. Entre las variables biológicas, se incluyen los trastornos anatómicos o fisiológicos que inhiben todas o algunas de las fases del ciclo de la respuesta sexual del ser humano. Las fases del deseo (libido) de la respuesta sexual se ven afectadas por dolor, fatiga y depresión, así como por lesiones de los centros encefálicos superiores, de manera específica la porción del sistema límbico que se sitúa en la corteza cerebral. Cualquier padecimiento que inhiba la producción de las hormonas necesarias, es decir, la concentración sanguínea de andrógenos, influyen en el deseo sexual.

Los principales agentes biológicos que controlan la función sexual son los genes y las hormonas. Los defectos en los cromosomas sexuales o el desequilibrio de las hormonas que regulan el desarrollo y la función sexual pueden originar problemas en el crecimiento y desarrollo de los órganos sexuales o en la función. Dentro de los principales problemas observados en

este campo se encuentran: Anormalidades en los cromosomas del sexo, como en cromosoma X o Y extra. Criptorquidia (testículos que no han descendido), que quizás necesite tratamiento hormonal si no hay descenso espontáneo durante el primer año de vida. Genitales ambiguos o hermafroditismo en que los genitales externos no son claramente ni de un sexo ni del otro.

Por otra parte el sistema reproductivo es sensible a lesiones y enfermedades. Las mamas y el útero en la mujer; y la próstata y los testículos en el hombre, son propensos al desarrollo de tumores. También son muy vulnerables a infecciones.

Aunque se considera que el impulso sexual es instintivo y básico para la supervivencia de la especie, la conducta sexual es aprendida principalmente.

En la niñez temprana se enseñan las normas éticas sobre lo bueno y lo malo en relación con la actividad sexual en una sociedad determinada. Las normas varían de una cultura a otra, toda sociedad tiene ciertos tabúes sexuales, la prohibición del incesto.

El matrimonio es una institución legal para proteger la familia. Las religiones también han establecido una influencia importante en lo que se considera bueno y malo en cuanto a la actividad sexual.

Los factores psicológicos también tienen importancia en la función sexual, la ignorancia de los temas sexuales, las actitudes sociales hacia la actividad sexual fuera del matrimonio, el temor de embarazos no deseados y otros múltiples factores contribuyen en conjunto a envolver esta función biológica normal con una virtual mortaja de sentimientos de culpa, represión y desajuste.

Trastornos específicos que afectan la sexualidad

Cambios en la imagen corporal

La imagen corporal se inicia en la niñez temprana y evoluciona a lo largo de la vida. Interactúa con la identidad sexual, el papel sexual y los patrones de funcionamiento sexual.

En la sociedad occidental se da un gran valor al aspecto físico. El hecho de que la imagen corporal de una persona no corresponda a esa imagen idealizada es causa de conflicto. La ansiedad, en cuanto al funcionamiento sexual surge cuando se percibe que el cambio corporal tendrá efectos negativos en el papel, identidad o funcionamiento sexual.

Además, los mitos, la información errónea y las actitudes y valores negativos pueden impedir que el sujeto encuentre nuevas formas de educación sexual, cambio que con frecuencia experimentan quienes sufren de alteraciones en la estructura o funcionamiento corporal, a menudo, la intensidad de las reacciones emocionales es directamente proporcional a la visibilidad de la parte afectada.

El resultado de esto podría ser la evitación del sexo, el retraimiento y aislamiento que se impone el propio individuo. La relación entre compañeros sexuales es el factor más importante en la actividad a causa de enfermedades, falta de comunicación o imagen corporal negativa suele provocar conflictos, frustración e irritabilidad puede surgir ira y hostilidad si no se comunica dicho temor.

La valoración de la persona en este caso incluye la evaluación de los efectos sobre el concepto de sí mismo y la autoestima, sobre el papel sexual, identidad sexual, funcionamiento y relaciones sexuales, así como los mecanismos de adaptación de la persona.

Disfunción sexual

La respuesta sexual está regulada por el sistema nervioso autónomo, e interviene su división simpático y parasimpático. En presencia de estrés y ansiedad, el sistema simpático predomina sobre el parasimpático, con lo que es imposible la relajación necesaria para la respuesta sexual.

Las disfunciones sexuales se clasifican en primarias y secundarias. Una persona que nunca ha experimentado una respuesta sexual adecuada sufre de disfunción sexual primaria, en tanto que la disfunción sexual secundaria es la que surge cuando se ha logrado dicha respuesta al menos una vez.

Disfunciones sexuales en el varón

La reducción de la libido (Apetito sexual. Según la teoría psicoanalítica de Freud, energía o impulso psíquico relacionado con el instinto sexual. Posteriormente Jung la definió como la energía psíquica que subyace a cualquier manifestación psíquica (pulsiones, esfuerzos, etc.) puede tener causas orgánicas o psicológicas. A menudo se acompaña de niveles reducidos de testosterona y aumentados de prolactina que pueden ser primarios o secundarios. También se puede relacionar con problemas psicológicos, dificultades para las relaciones, enfermedades, y uso de determinadas drogas.

Los problemas de eyaculación pueden ser de tipo: prematuros, retrasados o retrógrados. La eyaculación prematura o precoz es más frecuente en varones jóvenes que en los mayores, suele desaparecer o disminuir con la edad y experiencia sexual. La definición de eyaculación es muy discutible, pero se puede admitir que corresponde a la eyaculación dentro de los primeros 2 minutos tras la penetración vaginal.

La disfunción eréctil es el problema sexual más común del varón: afecta al 80-85% de los varones que buscan ayuda sexual. La disfunción eréctil es la incapacidad para alcanzar y mantener la erección durante suficiente tiempo y con la firmeza adecuada para realizar el coito vaginal. En la disfunción eréctil Masters y Johnson incluyeron el hecho de que en el 25% de los intentos sexuales se fracasa, lo cual significa que el varón puede fallar en la función eréctil y sin que sea anormal.

Disfunción sexual femenina

La disfunción sexual femenina puede involucrar una disminución en el impulso sexual, aversión a la actividad sexual, dificultad para excitarse, incapacidad para lograr un orgasmo o dolor con la actividad o relaciones sexuales. Tradicionalmente, se pensaba que la disfunción sexual en las mujeres se debía sobre todo a problemas psicológicos. Las investigaciones recientes están comenzando a descubrir muchas causas orgánicas para los problemas sexuales en las mujeres. Aunque muchos problemas sexuales tienen un componente psicológico subyacente, se deben descartar posibles causas orgánicas en la investigación inicial.

Causas comunes

- Problemas de comunicación en la pareja
- Ansiedad o depresión
- Sentimientos de culpabilidad y de vergüenza hacia el sexo
- Miedo al dolor, a contagiarse de una infección o a quedar embarazada
- Falta de estimulación apropiada
- Falta de lubricación
- Cambios relacionados con la menopausia
- Daño a los nervios debido a una cirugía o trauma
- Medicamentos
- Infección o enfermedad ginecológica
- Antecedentes de abuso sexual

1.10. EL ANHELO PSICOSEXUAL DEL ADOLESCENTE.

El anhelo se corresponde con la representación socio cultural del deseo sexual y significa el deseo de llegar a estar involucrado en la experiencia sexual, siendo este componente independientemente del impulso y del motivo.

1.11. AFECTIVIDAD EN LA PSICOSEXUALIDAD DEL ADOLESCENTE.

El adolescente marca una inestabilidad emocional que se ve representada por incoherente e imprevisible, también tienen explosiones afectivas intensas, pero superficiales. Se caracteriza por tener muchos comportamientos emocionales impulsivos. Estas reacciones tienen que ver con los impulsos sexuales de esta etapa, de hecho, estos mismos generan ansiedad.

En este período el adolescente tiene una sobreestimación de sí mismo se cree una persona extraordinaria, y presenta menosprecio de sus capacidades y habilidades al compararse con otros jóvenes.

Hay factores que intervienen en el desarrollo afectivo. Los principales conceptos básicos son:

- Necesidad: Es la carencia de aspectos fisiológicos y psicológicos.
- Interés: Cuando un individuo concentra su atención en un objetivo.
- Emoción: Esto engloba los aspectos neurológicos, psicológicos, heredados y adquiridos, estables y mudables y colectivos e individuales de dicha reacción.
- Sentimiento: resultados de una reacción emocional, que se forma a partir de experiencias emocionales.

El desarrollo afectivo de los jóvenes, es parte de sus emociones y sentimientos, dependen de la satisfacción de las necesidades, estas varían dependiendo de la situación o de la experiencia. Maslow jerarquiza las necesidades humanas y menciona que estas se desarrollan de acuerdo a un orden.

¿Cuáles son las necesidades de un adolescente?

- Desarrollo de la capacidad de pensamiento
- Preocupación por la filosofía, la política y asuntos sociales
- Pensamientos a largo plazo
- Establecen objetivos
- Comparación de sí mismo con los compañeros.

La relación que tiene el adolescente con otros:

El joven al querer independizarse se ve involucrado en estas situaciones durante muchos años:

- La independencia de sus padres
- Aceptación de sus pares
- Las relaciones con el sexo opuesto se vuelven muy importantes
- Se enamoran a esta edad
- Se comprometen en los compromisos a largo plazo.

Desarrollo Cognitivo

Aquí el individuo es capaz de entender y construir temas y conceptos abstractos. Entre los 17 a 18 años la capacidad de inteligencia llega a su totalidad, o sea, el adolescente puede entender todo como un adulto.

Este adquiere varias capacidades importantes:

- Puede tomar sus propias decisiones y razonar acerca de él mismo.

- Ya no soluciona un solo problema de la vida cotidiana si no ahora puede solucionar varios a la vez.
- En esta etapa el adolescente puede “pensar pensamientos”.
- Comienza el joven a tener nuevas facultades de pensamiento y se vuelve introspectivo, analítico y autocrítico.

En esta etapa se desarrolla gradualmente la capacidad de resolver problemas complejos, es por esto, que un filólogo francés Jean Piaget determina que la adolescencia es el inicio de la etapa del pensamiento, se define como el pensamiento lógico y deductivo.

1. Inteligencia sometida: Es cuando uno se somete o le da la atención a un problema como también no puede dársela.

2. El razonamiento proporcional: Es cuando el adolescente desarrolla la capacidad para operar con proporciones. Por ejemplo el razonamiento proporcional permite utilizar las relaciones de la matemática, este ejemplo es contemplado desde una perspectiva aritmética.

3. El uso de supuestos o proporciones: Son proporciones que se utilizan para representar la realidad, pero la veracidad de esta supuesta representación no existe o no demuestra evidencias claras de ser real.

4. La experimentación científica: Al adolescente también en su estado le aparecen experimentaciones científicas. Prueba o ensaya distintas hipótesis, buscando solucionar sus problemas.

5. El egocentrismo racional: Aquí empieza a manifestar una interpretación egocéntrica del mundo, se empieza a centrar solamente en sus habilidades, por esto que se le llama egocentrismo racional.

6. Los amigos y enemigos: Las funciones desarrolladas del individuo le permiten independizarse aunque el adolescente se siente enormemente atado a su grupo, y con mayor razón a sus amigos.

Principales características en la afectividad de los Adolescentes

Fantasías sexuales

Los sueños y las fantasías sexuales se tornan más frecuentes y explícitos en la adolescencia, muchas veces como elemento auxiliar de la masturbación. Parece ser que la fantasía, en el marco de la adolescencia, cumple varios cometidos: realza por lo general el placer de la actividad sexual; puede sustituir a una experiencia real (pero inasequible); origina excitación o provoca el orgasmo; constituye una especie de plataforma de ensayo mental de cara a ulteriores situaciones sexuales (aumentando la tranquilidad y anticipándose a posibles problemas, igual que ocurre con el ensayo de cualquier otra actividad) y, en fin, supone un medio de experimentación sexual sin riesgos, controlable y nada conmocionante. La experiencia del adolescente, en cuanto a la exploración del alcance y aplicabilidad de las fantasías, repercute decididamente en su actividad sexual y en la propia seguridad a la hora de desempeñarse sexualmente en fases posteriores.

Independencia

A medida que el adolescente pugna por consolidar un sentido de identidad e independencia personal con respecto a sus padres y a otras figuras autoritarias, adquieren gran importancia las relaciones recíprocas con los compañeros y compañeras de la misma o parecida edad. Así, por ejemplo, la necesidad de libertad que experimenta el adolescente se acompaña normalmente del imperativo de ser como sus amigos, por más que en ocasiones ambas exigencias sean contrapuestas o antagónicas.

Las presiones del grupo de edad a que pertenece el adolescente varían según las colectividades sociales.

En su ansia por liberarse de la supervisión de los padres y de los adultos, algunos adolescentes ven en el sexo un medio de demostrar su aptitud para tomar decisiones propias y de presentar cara a la escala de valores de la otra generación. Pero la conquista de esa libertad no es tarea fácil, ya que los adolescentes adquieren de un modo y otro un considerable legado sexual de sus mayores y de la generación correspondiente en el que se incluyen pautas discriminatorias hacia el sexo femenino y un intenso sentimiento de culpabilidad sexual. Han cambiado antes las actitudes que la conducta, puesto que hoy está muy extendida la idea de igualdad entre ambos sexos. No obstante, perdura en ciertos aspectos el criterio de la superioridad del varón. Aún se espera que sea éste el que tome la iniciativa sexual, y si es la mujer la que lo hace, lo más probable es que se la tache de "atrevida" o "calentorra". Los adolescentes no se han desembarazado de todo vestigio de problemas sexuales, mala información y desconcierto en materia de sexualidad; más bien parece que hayan sustituido determinados problemas por otro contingente de dificultades.

Reacciones paternas

Muchos adultos dan la impresión de sentirse amenazados por las pautas del adolescente en esta materia y tratan de regularlas de manera ilógica, como lo demuestra el hecho de que se pretenda a veces suprimir la educación sexual en las escuelas ("les llenaría la cabeza de malas ideas"), restringir la información sobre métodos anticonceptivos ("que sigan teniendo miedo a quedar embarazadas"), censurar libros y películas o, sencillamente, fingir que la sexualidad del adolescente no existe en absoluto. Por fortuna, no todos los padres adoptan una visión tan negativa de la sexualidad juvenil y en algunos casos asumen posturas más liberales. También es importante constatar que la conducta sexual del adolescente puede crear inquietud en

los progenitores. A muchos padres les preocupa que sus hijos adolescentes se vean atrapados en un embarazo involuntario, conscientes de que, aun cuando él o ella dispongan de medios anticonceptivos, quizá no los sepan utilizar eficazmente en el momento preciso. Los padres también se inquietan, y no sin motivo, de que sus hijos adolescentes puedan contraer una enfermedad venérea.

Principales pautas de conducta sexual relacionadas con la afectividad en adolescentes.

La masturbación

Kinsey y colaboradores (1953) detectaron una marcada diferencia en cuanto a la incidencia de la masturbación en los varones y en las mujeres. No obstante, la tendencia actual indica un aumento de la masturbación en las muchachas adolescentes.

La masturbación cumple en los adolescentes varias funciones de importancia, como son el alivio de la tensión sexual, el constituir una forma inocua de experimentación sexual, la mejora de la autoconfianza en el desempeño sexual, el dominio de los impulsos sexuales, la mitigación de la soledad y una válvula de escape de la tensión y el estrés generales.

El proceso del encuentro sexual o adherencia en la pareja. El desarrollo del petting.

Anglicismo procedente del verbo "to pet", que alude al hecho de acariciar, mimar, besuquear, juguetear...

Es la práctica sexual progresiva que se centra en el contacto físico entre los miembros de la pareja, encaminado a la excitación sexual mutua, que avanza progresivamente hasta llegar a realizar el coito.

El Petting se convierte en un intercambio de muestras de afecto, en una especie de juego amoroso y placentero que puede inclusive llegar al orgasmo sin penetración (Kinsey)

Fases del Petting

Petting I: Contacto en zonas no erógenas (mirarse, dialogar, cogerse la mano)

Petting II: (Necking) Contacto y caricias en zonas erógenas no genitales (besos en boca, cuello, busto...)

Petting III: Contacto y caricias en zonas genitales sin penetración con o sin ropa (manipulación, masturbación mutua, frotación...)

Petting IV: Contactos sexuales con penetración.

Petting V: Actividad coital establecida.

El coito

La primera experiencia coital puede constituir un episodio de dicha, goce, intimidad y satisfacción o, por el contrario, originar inquietud, desengaño y culpa. Es un error deducir que los chicos y chicas que tienen su primera relación coital a edad más temprana son por ello mismo promiscuos, ya que muchos adolescentes jóvenes se limitan a realizar la experiencia con una misma compañera en cada ocasión. También debe tenerse en cuenta que no pocos adolescentes que ya no son vírgenes realizan el acto sexual con escasa frecuencia. En el caso de algunos muchachos, sobre todo los que "probaron" efectuar la cópula por el afán de experimentar, desvelado el misterio hallan menos intrigante y apetecible la relación sexual y pasan largos periodos sin hacer el amor o copulando de tarde en tarde, impulsados

a veces por el deseo de encontrar "la persona adecuada". Los adolescentes que mantienen una relación amorosa que permanece desde hace tiempo, suelen realizar el coito con bastante regularidad.

En los últimos años se ha puesto de manifiesto que entre los adolescentes con experiencia sexual está emergiendo un contingente que se muestra desengañado, insatisfecho o turbado en lo que atañe a su vida sexual. En ocasiones se trata de muchachos o muchachas que esperaban tanto de esa primera experiencia que luego se sienten poco menos que frustrados o estafados si la situación no resulta conmocionante. Otros padecen trastornos sexuales que les han impedido gozar del contacto íntimo. Un tercer contingente está constituido por adolescentes que en un principio gozan con la experiencia sexual, pero que pierden interés por ella cuando se dan cuenta de que la relación con el compañero o compañera tiene tan sólo una motivación sexual, o cuando se rompe el vínculo y una parte se siente utilizada o manipulada

Experiencia homosexual

Los estudios de Kinsey pusieron de manifiesto que muy frecuentemente los adolescentes varones habían tenido al menos una experiencia homosexual, en tanto que el porcentaje de experiencias lésbicas entre muchachas era muy inferior.

Conviene tener presente que un encuentro aislado entre dos adolescentes del mismo sexo o una pauta efímera de actividad homosexual no basta para afirmar que el individuo tenga una inclinación de este tipo. La mayor parte de los adolescentes que han tenido experiencias homosexuales no se ven como tales y, ya adultos, su conducta es heterosexual. Aun así, hay adolescentes que albergan sentimientos de culpa y se muestran ambivalentes respecto a su orientación sexual como consecuencia de un solo episodio de ese género, lo que les turba emocionalmente.

El adolescente que se inquieta ante la idea de ser homosexual reacciona de muy diversas formas. Los hay que evitan toda relación con individuos del mismo sexo a la vez que tratan de reforzar su identidad heterosexual saliendo con chicas y entregándose a contactos amorosos heterosexuales. Otros optan por evitar todo tipo de situaciones sexuales.

1.12. MATERNIDAD Y PATERNIDAD ADOLESCENTE, ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL (ETS), MÉTODOS DE REGULACIÓN DE FECUNDIDAD, DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS.

Maternidad y Paternidad Adolescente

En la adolescencia la maternidad o la paternidad es algo que no se espera en las sociedades occidentales, sin embargo se ve influenciado por los mensajes televisivos y del medio. Durante esta etapa por lógica, el organismo humano tiene requerimientos especiales que van desde los que le permitan un adecuado crecimiento como: alimentación, descanso y ejercicio físico; requerimientos materiales, como el vestido o los zapatos, que por el crecimiento deben cambiarse frecuentemente; emocionales que surgen ante la atracción sexual y las nuevas sensaciones y los sociales que permiten consolidar sentimientos, relaciones y amistades.

Físicamente, porque como la madre adolescente todavía está el proceso de crecimiento y desarrollo, un embarazo, que es un suceso que normalmente cambia todas las funciones del cuerpo de una mujer, requiere de mejor alimentación, tranquilidad, y puede ocasionar problemas como:

- Detención del crecimiento, ya que las proteínas destinadas solamente para la madre, ahora se tienen que compartir con el hijo.
- Anemia, desnutrición y toxemia del embarazo. .

- Aumento de la mortalidad materna.
- Mayor riesgo de abortos espontáneos y nacimientos prematuros o complicaciones durante el parto, por falta de madurez sexual.
- Aumenta la probabilidad de tener más hijos, ya que al empezar jóvenes a tener relaciones sexuales, es más fácil que los hijos se sucedan rápidamente.
- Aumenta la posibilidad de tener más relaciones sexuales seguidas, con frecuencia con varias parejas, lo que además aumenta el riesgo de enfermedades de transmisión sexual.

Emocionalmente ya que se está en un proceso de identidad, que lleva a brincarse un paso muy importante, la auto aceptación como mujer, con los cambios del cuerpo y funciones nuevas, por una figura prematura de mujer embarazada conlleva a:

- Problemas de autoestima y frustraciones personales y sociales.
- Deserción escolar, abandono o cambio de un proyecto de vida profesional.
- Dificultad para educar con cariño al bebé.
- Mayor riesgo de separación, divorcio y abandono por parte de su compañero.
- Rechazo social si el embarazo es fuera del matrimonio y críticas si es aún estando casada.

Para el padre, un embarazo representa:

- Mayor frecuencia de deserción escolar.
- Trabajar y recibir un menor nivel de ingresos que los demás de su misma edad.
- Una tasa más alta de divorcios.
- Aumento del estrés y mayor frecuencia de trastornos emocionales por falta de recursos, por tener que trabajar en lugar de estudiar, por el abandono a los amigos y por falta de tiempo para divertirse.

- Tener que actuar como adulto, cuando todavía debe gozar y vivir como adolescente.

Para el hijo, que nace de forma no esperada en la adolescencia, generalmente tiene muchos riesgos como:

- Nacer con alguna deficiencia física y mental, fundamentalmente debido a la falta de madurez en las células sexuales femenina o masculina.
- Nacer prematuramente y con bajo peso, lo que influye en el desarrollo de más enfermedades infecciosas.
- Ser dado en adopción y en muchos casos abandonado, lo que implica un enorme costo emocional y una gran injusticia para el bebé.
- No ser esperado o deseado por sus padres, lo que va a repercutir en su desarrollo emocional y en el trato que va a recibir.
- Tener menos oportunidades de una vida digna, un hogar propio y todas sus necesidades de vestido, alimento, educación, salud, recreación cubiertas.

Como pareja

- Al verse obligados a formar una pareja, la violencia, los reproches, los chantajes o los celos, impedirán que su unión sea estable y permanente, lo que ocasiona también que al separarse tengan problemas de estabilidad emocional con cualquier otra persona.
- Interrupción de su vida adolescente.

- Dificultad para independizarse económicamente, quedando expuestos a la explotación, violencia y dependencia familiar, con todas sus consecuencias.

La mayoría de estos embarazos no planeados son consecuencia de la desinformación. Los adolescentes necesitan que sus padres y madres (y no la responsabilidad de la escuela y el Estado) les hablen de las enfermedades

de transmisión sexual, de la responsabilidad de convertirse en padres cuando aún ni sus cuerpos, ni sus mentes ni sus bolsillos están listos.

Embarazo adolescente

Aprender a comportarse en las relaciones con el sexo opuesto del modo aprobado por nuestra sociedad, constituye una tarea evolutiva para llegar a la sexualidad adulta. Esta tarea comprende varias etapas, desde la niñez, hasta alcanzar la conducta heterosexual adulta aprobada, que es más o menos a los 16, 17 años, en forma general.

Hay dos dificultades importantes en el paso por estas fases, la primera es que los adolescentes pueden permanecer demasiado tiempo en una de ellas antes de pasar a la siguiente. Y esto hace que se retrase el desarrollo emocional del adolescente. Y segundo, puede ser que pase por los períodos con demasiada rapidez.

Todas las etapas contribuyen al logro de la sexualidad adulta y estas son:

Enamoramiento: es un fuerte apego afectivo por un individuo mayor con el cual el adolescente tiene contactos personales. Puede ser un familiar o una persona ajena a la familia. El enamoramiento puede ayudar a pasar por dos tareas evolutivas muy importantes, la primera es obtener la independencia, y la segunda es formar la identidad del adolescente.

Salidas: las citas con adolescentes del sexo opuesto les dan experiencias sociales. La vida social de la adolescencia está organizada alrededor de grupos de parejas. Por esto, los jóvenes que no salen en pareja no aprenden la manera de comportarse en situaciones sociales en las que intervienen miembros del sexo opuesto.

Noviazgo: por lo general cuando un muchacho sale durante un período con muchas chicas, éste selecciona a una, que le gusta en particular. Y se

espera que ambos sean files a la relación. El noviazgo puede ser positivo o negativo. Lo más importante es que les da seguridad a los adolescentes pero puede aislarlos de sus amigos y no tener mucho contacto social.

La famosa prueba de amor

Al principio del noviazgo, y después de un tiempo, el hombre se siente impaciente por tener relaciones sexuales con su pareja, y se atreve a pedir la prueba de amor. La estrategia es casi siempre la misma: “Si me quiere de verdad, si nos queremos los dos, ¿Qué nos impide demostrarnos este amor?

La mujer, que está enamorada, no siempre sabe resistirse a esta propuesta, puede pensar que si no le da la satisfacción que tanto quiere el novio éste pudiera pensar que es una egoísta, frígida e incapaz de amar. Pero, sobre todo, teme que el novio se enoje, que se canse de buscar lo que inútilmente quiere, y que la abandone para irse con otra, quizás más liberal.

La mayoría de las veces, esta prueba de amor se convierte en una prueba de inmadurez, de egoísmo y de engaño.

El hombre, piensa principalmente en satisfacer sus deseos sexuales, no se preocupa por las responsabilidades, y la mujer, incapaz de esperar un amor maduro, personal y por miedo a perder a su enamorado, le concede la supuesta prueba de amor.

Riesgos de los adolescentes en el terreno sexual

Hay efectos no deseados de la sexualidad, que muchos adolescentes deben afrontar, y no solo los adolescentes, sino las familias y la sociedad en que vivimos.

Hay riesgos de embarazo no deseado, relaciones homosexuales, enfermedades de transmisión sexual, etc. Todo esto se puede prevenir a través de una educación sexual sin hipocresía, por ejemplo, una madre no

va a prevenir que su hija se embarace prohibiéndole tener relaciones sexuales, sino enseñándole la utilización de los métodos anticonceptivos y las responsabilidades que deberá tener, si llega a quedar embarazada.

Con frecuencia, las relaciones sexuales se inician desconociendo aspectos importantes de sí mismos, ignorando cómo funciona el propio cuerpo, y cómo y cuando se produce la fecundación, cómo es el ciclo de ovulación – menstruación, y, sobre todo, desinformados con respecto a los métodos anticonceptivos.

Tener información no es garantía de que cada chico se cuide realmente en cada relación sexual para prevenir un posible embarazo. Estar informados es algo necesario para comenzar a tener relaciones sexuales pero no alcanza.

Es muy importante pensar en uno mismo y en otro, sentirse protagonistas del encuentro sexual que cada uno va a tener. Dejar de lado las ideas de que “a mí no me va a pasar, soy muy chica para quedar embarazada” o “ no nos cuidemos porque la primera vez no puedes quedar embarazada”, “ por una vez que no nos cuidemos, no pasa nada”.

Nada de todo esto es verdadero. Toda relación sexual, sea en el momento que sea, y aunque sea la única que se tenga, requiere del cuidado anticonceptivo para prevenir el embarazo.

Algunas mujeres y algunos hombres adoptan actitudes de falta de cuidado hacia el otro y hacia uno mismo, muchos piensan que la prevención del embarazo, y el embarazo mismo, es solo “cuestión de mujeres”. No se responsabilizan por las consecuencias porque solo “se vive el momento”.

Muchas chicas y chicos sienten que las cosas les pasan, que tuvieron relaciones sin tener la oportunidad de hablar con su pareja ni de decidir entre

los dos como cuidarse porque es muy difícil hablar de eso antes de tener una relación.

A veces piensan que no teniendo relaciones durante “los días peligrosos”, es suficiente.

Sin embargo, muy pocas adolescentes saben verdaderamente cuáles son sus días fértiles y, generalmente, sus ciclos son irregulares.

Hace falta que varones y mujeres comprendan que a ellos también “les puede pasar”, que busquen información consultando a un especialista, que las chicas realicen controles ginecológicos periódicos donde pueden además encontrar respuestas a muchas dudas y preguntas.

También es importante la relación con los padres, con personas mayores a las cuales puedan consultar, ó el diálogo con los hermanos mayores, aunque a veces a los jóvenes se les dificulte y a los padres también, es muy importante tratar de hablar en su debido momento.

Hace falta tener una actitud de respeto, de cuidado, hacia uno mismo y hacia el otro, poder hablar con sinceridad en la pareja de lo que sienten, comunicarse los temores, las vivencias, las necesidades y valorar en toda su importancia el encuentro sexual con otro.

Las adolescentes embarazadas generalmente enfrentan solas una difícil situación: Decidir cómo continuarán sus vidas. A veces eligen el camino del aborto, por presiones familiares, de la pareja o por decisión propia. En muchos caos, la falta de recursos económicos, la soledad, el desconocimiento, las lleva a poner en riesgo sus vidas ya que el aborto se realiza en malas condiciones sanitarias o por personas inadecuadas.

En otros casos, se fuerza el matrimonio y la pareja adolescente debe enfrentar una serie de responsabilidades adultas, para las cuales no están preparados, deben abandonar sus estudios, encontrar trabajo, formar una familia como padres cuando aún necesitan seguir siendo hijos. La adolescencia de ambos se detiene repentinamente y se exige la madurez necesaria para llevar adelante una vida adulta.

El embarazo también se da a veces fuera del ámbito matrimonial, esto provoca una crisis emocional y social que se produce cuando las tensiones biológicas y psicológicas del embarazo se intensifican por las tensiones sociales que implica la situación establecida al margen del matrimonio. La experiencia tiene posibilidades que pueden contribuir a la maduración o causar daño, sobre todo en relación con la noción que la madre soltera tiene de sí misma como madre y como mujer.

Las madres solteras enfrentan diversos momentos de crisis, estos pueden mostrar distintas reacciones: rechazo, hostilidad, desconfianza, sentimiento de culpa, depresión, ausencia de afecto observable e incluso, en ocasiones, una euforia desproporcionada, también sentimientos de incapacidad y fracaso.

En cualquiera de estos casos, puede necesitarse ayuda psicológica.

La ayuda debe ser lo más inmediata posible.

Una de las principales tareas de la madre soltera, luego de haber determinado sus planes para el niño consiste en despojarse, psicológica y socialmente de su identidad de madre soltera e incorporar sus recientes experiencias a la vida diaria. Volver a reanudar las relaciones con los miembros de la familia, con el padre del niño y con los amigos, tomar decisiones acerca del trabajo, la escuela y la vivienda.

La escuela ocupa un lugar importante en la vida del adolescente, es una de las necesidades básicas de la adolescente embarazada, así como también la familia.

El continuar con su actividad escolar le da una sensación de estabilidad en un ámbito de su vida, cuando todas las demás están relacionadas con constantes cambios. También le permite tener compañía y experiencias comunes con otros pares.

La institución escolar se encuentra en una situación estratégica para ayudar a la adolescente embarazada. Es el lugar donde ella pasa más tiempo y donde tiene relaciones significativas. En muchas ocasiones la institución escolar es el único lugar que tiene la adolescente.

MÉTODOS DE REGULACIÓN DE FECUNDIDAD

La eficacia de un método anticonceptivo, a veces se expresa en forma de porcentaje, es más preciso hacerlo por número de embarazos anuales por cada 100 mujeres que usan el método. La tasa media de embarazos para parejas sexualmente activas es de 90% al año, cualquier método anticonceptivo que reduzca la tasa de embarazo mujer-año al 10% se considera muy efectivo.

Distintos métodos anticonceptivos

Contracepción masculina

PRESERVATIVO (CONDÓN)			
Descripción	**Eficacia**	**Inconvenientes**	**Ventajas**
Es una funda de goma elástica y fina que se coloca sobre el pene erecto para que recoja el semen eyaculado , se puede comprar sin receta, no requiere supervisión médica.	Fracasa en un 5-10 % de casos (mal uso, rotura). La eficacia aumenta si se usa con espermicida.	A algunas parejas les desagrada su uso. Puede interrumpir el normal desarrollo de la actividad sexual .	Sin efectos secundarios. Barato y accesible. Fácil de usar. Protege de infecciones y enfermedades venéreas
COITUS INTERRUPTUS (MARCHA ATRÁS)			
Descripción	**Eficacia**	**Inconvenientes**	**Ventajas**
Consiste en retirar el pene de la vagina inmediatamente antes de la eyaculación,	Porcentaje de fracaso alto: precisa un difícil autocontrol y no pueden evitarse pequeñas pérdidas incontrolables de semen	Interfiere en el acto sexual al interrumpir la excitación de forma brusca. Puede provocar insatisfacción.	Disponibilidad permanente. Sin efectos colaterales
ESTERILIZACIÓN (VASECTOMÍA)			
Descripción	**Eficacia**	**Inconvenientes**	**Ventajas**
Es una intervención sencilla y rápida para cortar un pequeño fragmento del conducto deferente para impedir a los espermatozoides llegar al pene.	La seguridad es absoluta.	En un 30% de los casos, es irreversible. Las primeras semanas precisan usar un sistema contraceptivo adicional. Posibles complicaciones de tipo psicológico.	No interfiere en la relación sexual. Elimina definitivamente el temor al embarazo.

Contracepción Femenina

MÉTODOS HORMONALES			
PÍLDORA			
Descripción	**Eficacia**	**Inconvenientes**	**Ventajas**
Es un medicamento que combina estrógenos y progestágenos que evitan la ovulación.	Usada correctamente, es absolutamente eficaz.	Efectos secundarios: aumento de peso, cambios de humor, hipertensión, problemas circulatorios, cefaleas, etc. Precisa una absoluta regularidad en la toma. Presenta serias contraindicaciones, que deben ser valoradas por el médico: fumadoras mayores de 35 años y ciertas enfermedades (diabetes, insuficiencia renal o hepática, problemas circulatorios).	Fácil de utilizar. Reduce las molestias premenstruales. Regula el ciclo menstrual. Buena tolerancia.

PROGESTÁGENOS			
Descripción	**Eficacia**	**Inconvenientes**	**Ventajas**
Es un medicamento que impide el embarazo actuando a distintos niveles. Existen varias modalidades: inyección trimestral; altas dosis alternativas por vía oral, dosis mínimas continuas por vía oral, inyección mensual e implantes subdérmicos con liberación gradual de hormonas sexuales.	Similar al del DIU. El porcentaje de fracaso del inyectable es de 0-1%.	Puede producir aumento de peso y alteraciones del ciclo menstrual. Puede producir acné o seborrea. El embarazo no suele producirse hasta unos 8 meses después de la última inyección.	La tolerancia vía oral es bastante buena. Más aconsejable en mujeres mayores de 40 años. (acción antiestrogénica y tratamiento de la menopausia)

MÉTODOS NO HORMONALES			
MÉTODOS QUÍMICOS LOCALES			
Descripción	**Eficacia**	**Inconvenientes**	**Ventajas**
Son geles, espumas, esponjas, cremas o cápsulas que se insertan profundamente en la vagina liberando sustancias químicas que inmovilizan y matan los espermatozoides.	No es total, ya que depende de cómo se usen y de la buena distribución en la vagina (un 80%)	Hay que utilizarlas entre 10 y 60 minutos antes del coito, lo que quita espontaneidad. No hay que lavarse en las 6 / 8 horas siguientes. Pueden ser irritantes.	Fácil de utilizar. Reduce las molestias premenstruales. Buena tolerancia. Se consiguen sin receta. Sin contraindicaciones. Acción antiséptica y bactericida. Son un buen complemento a otros métodos mecánicos.
MÉTODOS MECÁNICOS (DIAFRAGMA, CONDÓN FEMENINO)			
Descripción	**Eficacia**	**Inconvenientes**	**Ventajas**
Son distintos artilugios de goma que se colocan cubriendo el fondo de la cavidad vaginal y funcionan como barreras. Antes de colocarlos, se debe usar una crema espermicida. En caso de varios coitos hay que añadir más espermicida, pero no se debe retirar antes de 6/8 horas.	Usados correctamente la eficacia es del 97/ 98 %. El diafragma debe readaptarse después de un parto, un aborto, cirugía cervical o vaginal o si se producen cambios de peso superiores a 4 kg.	Posibles infecciones vaginales o urinarias. Para algunas mujeres, resulta difícil de usar. Está contraindicado en caso de infecciones o heridas vaginales. El hecho de tener que insertarlo antes del coito puede afectar a la espontaneidad.	Relativamente fácil de usar. Cierta protección contra algunas enfermedades venéreas. Sin efectos secundarios. Puede reutilizarse durante 2 veces.

DIU (DISPOSITIVO INTRAUTERINO)			
Descripción	**Eficacia**	**Inconvenientes**	**Ventajas**
Es un pequeño aparato de forma y tamaño variable que debe colocar un especialista. Aumenta la movilidad de las trompas, modifica la mucosa uterina, dificulta la ascensión de los espermatozoides e impide la anidación.	Muy eficaz: 97 / 99% El porcentaje de fallos disminuye a partir del primer año de uso.	Resulta caro. Puede producirse rechazo y ser expulsado espontáneamente. Puede aumentar las molestias y la duración de las menstruaciones. Contraindicado en caso de infecciones o cáncer. Las complicaciones, aunque son raras, pueden ser muy graves: perforación, embarazo ectópico, etc.	Sencillo de poner (por un especialista). Se mantiene entre 2 y 5 años, con revisiones periódicas anuales.

OTROS MÉTODOS

CONTRACEPCIÓN POST-COITAL O DEL DÍA SIGUIENTE			
Descripción	**Eficacia**	**Inconvenientes**	**Ventajas**
Su acción no es abortiva, no evita que anide un óvulo posiblemente fecundado. Existen dos métodos: la píldora del día siguiente (compuesto hormonal que se toma antes de 72 horas) o un DIU que debe colocarse antes de 5 días y actúa sobre la mucosa uterina impidiendo la implantación.	El DIU del día siguiente es eficaz al 100%. Cuando más próxima al coito es la toma de la píldora, más se aproxima a la eficacia absoluta.	Precisa intervención médica y sólo debe usarse en casos excepcionales. La píldora puede causar trastornos digestivos y tensión mamaria. El DIU tiene los mismos inconvenientes que el DIU normal.	Evita el embarazo cuando el coito se ha producido sin protección (por violación). Permite asegurar una anticoncepción duradera si se opta por conservar el DIU.

ESTERILIZACIÓN (LIGADURA DE TROMPAS)			
Descripción	**Eficacia**	**Inconvenientes**	**Ventajas**
Es una intervención quirúrgica que secciona las trompas de Falopio, impidiendo que los óvulos lleguen al útero.	Absoluta. No es reversible.	Pueden presentarse las complicaciones médicas y quirúrgicas propias de cualquier intervención. Pueden presentarse repercusiones psicológicas.	Alivio permanente de las preocupaciones anticonceptivas. Sin efectos secundarios. No interfiere en la relación sexual.

MÉTODOS NATURALES			
Descripción	**Eficacia**	**Inconvenientes**	**Ventajas**
Se basan en la abstinencia sexual durante el período preovulatorio o período fértil del ciclo menstrual. Los más conocidos son: - **Método del ritmo o de Ogino-Knaos**: los días fértiles de cada ciclo se calculan por medio del análisis de las fechas de las menstruaciones de los últimos 8-10 meses. - **Método de la temperatura basal**: los días fértiles de cada ciclo se calculan analizando los cambios producidos en la temperatura basal del cuerpo antes y después de la ovulación, para lo que es preciso analizar la temperatura de varios ciclos consecutivos. **Abstinencia sexual.** - **Método del moco cervical o método de Billings:** el pico ovulatorio se calcula a partir de la observación de los cambios en el moco cervical a lo largo del ciclo ovulatorio. Cuando el moco se hace abundante, claro y filante, se suspenden las relaciones sexuales. - **Método sintotérmico:** consiste en asociar el método de Billings y el método de la temperatura basal para lograr una mayor eficacia contraceptiva.	Oscila entre el 65 y 85 % de los casos: el período fértil es variable, la fecha exacta de la ovulación es imprede-cible de antemano y existen muchos factores externos que pueden alterar los ritmos corporales normales.	Requiere mucha motivación y participación de ambos miembros de la pareja. Es inútil con ciclos irregulares o en post-parto. Interfiere en una actividad sexual normal continuada.	Es el único método anticoncepti vo aceptado por la Iglesia Católica. No tiene efectos secundarios físicos

ANTICONCEPTIVOS MÁS UTILIZADOS
MÉTODOS NATURALES
• Método del ritmo o de Ogino-Knaus • Método de la temperatura basal. • Método del moco cervical o método de Billings. • Método sintotérmico.
MÉTODOS ARTIFICIALES
• Métodos barrera: ✓ Preservativo. ✓ Diafragma vaginal. ✓ Esponjas. ✓ Espermicidas. • Anticonceptivos orales. • Dispositivo intrauterino (DIU).
MÉTODOS IRREVERSIBLES
• Vasectomía. • Ligadura de trompas.

Enfermedades de trasmisión sexual (ETS)

Las enfermedades de transmisión sexual son aquellas producidas por agentes infecciosos específicos para las que el mecanismo de transmisión sexual tiene relevancia epidemiológica aunque, en algunas de ellas, dicho mecanismo no es el más importante.

Esta denominación sustituyó en la década de los 70 a la clásica denominación de “enfermedades venéreas” (relacionadas con Venus, diosa del amor) que durante varios siglos pretendía expresar de forma disimulada el riesgo de adquirirlas con las relaciones sexuales.

En esta designación se incluyeron sífilis, gonococia, chancro blando, linfogranuloma venéreo y granuloma inguinal, por lo que la actual definición permite englobar aquellas enfermedades identificadas recientemente,

causadas por microorganismos, en los que la transmisión sexual es relevante.

Clamidia: infección causada por una bacteria llamada clamidia.

- Supuración de los órganos genitales
- Sensación de ardor al orinar
- Los síntomas no son siempre evidentes en los jóvenes de ambos sexos.

Gonorrea: infección causada por la bacteria llamada gonococo.

Periodo de incubación: de 3 a 8 días.

Fuentes de infección: secreciones vaginales y uretrales.

Sitio de entrada: mucosa uretral o vaginal.

Método de diseminación: relaciones sexuales.

- Supuración de los órganos genitales
- Ardor o escozor al orinar. Más común en los varones
- A veces las mujeres no tienen síntomas.
- Puede producir abscesos y peritonitis (infección del apéndice) en las mujeres.

Sífilis: infección causada por la espiroqueta. El nombre viene de un pastor que contrajo la enfermedad en el poema de Fracastorio (allá por 1530) donde apareció por primera vez la expresión sífilis.

Periodo de incubación: de 10 a 90 días.

Fuentes de infección: exudado o sangre infectada.

Sitio de entrada: genitales externos, cuello uterino, superficies mucosas, placenta.

Método de diseminación: relación sexual, contacto con lesiones abiertas, transfusión sanguínea, inoculación transplacentaria.

- Ulceras o llagas en el área genital no siempre acompañadas de dolor (10 días a 3 meses después del contagio)

• Sarpullido (3 a 6 semanas después de que aparecen las úlceras)

Papilomavirus Humano (HPV)

• Verrugas genitales (a veces no se ven)

Herpes Genital: inflamación de la piel que produce racimos de ampollas.

• Ardor, escozor o dolor en el área genital.

• Ampollas o verrugas (las verrugas sanan pero reaparecen)

Linfogranuloma venéreo:

Periodo de incubación: de 2 a 30 días.

Sitio de entrada: genitales externos, mucosa uretral o vaginal.

Método de diseminación: relaciones sexuales.

Granuloma inguinal:

Periodo de incubación: de 3 a 4 días.

Fuentes de infección: exudados infectantes.

Sitio de entrada: genitales externos, cuello uterino.

Método de diseminación: relaciones sexuales.

Chancro blando:

Periodo de incubación: de 3 a 5 días.

Fuentes de infección: enfermedad de los humanos y portadores.

Sitio de entrada: genitales.

Método de diseminación: relación sexual.

VIH/SIDA (virus de inmunodeficiencia humana/ síndrome de inmunodeficiencia adquirida): esta enfermedad tiene dos condiciones. La persona puede adquirir el virus (VIH) que es un agente transmisible por la sangre o los flujos sexuales. Es posible que ese virus no se desarrolle en el cuerpo por un tiempo y se contagie a otras personas con las que el enfermo

tenga sexo. El SIDA se produce cuando el virus entra en acción y destruye el sistema de defensa del cuerpo.

La palabra SIDA se forma con las iniciales de la expresión Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.

- Síndrome: conjunto de signos y síntomas.
- Inmuno: relativo al sistema de defensas.
- Deficiencia: disminución.
- Adquirida: alude al carácter no congénito.

Período de incubación

El tiempo que pasa entre contagiarse con el virus y el comienzo de los síntomas varía. En algunas personas puede ser seis meses después y en otra puede ser en cinco años y hasta en más tiempo todavía. A veces, a pesar de que se tenga el virus puede ser que no se desarrolle la enfermedad del SIDA. Algún síntoma de la enfermedad aparece en más o menos en el 30 % de las personas que tienen el virus dentro de los cinco años a partir de que se contaminaron.

Método de transmisión

Cada especie de virus busca su medio natural donde vivir y desarrollarse.

El virus del SIDA puede hospedarse en la sangre, en las secreciones del aparato genital del hombre y de la mujer (semen y fluido vaginal), en la leche materna, en la saliva, orina y demás líquidos corporales.

Sin embargo, el contagio solo es por sangre con sangre, sangre con semen, semen con fluido vaginal y de madre a hijo durante el embarazo, el parto, o poco después de este (lactancia).

La vía sexual es la más habitual forma de contagio (75% de los casos).

El virus del SIDA puede ingresar al organismo como cualquier enfermedad de transmisión sexual. Es falsa la creencia de que solo existiendo herida o excoriación en el pene puede haber contagio.

Otro factor de riesgo de gran importancia es el uso compartido de jeringas infectadas en el caso de consumidores de drogas por vía intravenosa.

Otras vías abiertas para la infección del SIDA son aquellas que por prácticas irresponsables, accidentes, o no suficientemente controladas pueden en forma ocasional, transmitir el virus de un portador a una persona no portadora.

Ejemplos:

1. Intercambiar máquinas de afeitar y otros objetos cortantes personales.
2. Intercambiar el cepillo de dientes.
3. Tatuarse con agujas sin esterilizar.

En el caso de pequeñas heridas de superficie, para que haya contaminación la sangre "expuesta" debe comprometer de algún modo al torrente sanguíneo.

La Odontología, la Acupuntura, la Pedicuria, por depender de profesionales habilitados a tal efecto son solo "puertas" hipotéticas: en la práctica, las técnicas de esterilización excluyen la posibilidad de infección.

Los odontólogos y médicos que practican cirugía menor en sus consultorios cuentan en la actualidad con la información e instrumentos quirúrgicos necesarios (material descartable, etc.).

- Los síntomas no son evidentes hasta que aparece el SIDA entre 8 a 10 años después de la primo-infección.

DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS[18]

Los Derechos Sexuales y Reproductivos que han tenido su principal sustento en la Conferencia sobre Población y Desarrollo de El Cairo, en la plataforma de acción de Beijing, constituyen en esta investigación, una propuesta desde la perspectiva de género. Como referente para el presente trabajo se consideró el planteamiento que hace Londoño Claudia, en relación con los derechos sexuales y reproductivos, pero de los 15 derechos que la autora indica sólo se consideraron aquellos que dependían de la capacidad volitiva del individuo.

Esos derechos se consignan en la escala psicométrica EMIDARES y son:

1. Derecho al ejercicio autónomo de la sexualidad, a gozarla con o sin finalidad de coito, y según las propias preferencias.

2. Derecho a una sexualidad placentera y lúdica independiente de la reproducción. A decidir y usar anticonceptivos.

3. Derecho a conocer, respetar y amar el cuerpo y los genitales

4. Derecho al amor, a la sensualidad y al erotismo, a buscar afecto y relación sexual.
5. Derecho al orgasmo y a ser libres en la intimidad

6. Derecho a la relación sexual independientemente de la edad, estado civil o modelo familiar, exenta de violencia, abuso o acoso.

[18] Informe de la Conferencia Internacional de Población. Red Internacional informativa entre población (POPIN). División de Población de las Naciones Unidas. Departamento de Asuntos Económicos y Sociales con apoyo del Fondo de las Naciones Unidas para asuntos de población (FNUAP). El Cairo, septiembre 5 a 13, 1994. / Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer. Beijing; 1995

7. Derechos de hombres y mujeres a participar con iguales responsabilidades en la crianza, reasumiéndola creativamente y a construir identidades propias más allá de los papeles de género.

8. Derecho a una educación sexual oportuna, integral, laica, gradual, científica, y con enfoque de género.

9. Derecho a no tener actividad sexual.

Cada uno de los enunciados de los derechos sexuales y reproductivos indicados se incorporaron en la escala psicométrica; para cada uno de ellos se tuvo en cuenta la intención de ejercerlos, la actitud hacia los mismos y la creencia que tiene el individuo en torno a cuanto las personas, que le son importantes, desearían que él hiciera.

CAPITULO II

2. ADOLESCENCIA Y EDUCACIÓN EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Muchos han sido los esfuerzos que desde diferentes disciplinas se han formulado y realizado buscando aportar a la formación integral de los y las adolescentes y jóvenes. Los desafíos del mundo actual generan nuevos riesgos a los y las jóvenes. Nuestro papel como profesionales de la salud y la educación es buscar, explorar, estudiar y desarrollar estrategias coherentes con las características de las estudiantes, que generen transformaciones efectivas. Para lo cual es necesario reconocer a las jóvenes como sujetos de derechos, con múltiples potencialidades y con factores que les afectan. Y finalmente enfrentar los retos que la realidad de nuestro entorno plantea. En el caso de la educación media, en el colegio específicamente el reto principal es aprender de las experiencias que se han tenido durante todos estos años, al mismo tiempo que se identifican las características que diferencian a la institución, su dinámica y población estudiantil.

Con frecuencia cuando escuchamos de personas adultas opiniones acerca de la juventud, estas se enfocan hacia temas como el abuso de psicoactivos, embarazos no deseados, "pérdida de valores", la falta de participación, su rebeldía, y una larga lista de situaciones en las cuales los y las jóvenes suelen ser señalados como el "problema".

La preocupación por la juventud se formula frecuentemente en relación a la construcción de un futuro. El tema y los señalamientos no son nuevos, cada generación al llegar a la adultez parece olvidar los días de su adolescencia y juventud, las búsquedas y experimentaciones, las preguntas y la energía que a flor de piel distinguen esta época de la vida.

Desde los campos de la Educación y la Salud no son ajenas las preocupaciones alrededor de los temas planteados, como tampoco las actitudes e imaginarios de la mirada adulta sobre adolescentes y jóvenes.

Y es que la información que las investigaciones en áreas de las ciencias de la salud, y sociales muestran, refuerzan estas preocupaciones. Por una parte es evidente que las generaciones actuales tienen unas condiciones sociales de riesgo adicionales a las que les preceden y por otro lado los avances tecnológicos ofrecen oportunidades pero también surgen preocupaciones y tensiones que exigen de los y las jóvenes unas habilidades que no necesariamente tienen para enfrentarlos adecuadamente. Por tal razón es cierto que hay un aumento dramático y preocupante de ansiedad, depresión y suicidio, el abuso de psicoactivos especialmente los legales alcohol y tabaco se inician ente los 11 y 13 años de edad, frecuentemente se adoptan actitudes de riesgo por la creencia de su invulnerabilidad, y a pesar de los avances en información y métodos, la regulación de la fecundidad continúa dejándose frecuentemente al azar.

La pregunta sobre el ¿qué hacer? ha desvelado a muchos, y otros han caído en la desesperanza al ver que no funcionan los esfuerzos encaminados a resolver dicha inquietud. Sin embargo, la búsqueda de caminos es y seguirá siendo un reto, principalmente si se entiende que no hay soluciones mágicas, que el vivir como seres sociales, es complejo y cambiante, que las cosas y las personas no son solamente como aparentemente las vemos; y por tanto los y las adolescentes y jóvenes cambian, son diferentes, diversos, y no son solo lo que aparentan, es necesario escucharles, hablar con ellos y ellas, y no perder la esperanza de que siempre es posible construir un mundo mejor.

Pero además es necesario recordar que el mundo no es solo lo que se percibe por los sentidos. En cuanto al abordaje que desde educación y salud se hace con la población adolescente y joven, las experiencias exitosas en el

mundo refieren algunos puntos fundamentales para tener en cuenta como son:

- Conocimiento de la población y del entorno, para basarse en la realidad concreta que viven los y las jóvenes.
- Garantizar continuidad pues acciones puntuales no son efectivas
- Participación en todo el proceso de los y las jóvenes, lo cual favorece el desarrollo de los puntos anteriores y permite la apropiación de la estrategia.
- Articulación de esfuerzos desde diferentes instancias internas y externas (redes sociales, alianzas intersectoriales)
- Diseño de planes a partir de la identificación de asuntos, problemas o situaciones definidas como prioritarias.
- Transverzalización: Articulación con lo curricular explícito y oculto, participación y compromiso de los diferentes estamentos educativos y de salud, en los diferentes momentos de actuación.
- Evaluación periódica de los procesos, seguimiento y medición de impacto.
- Metodologías participativas, interactivas que propicien fortalecimiento de habilidades para la vida, intervenciones a nivel individual, interpersonal.
- Y finalmente se enfatiza en que se apunte a la autonomía de los y las jóvenes para que se apropien no solo de la estrategia sino de sus propias vidas.

Estos puntos referidos han ido emergiendo a medida que se van sacando lecciones de diferentes experiencias de trabajo tanto desde la Salud como desde la Educación. Así, de una manera planeada, intencional, priorizada, el sector salud aporta sus conocimientos e interviene, la educación se articula con la salud, transversaliza el currículo explícito y oculto, y permite la intervención de otros actores sociales, institucionales que pueden contribuir

a la formación integral de los y las estudiantes. Planteando como uno de sus pilares fundamentales la participación de las adolescentes y jóvenes en todo el proceso.

La estrategia a ser utilizada como una institución educativa que promueve la salud se fundamenta en:

- Políticas escolares saludables y aprobadas
- Promoción de entornos físicos y psicosociales saludables
- Habilidades individuales relacionadas con la salud y competencias para la acción y Educación en sexualidad asertiva.
- Vínculos con la Comunidad. Participación
- Servicios de salud y Bienestar.

Esta mirada plantea retos grandes como son:

- Plantear planes y programas que obedezcan a las prioridades establecidas para la institución educativa.
- Articular proyectos institucionales y temáticas de promoción de la sexualidad, por medio de la transverzalización y enfatizando en el fortalecimiento de las habilidades para la vida.
- Garantizar una real participación de las estudiantes.

El primer reto implica conformar un equipo gestor de Promotoras con adolescentes comprometidas, con quienes se realice un proceso inicial participativo, partiendo de evaluaciones de base que permitan a las proponentes interiorizarse con la realidad de las adolescentes, aplicando métodos de investigación etnográfica, en el aula, etc.
Se enfatiza la necesidad de investigar acerca de teorías pedagógicas, psicológicas, sociales que proponen estrategias de trabajo con los y las jóvenes con base en el estudio de sus características cognitivas, afectivas y de desarrollo general, y que considere los deseos, necesidades, género,

cultura y etapas del desarrollo del adolescente para aumentar la efectividad respetando la voluntad de los adolescentes, sus familias y comunidades. Dentro de este contexto se entenderá la creación de un programa que considere las teorías:

Desde lo individual:

- Modelo de creencias en salud
- Modelo de etapas de cambio
- Teoría de la acción razonada y la conducta planificada
- Teoría de colocación de metas
- Teoría de autorregulación
- Teoría de búsqueda de sensaciones

Desde lo interpersonal:

- Teoría Socio- cognitiva / aprendizaje social
- Teoría de Redes y Apoyo Social
- Modelo efectivo de crianza / ajuste bajo stress económico y pobreza
- Teoría de resiliencia
- Teoría de stress y mecanismos de adaptación / respuesta

Desde lo comunitario:

- Organización comunitaria
- Teoría de difusión de innovaciones
- Teorías de cambio organizacional

Sobre el segundo reto se realizan acciones para articular redes funcionales que aporten al desarrollo integral de las adolescentes con énfasis en el tema de la sexualidad.

El tercer reto se aborda con el avance en el conocimiento de las jóvenes y la voluntad y decisión de ellas y de los adultos involucrados en la iniciativa.

Todas estas reflexiones se aplican en todos los niveles de educación que involucre población joven. La construcción de este tipo de estrategias requiere una evaluación constante, un esfuerzo grande por hacer realidad la articulación de iniciativas desde las diferentes disciplinas, instancias y estamentos. Para lo cual la contribución de todas y cada una de las personas es muy importante.[19]

PROCESOS EDUCATIVOS

Las formas tradicionales de concebir el proceso de enseñanza-aprendizaje van quedando superadas cada vez más, en gran parte debido al propio peso de las demandas de una realidad histórica que se impone a nivel global. Los nuevos paradigmas educativos se centran en el estudiante, sujeto activo que construye de manera muy creadora y personal el conocimiento.

Superar las concepciones de la enseñanza bancaria, centrada en el maestro como eje básico y omnipotente de un proceso eminentemente instructivo, guardián-trasmisor de un conocimiento supuestamente acabado, incuestionable e imperecedero, requiere de una re-conceptualización previa del proceso de aprendizaje. La manera en que este se comprende determina sin dudas cómo se concibe el sentido de la enseñanza y de la intervención educativa, y refleja, a su vez, una concepción del ser humano, de su personalidad y del proceso de su desarrollo, que son las claves (explícitas o implícitas) de cualquier proyecto educativo.

La sexualidad está presente a lo largo de la vida de todos los seres humanos. Su desarrollo armónico es fundamental para la formación integral de la persona. Su finalidad es la relación humana, en tanto que contempla dimensiones comunicativas, afectivas, de placer y reproductivas. Su

[19] Valencia Y. Sonia. *Promoción de la salud*. Universidad tecnológica de Pereira.

desarrollo comprende aspectos biológicos, psicológicos y sociales, resaltando dentro de estos últimos la dimensión ética.

Tradicionalmente la sexualidad se ha reprimido impidiendo la construcción sana, responsable, gratificante y enriquecedora de la personalidad. De allí que sea necesaria una Educación Sexual que propicie la formación de la persona en la autoestima, la autonomía, la convivencia y la salud. Como proceso debe ser dinámica, dialogal e intencionada. Debe legitimar un espacio formal en la escuela para reflexionar acerca de la cultura sexual que en ella se viene dando a manera de códigos ocultos (los juegos, la ropa, las actitudes permitidas y prohibidas, la gestualidad) con el fin de reconocer las intenciones que han determinado los roles sexuales en la escuela, el trabajo, la pareja y la familia, para construir de manera colectiva mejores formas de relación en una cultura tolerante, creativa, que respete las diferencias y que haga posible la vida y el amor.

La conducta sexual humana a pesar de ser una función bio-psicológica, al necesitar del otro para su expresión y originar los fenómenos de la reproducción y la sociodemografía, deja de ser un asunto individual para ingresar en el ámbito de lo social y de lo simbólico. Dicho de otra manera, el ser humano ha construido una serie de valores y de normas que codifican la vivencia de la sexualidad y que conocemos como moral o ética sexual. Estos valores, desde luego, se han ido modificando a través de la historia y no siempre han coincidido en todas las sociedades en una misma época. Así, existen culturas más permisivas que otras y algunas francamente represivas en cuanto a la manifestación de la sexualidad. Se viene de un pasado que se caracterizó por ser prohibitivo frente a la expresión de la sexualidad, autoritario al imponer los roles hombre-mujer; todo en razón de una lectura moral fundamentalista que hoy día tiende a desaparecer dando paso a una ética de corte humanista.

La formación ética y moral se promoverá en la escuela a través del currículo de los contenidos académicos pertinentes, del ambiente, del comportamiento honesto de directivos, educadores y personal administrativo, de la aplicación recta y justa de las normas de la institución y demás mecanismos que contemplen un proyecto pedagógico del plantel, encaminado a mejorar los conocimientos sexuales.

En tal situación los supuestos básicos son: la autonomía, la autoestima, la convivencia y la promoción de la salud, de un lado y del otro los énfasis no son otra cosa que valores fundamentales como la defensa de la vida, el respeto por el otro, la tolerancia, la defensa de la ecología, la reciprocidad, la recuperación de la ternura y la responsabilidad, entre otros. Es decir, propiciar una Educación en Sexualidad para la vida y el amor. Por otro lado los valores están llamados a reforzar la personalidad del individuo y son la expresión del tono moral, cultural, afectivo y social marcado por la familia, la escuela, las instituciones y la sociedad en que se vive, para que una vez interiorizados se conviertan en guías y pautas que marcan las directrices de una conducta coherente. De este modo, los valores permiten encontrar sentido de lo que se hace, tomar las decisiones pertinentes, responsabilizarse de los actos, aceptar las consecuencias, definir con claridad los objetivos de la vida y facilitar la relación madura y equilibrada con el entorno.

La escala de valores de cada persona será la que determine sus pensamientos y su conducta. La carencia de un sistema de valores bien definido, sentido y aceptado, instalará al sujeto en la indefinición y en el vacío existencial, dejándole a merced de criterios y pautas ajenas. . [20,21]

---

[20] Castellanos Doris. *"El cambio educativo en la Secundaria Básica"*. Centro de Estudios Educacionales, ISPEJV.

[21] Zambrano Z., *Plan de acciones para promover en docentes, padres y representantes el uso de estrategias para la Orientación Sexual Conductual basada en valores*. Ministerio de Educación de Venezuela, 2002.

El desarrollo de este capítulo permitirá entender los planteamientos pedagógicos vigentes, encaminar y delinear el trabajo presentado bajo estos preceptos asegurando un programa efectivo de intervención en sexualidad que involucre activamente a las adolescentes participantes en el estudio.

2.1. DEFINICIONES METODOLÓGICAS Y TEÓRICO CONCEPTUALES

Abordar el estudio del desarrollo de la personalidad de los adolescentes, es encarar un problema científico y social que estudian diferentes ciencias como la Psicología, la Medicina, la Sociología y la Pedagogía, entre otras. Esto provoca una diversidad de criterios sobre este período del desarrollo humano, algunos de los cuales lo refieren como "etapa de desarrollo difícil, crítica, la mejor, insoportables" y pocas veces se tiene en cuenta el desarrollo continuo alcanzado desde el nacimiento hasta este momento, sus potencialidades y posibilidades de crecimiento, importantes modificaciones físicas, cognitivo – instrumental, afectivo – volitiva y valorativa, visibles en el desarrollo de los adolescentes.

Este período es donde intentan aceptar la realidad de sí mismo, su propia identidad, que provocan los cambios físicos, psíquicos y aparecen interrogantes que llevan a comportamientos contradictorios y variados, son críticos, entusiastas, emotivos y en otros casos, poco animados, sin proyección y despectivos, y en general manifiestan necesidades cognitivas, afectivas, de apoyo y de orientación de las personas adultas que los educan.

Así podemos sostener que la personalidad se forma, se desarrolla y se estructura a través del proceso de asimilación de la cultura material y espiritual creada en y por la sociedad y en la que el sujeto es activo y transformador en las actividades y la comunicación que despliega, que se hacen cada vez más complejas.

En estos contextos de socialización establece su identidad personal, forja lazos interpersonales fuera de la familia con sus amigos, e inicia la selección de pareja, aprende a controlar de manera responsable la sexualidad en desarrollo, sus actitudes hacia las diferentes tareas, deberes, hábitos y capacidades necesarias para enfrentar los distintos eventos que le impone el medio social.

En este período, los adolescentes, necesitan recursos personales y orientación permanente, por parte de los docentes y los padres para regular conscientemente su conducta o modos de actuar, ya que en este período está en formación y estructuración de sus funciones psicológicas, de elaboración personal de sus puntos de vista, ideas, convicciones y que no siempre logra por sí mismo clarificar ante situaciones adversas. [22]

Los adolescentes, de forma general, son comunicativos, se expresan con claridad y sus contenidos se corresponden con los temas de discusión y sus necesidades, se manifiestan activos, críticos ante situaciones diversas y fuertes motivaciones hacia aquellas actividades que vivencian y les permiten interrelaciones afectivas o cognitivas con sus compañeros.

Para que el proceso educativo sea un proceso de prevención tiene que lograr movilizar el interior de los sujetos, desarrollar una actitud positiva ante las tareas escolares y sociales desde el compromiso personal.

Teniendo en cuenta lo anteriormente planteado la educación de la personalidad, vista desde la pedagogía, debe prestar un mayor interés al conocimiento del mundo interior de los sujetos, sus inclinaciones, modos de pensar, sus sentimientos, entre otros y esto sólo se logra por medio de una concepción holística del proceso de educación.

---

[22] Cantillo C., Guerra S., Pérez J., Reyes J., Velazquez A., *Dirección del aprendizaje de los adolescentes*, Cuba y Argentina, Seminarios de didáctica Educativa 2003.

2.2. METODOLOGÍA Y TÉCNICAS DE TRABAJO GRUPAL CON ADOLESCENTES

En los últimos años el proceso educativo en la escuela ha estado orientado hacia la búsqueda de métodos y procedimientos que les permitan a los estudiantes no sólo la aprehensión de conocimientos preestablecidos, sino a su preparación para resolver los problemas que se les presentan en su vida cotidiana. [23]

APRENDIZAJE GRUPAL

Para comprender los grupos es necesario tener presente que los mismos conforman una realidad psicosocial compleja.

"... el grupo es un conjunto de sujetos reunidos en torno a una meta común y conforman una trama que se traduce en mutuas representaciones internas entre los participantes…". R. Ferreiro Gravié: 1999

- La experiencia de los participantes se constituye en el centro de reflexión del grupo, permitiendo una vinculación estrecha entre la teoría y la práctica de los participantes: análisis crítico de las acciones de aprendizaje.
- Permite vivir experiencias de relaciones democráticas entre los participantes: actuación conjunta.
- La interacción grupal genera fuerzas movilizadoras a niveles de conjunto y de los individuos implicados en las diferentes acciones de aprendizaje.
- El grupo genera estímulos afectivos e ideológicos al compartir acciones conjuntas, proyectos conjuntos que pueden ser más amplios que la tarea específica.

[23] Batista M., Cabrera G., *Dirección del aprendizaje de los adolescentes*, Cuba y Argentina, Seminarios de didáctica Educativa 2003.

- El proceso de aprendizaje grupal brinda la posibilidad a los sujetos de realizar transferencias, proyecciones al movilizar sus respectivos mundos internos (experiencias).

Sólo si comprendemos lo que les ocurre a los sujetos que forman parte de un grupo, podremos plantearnos seriamente las tareas que esas personas pueden realizar y las mejores formas de hacerlo.

De lo anterior se desprende que la relación cara a cara nos obliga a reconocer la presencia de los otros; al mismo tiempo, nos obliga a reconocer que nuestra presencia individual no va a pasar inadvertida a los demás.

ALGUNAS CONSIDERACIONES PARA LA ORIENTACIÓN DEL TRABAJO CON LOS GRUPOS DE APRENDIZAJE. [24]

En lo relativo a la orientación sugerimos lo siguiente:

1- Relativas al docente

- Uso de técnicas de trabajo grupal que faciliten ampliar la comunicación entre los participantes.
- Saber manejar hechos o problemas inesperados.
- Ser abierto y receptivo a los criterios del grupo.
- Autoevaluar su propio estilo de trabajo, sus puntos fuertes y débiles para escoger las estrategias necesarias y para cambiarlas cuando sea pertinente.
- Experimentar en sí mismo el proceso de creatividad ayudará al profesor a entenderlo en los demás y facilitará su conducción en los estudiantes.

[24] Aparicio J., Galván C., *Dirección del aprendizaje de los adolescentes*, Cuba y Argentina, Seminarios de didáctica Educativa 2003.

2- Relativas a la composición del grupo.

Para el logro de una atmósfera creativa es necesario tener presente determinadas características de los miembros que componen el grupo, como son las relaciones interpersonales entre ellos, su aprovechamiento docente y status en el grupo. La existencia de prejuicios o rivalidades, de líderes que acaparan la participación, de estudiantes rechazados por sus compañeros, dificulta el desarrollo de una atmósfera creativa.

Ante estas dificultades se recomienda reorganizar al grupo en equipos balanceados, de forma tal que todos sus integrantes tengan posibilidades de participación y los resultados entre los diferentes equipos sean comparables.

3- Relativo a las condiciones en las que trabaja y se desarrolla el grupo.

Dos son las condiciones esenciales que estimulan el trabajo creativo del grupo: la seguridad psicológica para crear y la receptividad a todas las ideas que se manifiesten.
Estas condiciones se expresan en los principios siguientes:

- Toda idea es escuchada, nadie puede negar a otro la oportunidad de emitir su juicio.
- No criticar las ideas que expresa cualquier miembro del grupo.
- No enjuiciar ni evaluar las ideas en el momento de su exposición.
- Expresar libremente cualquier idea.
- Fomentar la fantasía, imaginación e ideas no usuales.
- No permitir la imposición de ideas por parte de ningún miembro ni su eliminación.
- Respetar al otro, fomentar la aceptación mutua, de manera que la experiencia creativa sea siempre una experiencia compartida en la que cada uno aprenda de los demás.
- Trabajar en equipo, disfrutando cada momento de búsqueda como una experiencia excitante y divertida.

- Desarrollar la capacidad de utilizar los errores como "puentes" hacia niveles superiores del trabajo del grupo.

CAPITULO III

FORMACIÓN DE PROMOTORAS ADOLESCENTES EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

3.1. CONCEPTOS

El liderazgo adolescente no sólo posibilita el desarrollo integral del potencial del individuo que lo ejerce, sino que constituye un aspecto estratégico e instrumental para promover y consolidar cambios sociales entre adolescentes y jóvenes.

El líder adolescente es un intermediario, un instrumento básico para predecir y producir modificaciones entre los pares, ya que hay lazos que se fundan a partir de un historial, códigos compartidos, anhelos y propósitos comunes.

A lo largo del tiempo, el concepto de liderazgo ha sufrido cambios que denotan los paradigmas de las diferentes épocas; hoy más allá de pensar en las características o cualidades que el líder pueda tener, es necesario pensar en sus seguidores, destinatarios o población diana, es decir, poner el énfasis en el vínculo interpersonal y en la búsqueda de construcciones de sujetos autónomos y libres, conscientes de derechos y obligaciones.

El concepto de liderazgo transformador, no representa un tipo absoluto de liderazgo, sino de situaciones y/o momentos de liderazgo que se ejercen según circunstancias, actitudes y capacidades, y que eventualmente pueden ser esporádicas o rotativas, según las dinámicas de los grupos u organizaciones.

Desde esta concepción de liderazgo es que podemos pensar en el adolescente como referente para otros adolescentes.

El líder como toda persona posee muchos defectos y virtudes que debe conocer; esto implica que debe conocerse a sí mismo, para luego entender a los demás y reflejar lo que quiere lograr, lo que busca alcanzar con los demás para conseguir el éxito.

- Líder: Es el individuo más apreciado del grupo y que más atracción ejerce sobre sus compañeros, es el líder del grupo su guía y conductor. El liderazgo no está impuesto. El líder es elegido libremente por sus compañeros de grupo.

3.2. CARACTERÍSTICAS DE LÍDER[25]

Todo "líder" es absolutamente responsable de todo lo malo y todo lo bueno que ocurra en su grupo. Si un miembro del grupo se equivoca, puede no haber tenido suficiente capacitación para la tarea que desarrolla, encontrarse emocionalmente perturbado, no tener la suficiente información o habilidad para realizar la tarea.

Una de las principales funciones del líder es la de capacitador, es necesario que el líder conozca el estado anímico de su grupo y es su obligación asegurar el flujo de información y elementos para el desarrollo de las tareas así también como evaluar la capacidad de cada individuo y asignarle tareas de acuerdo a sus posibilidades de cumplirlas con éxito.

No es posible establecer un conjunto especifico de acciones que podamos definir como actitud de liderazgo: ya que en determinadas situaciones vemos grupos exitosos liderados por un sujeto moderado y analítico, otras en cambio el sujeto es frontal directo y proactivo o combativo, y hasta autoritario. Sin embargo para entender estas diferencias debemos evaluar la situación en la que se desenvuelven y el contexto en que se desarrolla la acción, la composición del grupo, y la tarea que se está desarrollando.

[25] Alfaro Codocedo, Porfirio y Rojo Muñoz Bernardo "Liderazgo y toma de decisiones" Ediciones Centro de Educación a Distancia; Universidad Católica del Norte, U,C,N. Chile 1998

Según estudios de las universidades de OHIO, y MICHIGAN los mejores y más exitosos líderes son los que centran su conducción en dos principios fundamentales;

- La consecución de las metas, el desarrollo de las tareas, la mejora continua en los métodos y formas de desarrollar las tareas requeridas.
- La preocupación por las personas que componen el grupo, la relación entre estas, la motivación de las mismas, un ambiente de trabajo que genere el menor stress posible, y satisfaga las expectativas de desarrollo personal de los individuos.

La mayor posibilidad de éxito en la conducción de los grupos, se ve reflejada en aquellos líderes que apuntan mayormente a las personas, pero sin perder de vista el horizonte de las tareas.

3.3. PERFIL DE LA PROMOTORA LÍDER

Entendemos que el líder posee las siguientes características.

a) El líder debe tener el carácter de miembro, es decir, debe pertenecer al grupo que encabeza, compartiendo con los demás miembros los patrones culturales y significados que ahí existen.

b) La primera significación del líder no resulta por sus rasgos individuales físicos (estatura: alta, baja, aspecto, voz, etc.).

c) Sino que cada grupo considera líder al que sobresalga en algo que le interesa, o más brillante, o mejor organizador, el que posee más tacto, el que sea más agresivo, más santo o más bondadoso.

d) Cada grupo elabora su prototipo ideal y por lo tanto no puede haber un ideal único para todos los grupos.

e) El líder debe organizar, vigilar, dirigir o simplemente motivar al grupo a determinadas acciones o inacciones según sea la necesidad que se tenga. Estas cuatro cualidades del líder, son llamadas también carisma.

e) Por último, otra exigencia que se presenta al líder es la de tener la oportunidad de ocupar ese rol en el grupo, si no se presenta dicha posibilidad, nunca podrá demostrar su capacidad de líder.

Las líderes promotoras del programa de formación de adolescentes en salud sexual y reproductiva deberán poseer las habilidades determinadas conceptualmente por Coleman.

1. Deberá tener una educación de la sexualidad de un nivel superior al resto del grupo.
2. Compromiso, visión y capacidad de gestión.
3. Conocimiento de la tarea y didáctica.
4. Ascendente en el grupo.
5. Capacidad de valorar, comprender y utilizar las diferentes fuerzas motivadoras que posee cada individuo integrante del grupo, para lograr el objetivo común.
6. Habilidad y carisma para motivar a los integrantes de su grupo para que actúen en forma mancomunada, logrando el compromiso de cada uno de los individuos.
7. Pertenencia y energía para lograr un clima de trabajo propicio al crecimiento y éxito del grupo y cada uno de sus individuos como tal.

Estas son algunas de las cualidades que destacan a las adolescentes promotoras del Instituto Tecnológico Riobamba, independientemente del tipo de liderazgo (laxo, democrático, autocrático, etc.) que ejerzan sobre sus pares.

Es importante tener en cuenta que el formador líder a diferencia de un profesor tradicional reconoce la necesidad del cambio, innova, crea, se concentra en los estudiantes, inspira confianza, motiva y promueve la participación en las diferentes tareas ejerciendo el control de las mismas, enfrenta con optimismo los desafíos del futuro, es disciplinado, promueve el

saber, escucha, hace hablar, evalúa junto al grupo, estimula, en una palabra hace las cosas que hay que hacer.

3.4. CAPACITACIÓN A LIDERES PROMOTORAS

La gestión del conocimiento es una formación producto del proceso de universalización, exige cada vez de personas que sean capaces no solo de receptar la información, sino también de las capacidades intelectuales, los valores humanos, culturales, las habilidades, las experiencias que puedan convertirse en un potente soporte que permita la toma de decisiones correctas para ayudar a los demás.

La capacidad para dirigir con eficacia es uno de los aspectos fundamentales para ser promotor o tutor eficiente, con el objetivo de combinar recursos materiales y humanos.

"La formación en el proceso educativo es una responsabilidad compartida entre los estudiantes y el promotor de conocimientos. Uno es el representante de las aspiraciones sociales, pero los que van a ser objeto de transformación son los otros y esto es un proceso no solo consciente sino motivado."[26]

Se señala por la Psicología que el liderazgo se define como influencia o sea, el arte o proceso de influir sobre las personas para que intenten con buena voluntad y entusiasmo el logro de las metas del grupo.

"En consecuencia la autoridad y el poder de un promotor educativo, hay que entenderlo como una energía básica y la capacidad para servir a los demás, a los discípulos y a la sociedad en general; entenderlo como la autoridad moral necesaria para promover y desarrollar la acción educativa que permita

[26] José Manuel Ruiz Calleja (1998)

traducir las intenciones y finalidades del proceso de enseñanza -aprendizaje en realidades concretas que mejoren y enaltezcan la existencia y naturaleza humana".

La promotora educativa a través del liderazgo eficiente alcanza a crear una situación positiva y un ambiente favorable donde es más fácil que ella y quienes aprenden logren lo siguiente:

- Comprender la misión y las funciones del proceso educativo.
- Unidad de acción orientada a los propósitos u objetivos comunes del proceso educativo.
- Defender la identidad cultural, el sentido de pertenencia y la cohesión social.
- Promover la participación, la comunicación y la cooperación entre las estudiantes del grupo para superar los conflictos internos.
- Preservar la integridad del grupo y de la escuela mediante el desarrollo de valores, el cumplimiento de las normas y el mejoramiento de las relaciones interpersonales, públicas y sociales.
- Generar cambios de mentalidad y de actitud en las estudiantes, en función del desarrollo y de su personalidad, tanto desde el punto de vista de su instrucción como de su educación.
- Consolidar los cambios logrados en las estudiantes mediante la creación de escenarios de interacción creativa, formativa y productiva, para su mejoramiento continuo y sostenido "

4. MATERIALES Y MÉTODOS

4. DISEÑO METODOLÓGICO

El programa de capacitación se inició en el momento en que se planteó la propuesta como tema de investigación y se denominó al Programa como "Educación de la Sexualidad Adolescente entre Pares".

Tipo de estudio y diseño general del programa

El trabajo fue de tipo descriptivo con una intervención basada en el programa educativo "Educación de la Sexualidad Adolescente entre Pares" diseñado y desarrollado por las proponentes; dirigido a 16 adolescentes de género femenino del Instituto Tecnológico "Riobamba", líderes promotoras, con la finalidad de que sean estas adolescentes quienes puedan replicar los conocimientos adquiridos entre sus pares.

El trabajo se lo realizó en cuatro momentos que se describen a continuación:

MOMENTO 1:

1. Se trabajaron los aspectos formales de la iniciativa como la obtención de los permisos y autorizaciones necesarias para implementar la iniciativa. Reuniones con las autoridades, padres de familia de las adolescentes y adolescentes, para obtener los permisos necesarios así como los compromisos de participación.
2. Se requirió el apoyo y se formó una red de profesionales interinstitucional y multidisciplinaria que desde diferentes perspectivas individuales y profesionales aportaron significativamente a la formación de las 16 promotoras líderes. Para conformar la red interinstitucional y multidisciplinaria se invitó a participar a: la Dra. Delia Caiza, profesional en Jurisprudencia, a las trabajadoras sociales Lcda. María Rodríguez, Lcda. Morayma Vizuete, a la docente: Lcda. Ligia Montes, Médica Sexóloga: Dra. Ángela Villacrés Doctora en Psicóloga Educativa: Ana Montes Ruiz. Doctora en Educación para la

Salud: Mónica Montes Ruiz, Doctora en Psicología Clínica: Patricia Campos. Red de Comunicadores Juveniles encabezados por la Lcda. Sandra Bayas, Representante Provincial PRONESA: Ms. Gladys Bonilla, Coordinadora para la Niñez Adolescencia y Juventud representada por el Sr. Edison Barba. Cuyo aporte se incluyó en el diseño y elección de los temas de las guías de capacitación a las promotoras y se eligió el nombre del programa "Educación de la Sexualidad Adolescente entre Pares".

3. En este primer momento se realizó la validación de instrumento (encuesta Anexo No.1).

MOMENTO 2:

1. Se evaluó el conocimiento en sexualidad y salud reproductiva de las adolescentes líderes promotoras.
2. Se capacitó al grupo de adolescentes líderes, trabajando en base a cuatro módulos de seis talleres cada uno, diseñados con el apoyo de profesionales en diversas áreas. (Anexo No. 3.). La capacitación tuvo una duración de 108 horas.
3. Por último se evaluó el trabajo realizado con las adolescentes líderes aplicándoles nuevamente una encuesta, que se denominó post prueba

MOMENTO 3:

1. El programa a desarrollarse para la educación entre pares estuvo dirigido a 114 alumnas de las que se recolectaron los datos por medio de aplicación de la encuesta que se encuentra en el Anexo No. 1, (instrumento de pre prueba), para la medición de los conocimientos, actitudes y prácticas en sexualidad de las adolescentes del Instituto Tecnológico "Riobamba".
2. Se realizó la réplica de los 4 módulos por parte de las adolescentes líderes promotoras a sus pares, mediante los talleres.

3. Se midió los conocimientos adquiridos después de la replicación de talleres por medio de la aplicación de encuesta (post-prueba). (Anexo No. 2).

MOMENTO 4:

1. Se realizó el análisis y procesamiento de datos
2. Evaluación del programa.

Universo de estudio, selección y tamaño de muestra, Unidad de análisis y observación

El ***universo de estudio*** fue constituido por 2572 alumnas del Instituto Tecnológico “Riobamba”.

Debido a que la población estaba formada por adolescentes de diversos cursos del Instituto Tecnológico “Riobamba”, matriculadas en el período lectivo 2008 – 2009 se decidió utilizar muestreo estratificado para aumentar la precisión de la muestra.

Para ello se determinó el tamaño de la muestra utilizando la siguiente fórmula:

$$n = \frac{n'}{1 + n'/N},$$

Siendo $n' = \frac{s^2}{\sigma^2}$;

Donde σ^2 es la varianza de la población respecto a determinadas variables.

s^2 es la varianza de la muestra, la cual podrá determinarse en términos de probabilidad como : $s^2 = p(1-p)$.

se es el error estándar que está dado por la diferencia entre $(\mu - \bar{x})$ la media poblacional y la media muestral.

$(se)^2$ es el error estándar al cuadrado, que servirá para determinar σ^2 , por lo que $\sigma^2 = (se)^2$ es la varianza poblacional.

N es la población a estudiarse.

El ***tamaño de la muestra*** n se calculó para una población de N = 2572, con un error estándar se = 0,02, estimando un 95% de confiabilidad.

$se = 0,02$

$$\sigma^2 = (se)^2 = (0,02)^2 = 0.0004$$

$$s^2 = p(1-p) = 0,95\,(1-0,95) = 0,0475$$

por lo que $n' = \dfrac{s^2}{\sigma^2} = \dfrac{0,0475}{0,0004} = 118,75$

$$n = \frac{n'}{1 + n'/N} = \frac{118,75}{1 + 118,75/2572} = 113,5092$$

$n = 114$

Item	Estratos	Total de la población	Total de la Muestra Nh (fh) = nh	Total de la Muestra por Estrato
1	Octavos	547	24,2	24
2	Novenos	381	16,8	16
3	Decimos	428	18,9	18
4	Primero de Bachillerato	471	20,8	20
5	Segundo de Bachillerato	396	17,5	17
6	Tercero de Bachillerato	349	15,4	15
	TOTAL	**2572**	**114**	**114**

El programa de intervención se aplicó a todas las alumnas determinadas en la muestra, en cuanto a la ***selección*** las estudiantes que permitirán realizar la medición, fueron escogidas aleatoriamente siendo designadas mediante sorteo y su número se encuentra definido según los requerimientos de muestreo estratificado que se presentan en el cuadro anterior.

La ***unidad de análisis*** fue conformada por las 114 adolescentes a quienes se aplicó la encuesta pre-prueba, el programa de capacitación y la encuesta post-prueba.

La ***unidad de observación*** fue el Instituto Tecnológico “Riobamba”.

Criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de inclusión:

Estudiantes de décimo año de varios paralelos del Instituto Tecnológico “Riobamba”, consideradas líderes por el Departamento de Orientación

Vocacional y Bienestar Estudiantil (DOBE) del plantel antes mencionado, que contaran con la autorización escrita y explícita de los padres de familia o representantes legales de las alumnas y participaran de manera voluntaria en la iniciativa.

Criterios de exclusión:
Estudiantes que no cumplan con uno o todos los requisitos mencionados en el párrafo anterior.

Procedimientos para la recolección de información, instrumentos a utilizar y métodos para el control de calidad de los datos.

La ***recolección de la información*** se realizó mediante la aplicación de una encuesta la misma que fue previamente validada y corregida.

Instrumento a utilizar: Encuesta (Anexo No. 1) para pre prueba y encuesta Anexo No. 2 para post prueba.

El ***método para el control de calidad de los datos*** se realizó en el procesamiento de la información, procedimiento que se realizó siguiendo el orden de las preguntas estructuradas en la encuesta.

Procedimientos para garantizar aspectos éticos en las investigaciones con sujetos humanos

Para asegurar los aspectos éticos de la investigación se trabajó con los siguientes parámetros:

1. La investigación se realizó en el Instituto Tecnológico “Riobamba”, con la autorización de las autoridades pertinentes y el apoyo del DOBE.
2. La participación de las alumnas en este estudio fue voluntaria, después de haberse puesto en su conocimiento los objetivos de la

investigación, de la misma manera se contó con la autorización escrita y explicita de sus progenitores o representantes legales, quienes fueron oportunamente informados de los objetivos de la investigación y el trabajo a realizarse. (Anexo Nº 4: Acta de compromiso y Acta de consentimiento informado)

3. En todo momento se mantuvo el anonimato de las encuestas aplicadas, durante el desarrollo del proyecto, de la misma manera la información reflejada en las misma fue de uso exclusivo para el desarrollo de la investigación.
4. Para el desarrollo e implementación de la iniciativa se contempló la utilización de un buzón de sugerencias donde las estudiantes pudieron plantear sus inquietudes de manera anónima.
5. Las reuniones, conversatorios, evaluaciones, talleres, etc., no se programaron durante las horas clase de las estudiantes, se asignaron por las tardes en común acuerdo por el grupo de trabajo y sus representantes, lo que garantizó que el programa interfiera lo menos posible con las actividades académicas de las estudiantes.
6. Las proponentes socializarán al Instituto Tecnológico "Riobamba" y al Hospital Provincial General Docente Riobamba los resultados de la iniciativa en dos exposiciones que condensarán la experiencia, una para cada institución respectivamente.

PLAN DE ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

Métodos y modelos de análisis de los datos según tipo de variables

El análisis de los datos se realizó utilizando criterios de estadística descriptiva, los resultados se presentaron en forma de porcentajes y gráficos.

Programas a utilizar para análisis de datos

Los datos fueron analizados en Excel versión 2007 y SPSS versión 12.

5. RESULTADOS

5. RESULTADOS

RESULTADOS PRE PRUEBA / POST PRUEBA GRUPO DE ADOLESCENTES PROMOTORAS

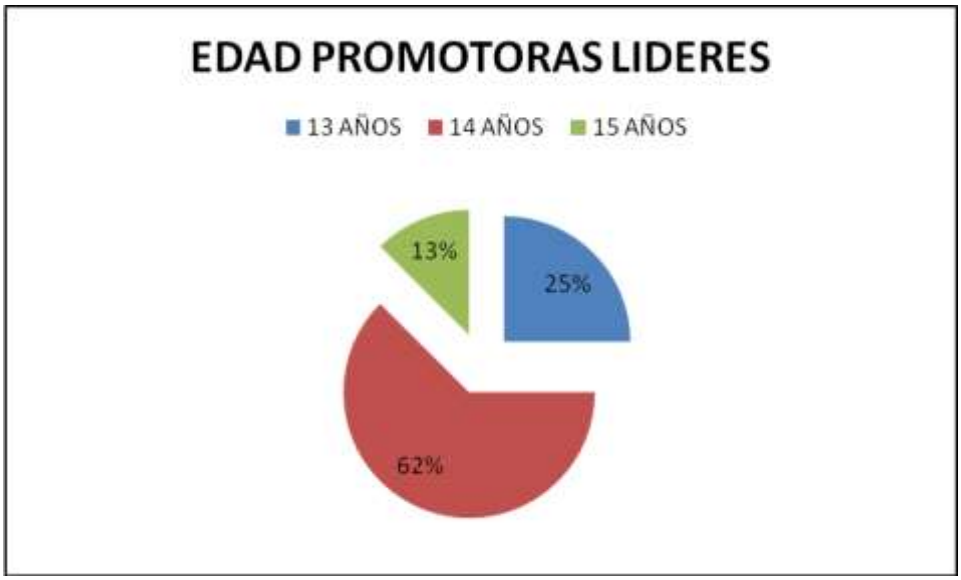
Los resultados que se presentan a continuación muestran los conocimientos, actitudes y prácticas en sexualidad de las adolescentes promotoras líderes en la encuesta pre- prueba y en la encuesta post- prueba.

➢ Aspectos Generales

Sobre los aspectos generales de la iniciativa podemos decir que:

Las alumnas promotoras líderes son en su totalidad solteras, y estudian el décimo año de educación básica.

GRAFICO N° 1

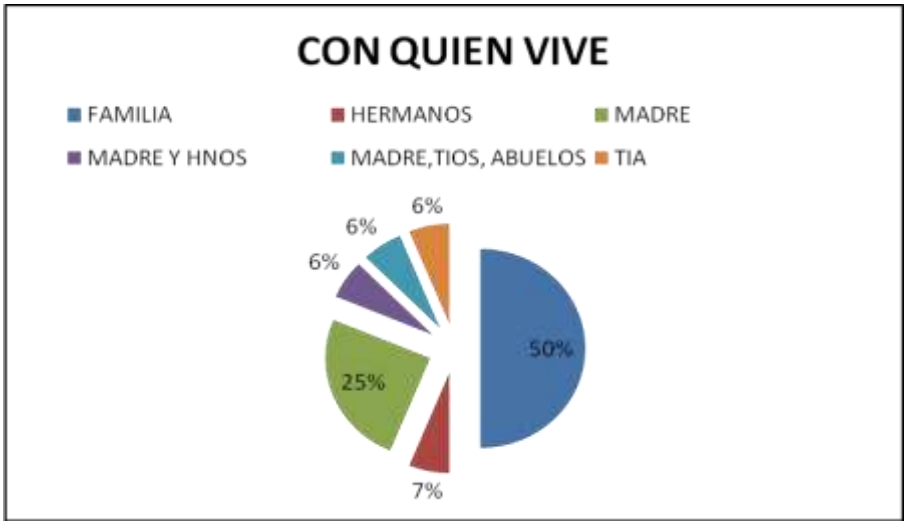


Fuente: Encuesta Anexo N° 2

Responsables: Dra. Mayra Veloz / Dra. Rosario Salem

La edad promedio de las promotoras es de 14 años.

GRAFICO No. 2



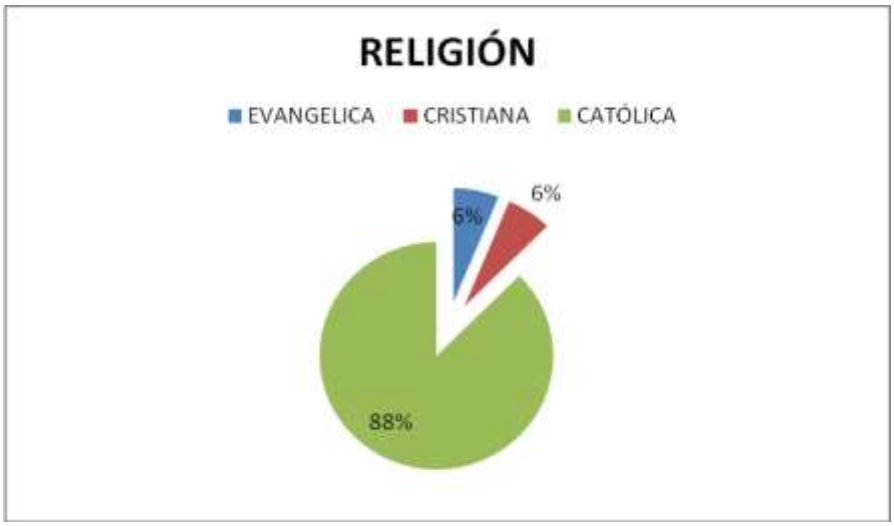
Fuente: Encuesta Anexo N° 2

Responsables: Dra. Mayra Veloz / Dra. Rosario Salem

El 50% de promotoras adolescentes viven con sus padres y hermanos (familia), mientras que el 50% restante vive con un familiar cercano.

.

GRAFICO No. 3

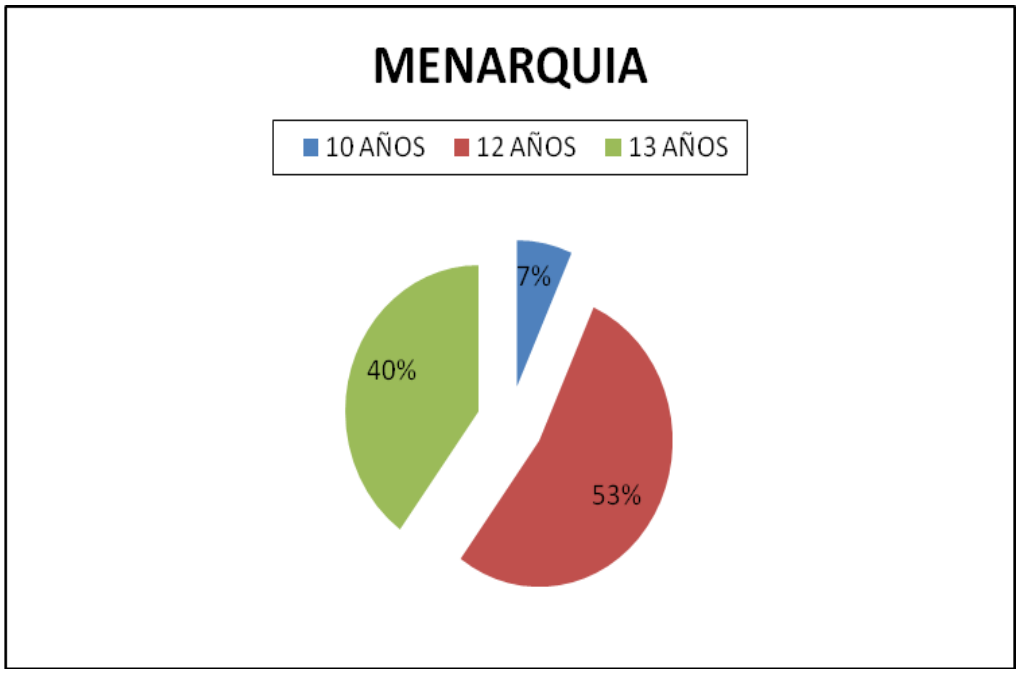


Fuente: Encuesta Anexo N° 2

Responsables: Dra. Mayra Veloz / Dra. Rosario Salem

La religión que con mayor frecuencia profesan las promotoras líderes adolescentes es la católica con el 88%

GRAFICO No. 4



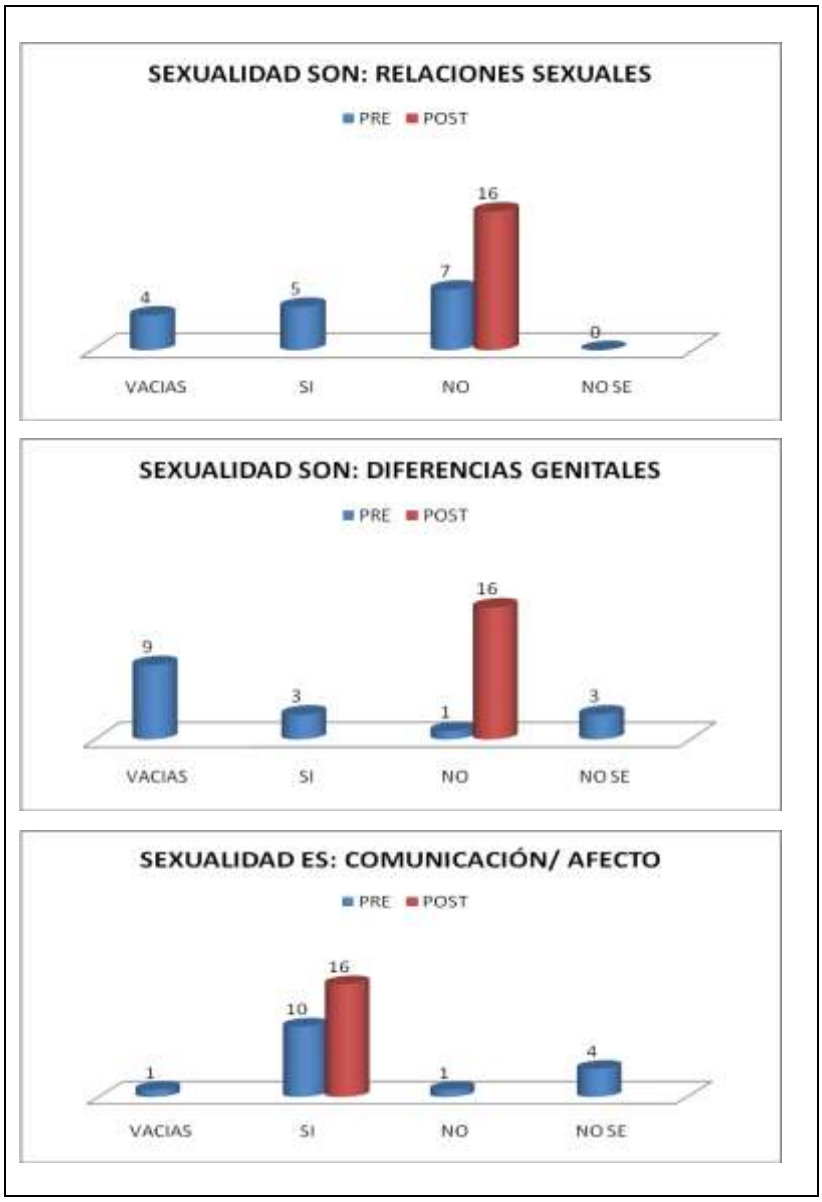
Fuente: Encuesta Anexo N° 2

Responsables: Dra. Mayra Veloz / Dra. Rosario Salem

De las 16 adolescentes sólo una no había presentado su primera menstruación, en cuanto a la edad de la menarquia osciló entre los 10 y los 13 años; siendo los 12 años la edad más frecuente (53%).

➢ Conocimientos en Sexualidad

GRAFICO No. 5



Fuente: Encuesta Anexo N° 1 y 2

Responsables: Dra. Mayra Veloz / Dra. Rosario Salem

Al investigar sobre qué se entiende por sexualidad, mediante la pregunta:

La sexualidad se refiere a:

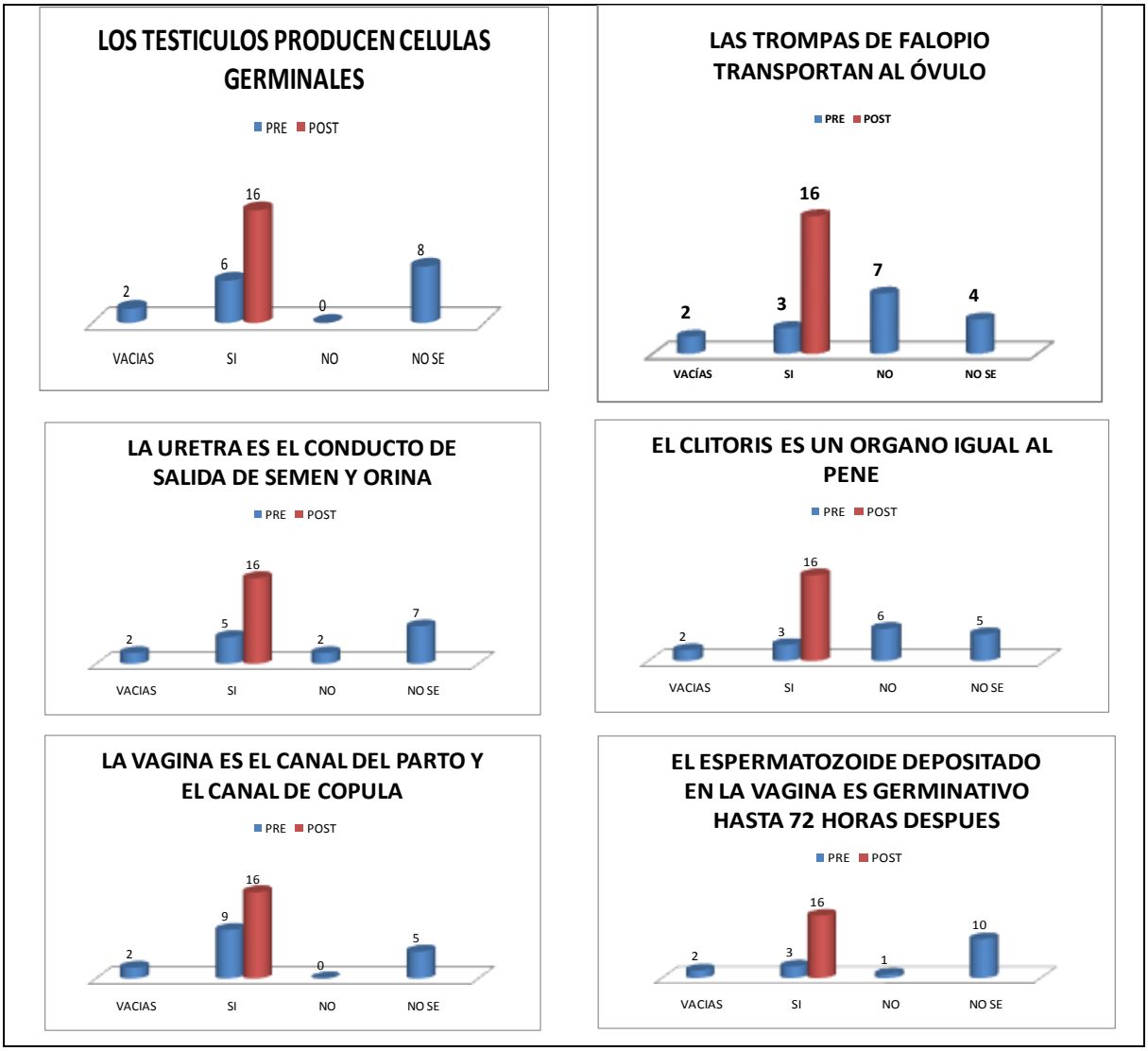
a) Las relaciones sexuales de las personas.

b) Las diferencias entre los genitales de los hombres y las mujeres.

c) Las diferentes formas de comunicarnos, sentir y llevarnos con los demás.

En la pre prueba un 31%(5) contestó que: sexualidad son las relaciones sexuales, un 19%(3) que son las diferencias genitales, un 63% (10) sospechaba que la sexualidad se refiere a las diferentes formas de comunicarnos, sentir y llevarnos con los demás, sin embargo dieron respuestas múltiples mostrando su confusión. Lo que no sucedió en la post prueba donde las estudiantes contestaron con confianza absoluta que sexualidad correspondía a la opción "c" de la pregunta, es decir a las diferentes formas de comunicarnos, sentir y llevarnos con los demás.

GRAFICO No. 6



Fuente: Encuesta Anexo N° 1 y 2

Responsables: Dra. Mayra Veloz / Dra. Rosario Salem

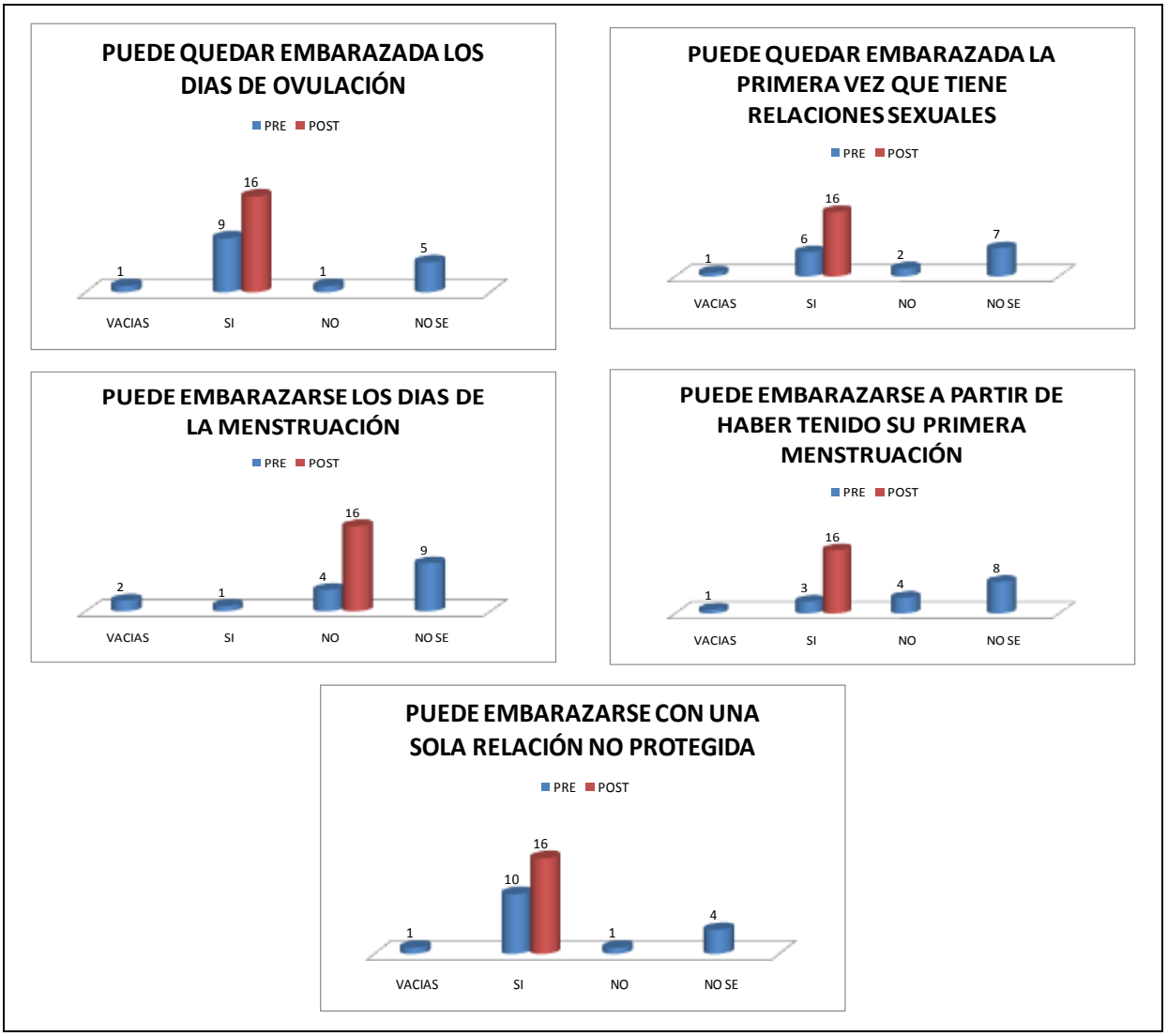
Al preguntar sobre los conocimientos que tienen de los genitales masculinos y femeninos, se utilizó la pregunta:

Acerca de los genitales masculinos y femeninos:

a) Los testículos producen espermatozoides
b) Las trompas de Falopio transportan al óvulo
c) La uretra es el conducto de salida del semen y de la orina
d) El clítoris es un órgano parecido al pene
e) La vagina es el canal del parto y el canal de la relación sexual
f) ¿El espermatozoide vive hasta 72 horas después de haber sido depositado en la vagina?

Los resultados de la aplicación del instrumento pre prueba mostraron conocimiento correcto en el 36.45%, mientras que en la post-prueba se alcanzó el 100%

GRAFICO No. 7



Fuente: Encuesta Anexo N° 1 y 2

Responsables: Dra. Mayra Veloz / Dra. Rosario Salem

Consultando sobre como la mujer puede quedar embarazada:

Una mujer puede quedar embarazada:

a) La primera vez que tiene relaciones sexuales o sea cuando es virgen

b) Los días de ovulación o días fértiles

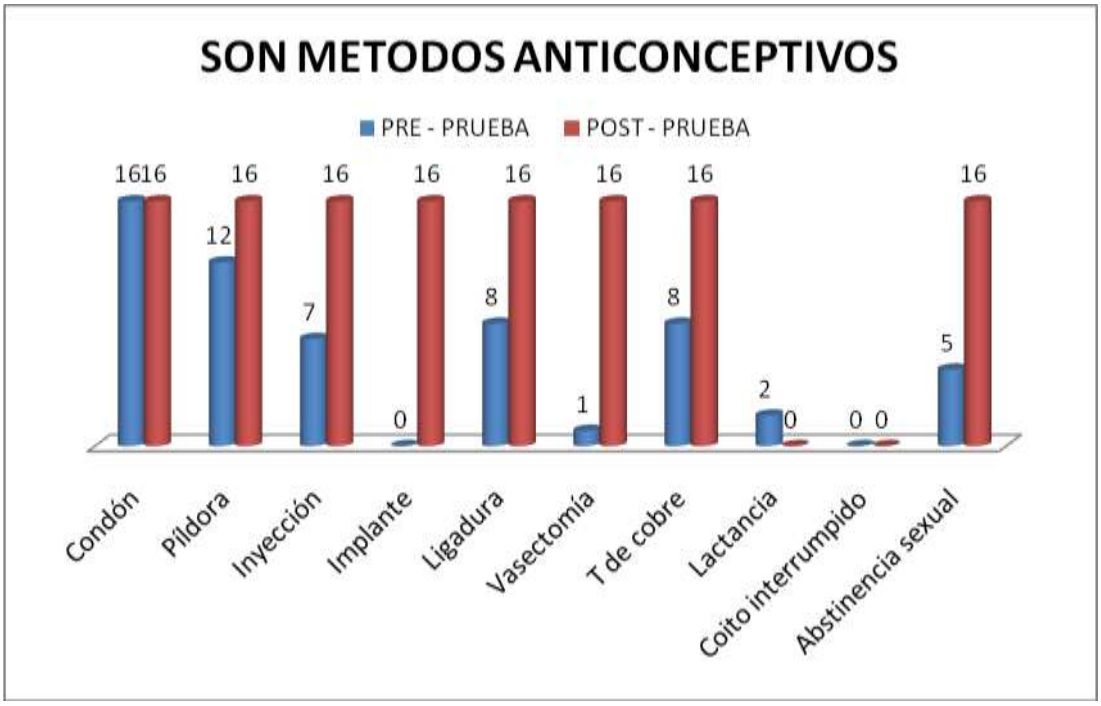
c) Los días de la menstruación

d) A partir de su primera menstruación

e) ¿Un hombre puede embarazar a una mujer en una sola relación sexual?

Los resultados muestran que un 49% de las adolescentes promotoras no sabe o no responde sobre el tema, el 17% responde de manera errada; sólo un 34% responde correctamente durante la pre prueba, a diferencia de la post prueba donde el porcentaje de respuestas correctas es igual al 100%. El gráfico No. 7 muestra los resultados por opción.

GRAFICO No. 8

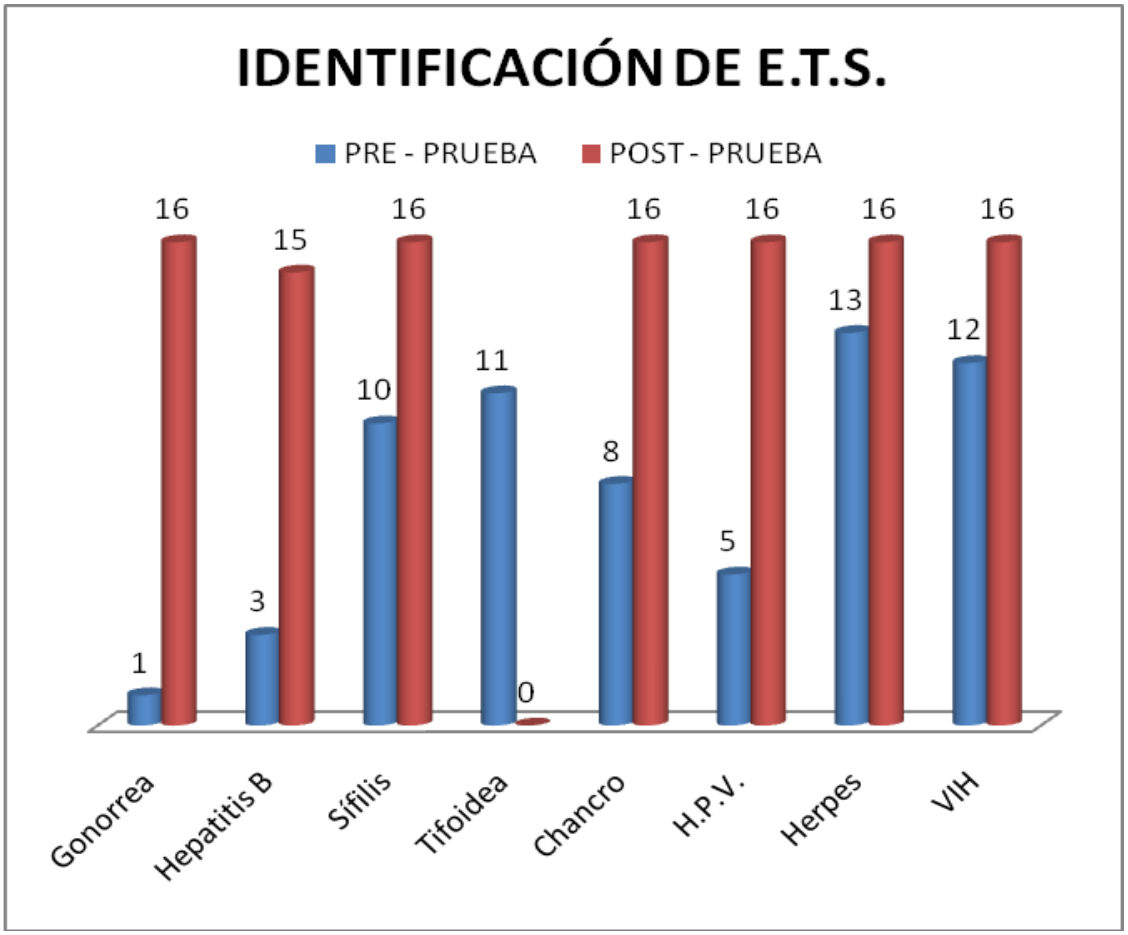


Fuente: Encuesta Anexo N° 1 y 2
Responsables: Dra. Mayra Veloz / Dra. Rosario Salem

Al indagar sobre el conocimiento de métodos anticonceptivos seguros para evitar el embarazo no deseado se les dio a elegir entre diez opciones.

Los resultados pre prueba permiten observar que el 81% de las estudiantes reconocía principalmente cuatro métodos (condón, píldoras, ligadura, “T” de cobre), en total se registró un 54.37% de conocimiento correcto. La post prueba demostró que todas las adolescentes promotoras señalaron de manera correcta los métodos para no quedar embarazada.

GRAFICO No. 9

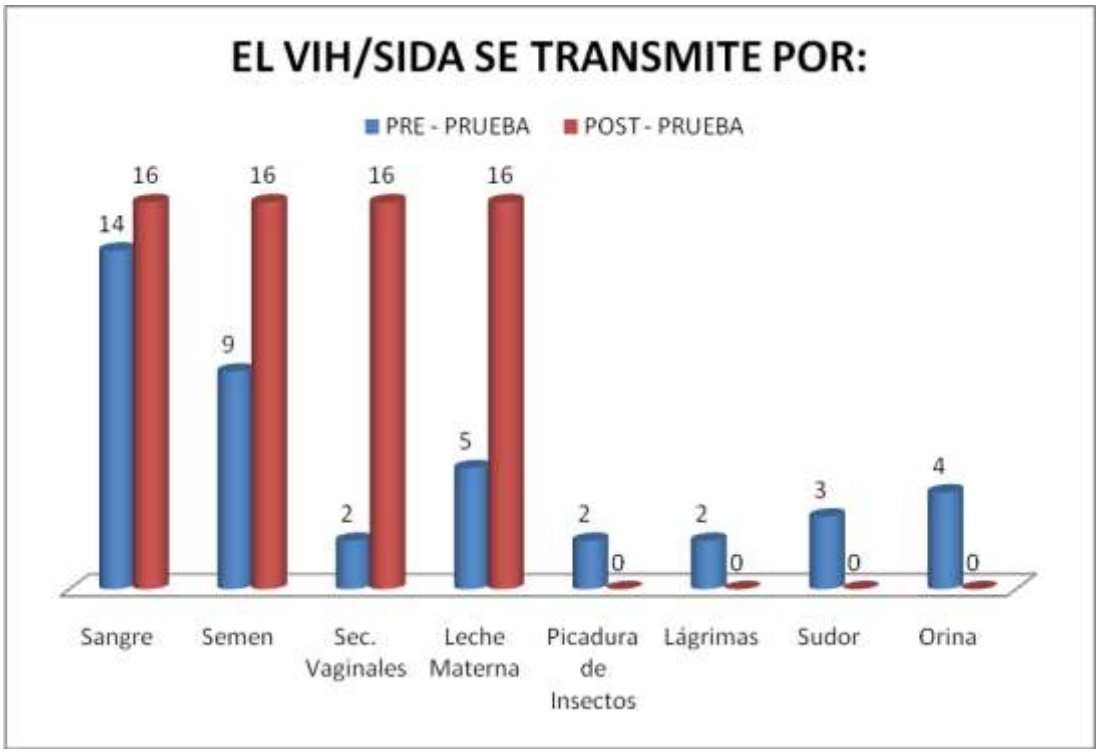


Fuente: Encuesta Anexo N° 1 y 2

Responsables: Dra. Mayra Veloz / Dra. Rosario Salem

En la pre prueba las alumnas identificaban entre una y tres ETS, reflejando dudas en sus respuestas mientras que después de la intervención las promotoras líderes reconocieron claramente las ETS.

GRAFICO N° 10



Fuente: Encuesta Anexo N° 1 y 2

Responsables: Dra. Mayra Veloz / Dra. Rosario Salem

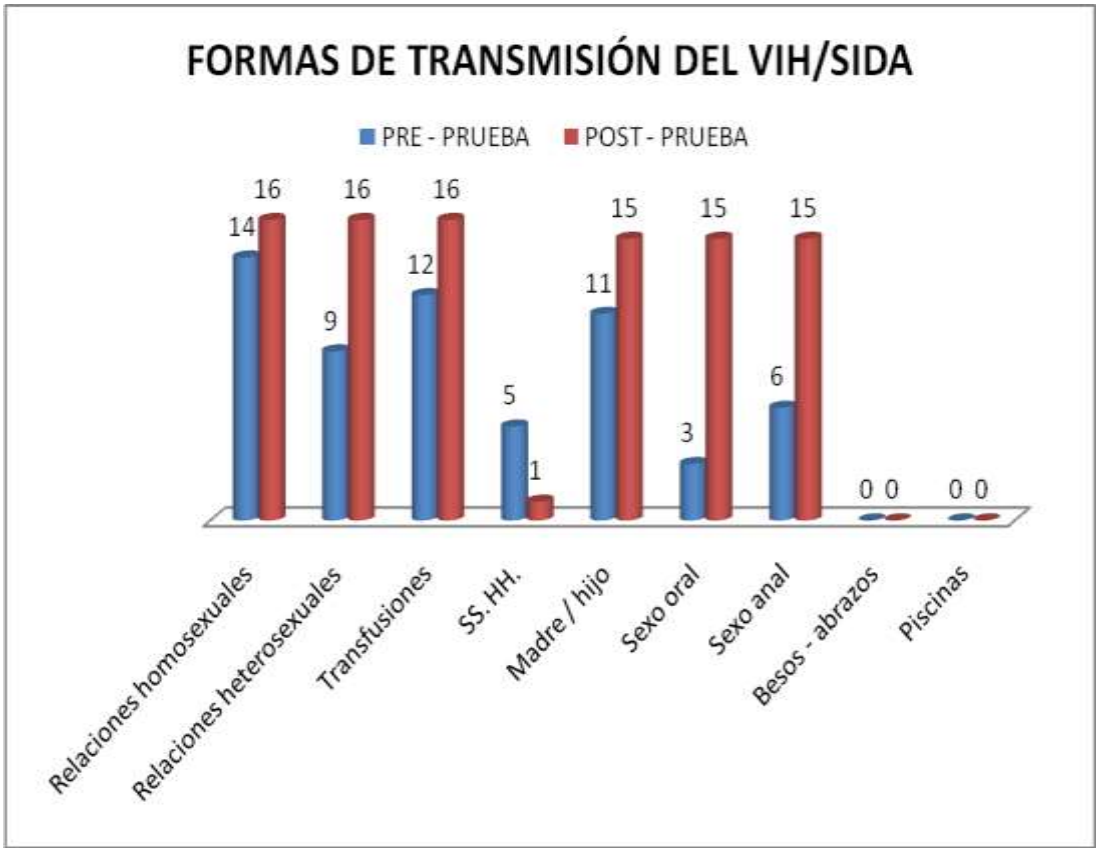
A la pregunta:

El VIH/SIDA se transmite por:

Los resultados indican que en la pre prueba un 88% de las estudiantes reconocen que la sangre SI transmite el VIH. Un 68,75% identifica en forma incorrecta a otros fluidos orgánicos como responsables de la infección por VIH.

En la post prueba en cambio el 100% de las estudiantes conoce correctamente los fluidos corporales que transmiten el VIH.

GRAFICO N° 11



Fuente: Encuesta Anexo N° 1 y 2

Responsables: Dra. Mayra Veloz / Dra. Rosario Salem

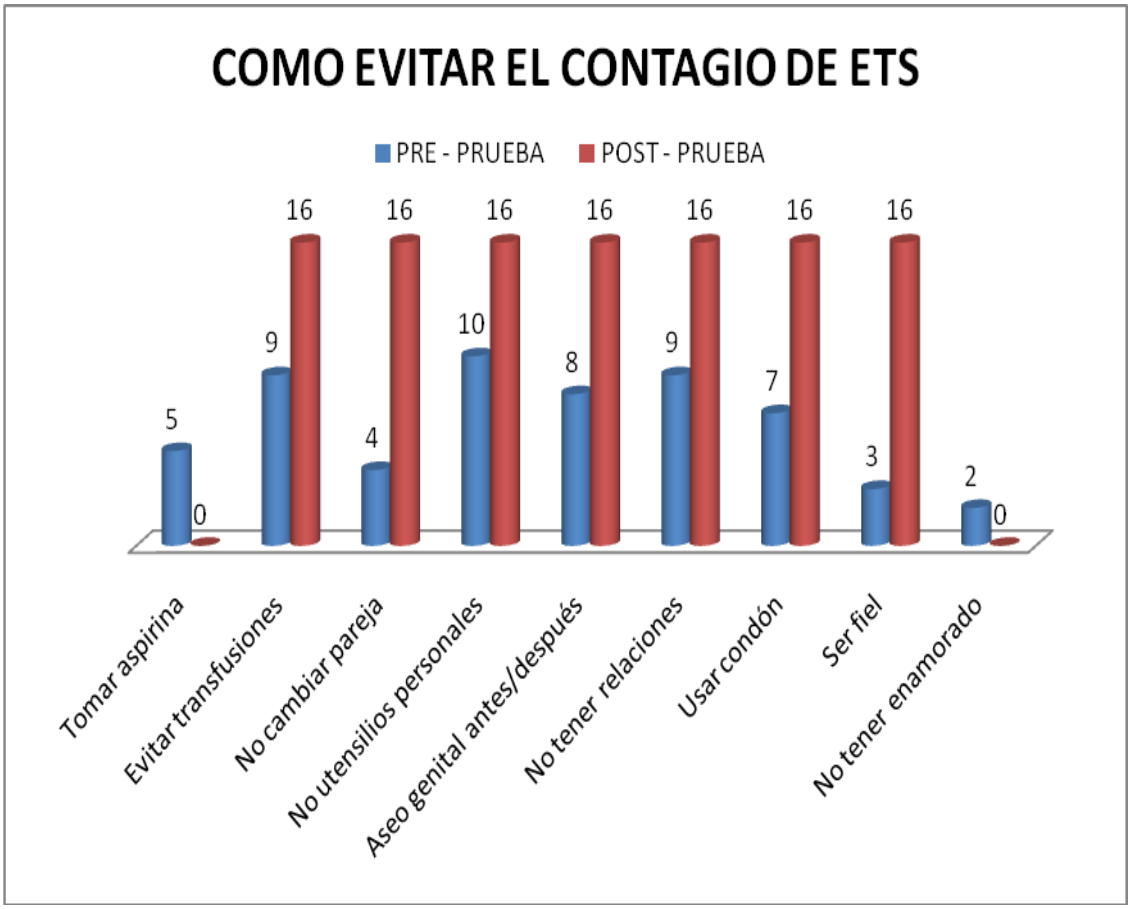
En la pregunta:

Son formas de transmisión del VIH/SIDA:

Los resultados demostraron que el 56% reconoce a las relaciones homosexuales como forma de transmisión del VIH, apenas un 18.75% conoce que las relaciones sexuales orales si transmiten VIH.

En la encuesta post prueba las estudiantes identificaron correctamente todas las formas de transmisión del VIH/SIDA.

GRAFICO N° 12



Fuente: Encuesta Anexo N° 1 y 2

Responsables: Dra. Mayra Veloz / Dra. Rosario Salem

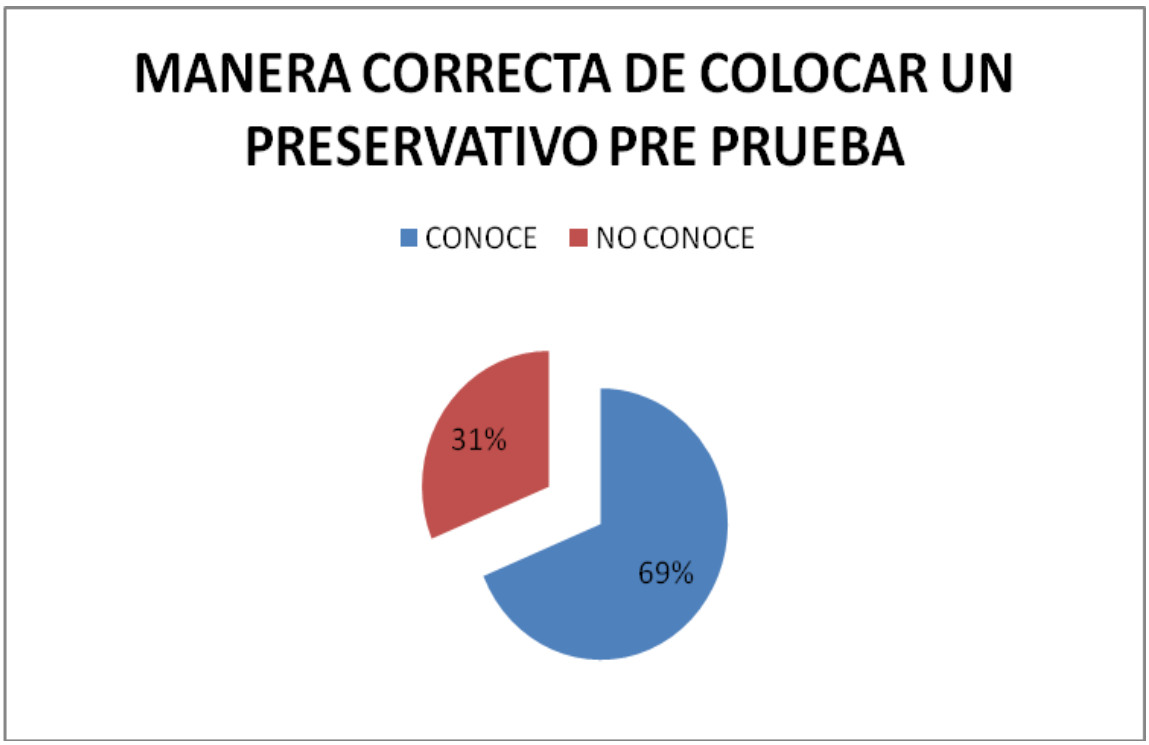
Para la interrogación:

Son formas de evitar el contagio de una ETS:

En la pre prueba se puede observar claramente que el 31% de las estudiantes piensa que se puede evitar el contagio de una ETS tomando aspirina, mientras que en la post prueba las 16 estudiantes afirman que eso es falso, una ETS no se evita tomando aspirina. Apenas un 25% conoce que el no cambiar de pareja sexual frecuentemente es un factor de prevención ante una ETS.

En la post-prueba las 16 adolescentes promotoras reconocían claramente las formas de evitar las enfermedades de transmisión sexual.

GRAFICO N° 13

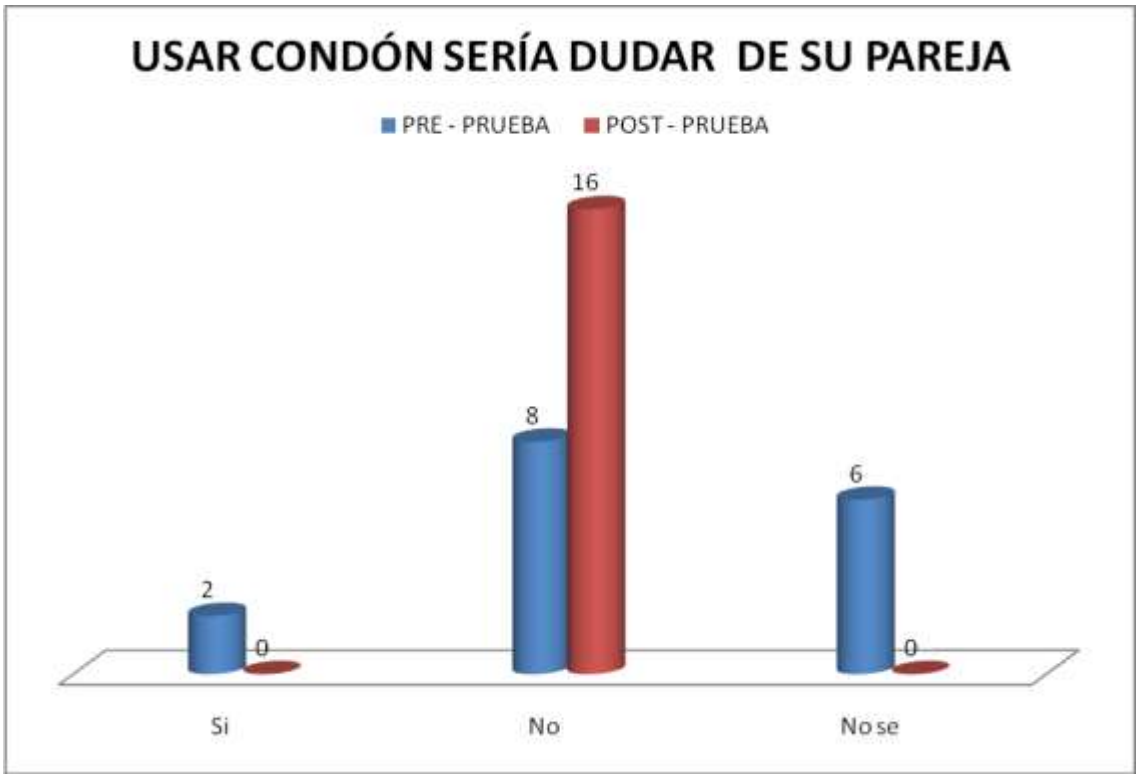


Fuente: Encuesta Anexo N° 1
Responsables: Dra. Mayra Veloz / Dra. Rosario Salem

Sobre la pregunta si las estudiantes conocen la manera correcta de colocar un condón la pre prueba indica el 69% (11) si conoce, mientras que en la post prueba el 100% (16) afirma conocer la manera correcta de utilizar un preservativo.

- **Actitudes sexuales**

GRAFICO N° 14



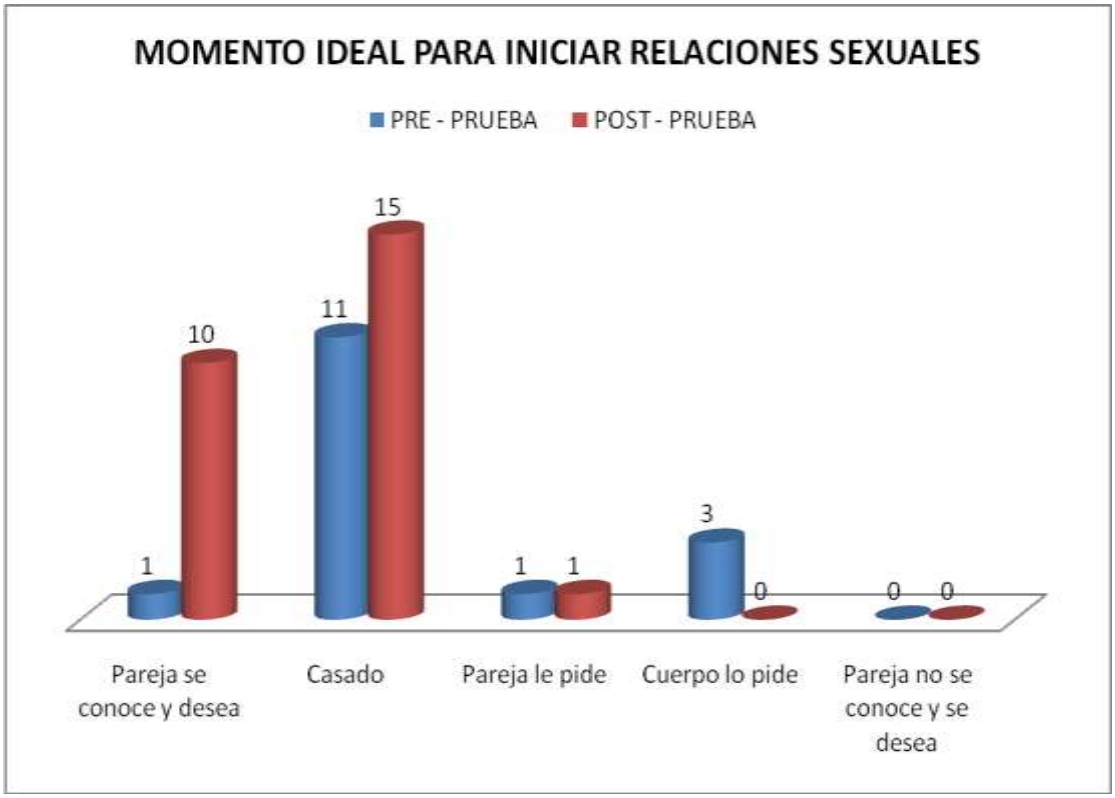
Fuente: Encuesta Anexo N° 1 y 2

Responsables: Dra. Mayra Veloz / Dra. Rosario Salem

¿Cree que el proponer el uso de condón en sus relaciones sexuales sería dudar de su pareja y le restaría romanticismo al momento?

Un 50% (8) de las estudiantes contestaron que no en la pre prueba, un 13% (2) opinó que sería dudar de su pareja, y un 38% (6) no sabía que responder. En la post prueba el 100% respondió que el proponer el uso de preservativo en una relación no sería dudar de la pareja.

GRAFICO N° 15



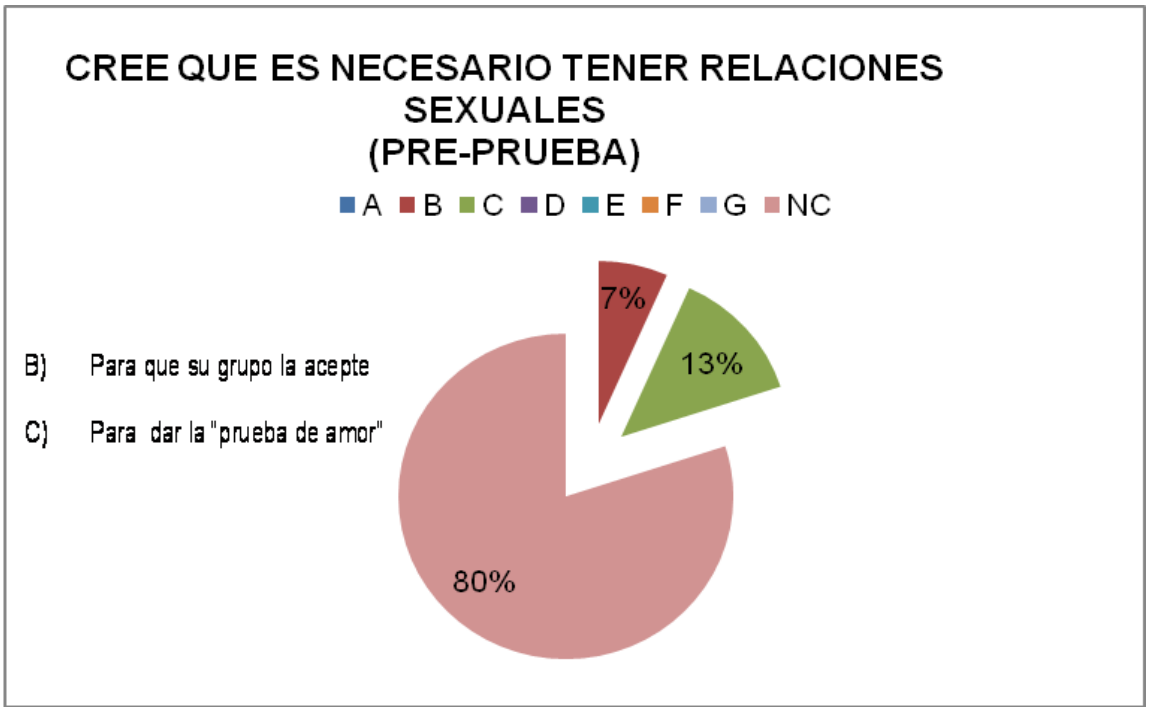
Fuente: Encuesta Anexo N° 1 y 2

Responsables: Dra. Mayra Veloz / Dra. Rosario Salem

Al consultar sobre el momento ideal para iniciar las relaciones sexuales:

Las respuestas de la pre prueba muestra que un 69% asume que cuando la pareja está casada, y en la post prueba un 94% cree que cuando la pareja está casada. Llama la atención que la opción “cuando la pareja se conoce y se desea” que registró en la pre-prueba apenas un 6% se elevó en la post prueba a un 63%.

GRAFICO N° 16



Fuente: Encuesta Anexo N° 1

Responsables: Dra. Mayra Veloz / Dra. Rosario Salem

A la pregunta:

Cree que es necesario tener relaciones sexuales

a) Porque está de moda

b) Para que su grupo la acepte

c) Para dar la "prueba de amor"

d) Para encontrar placer

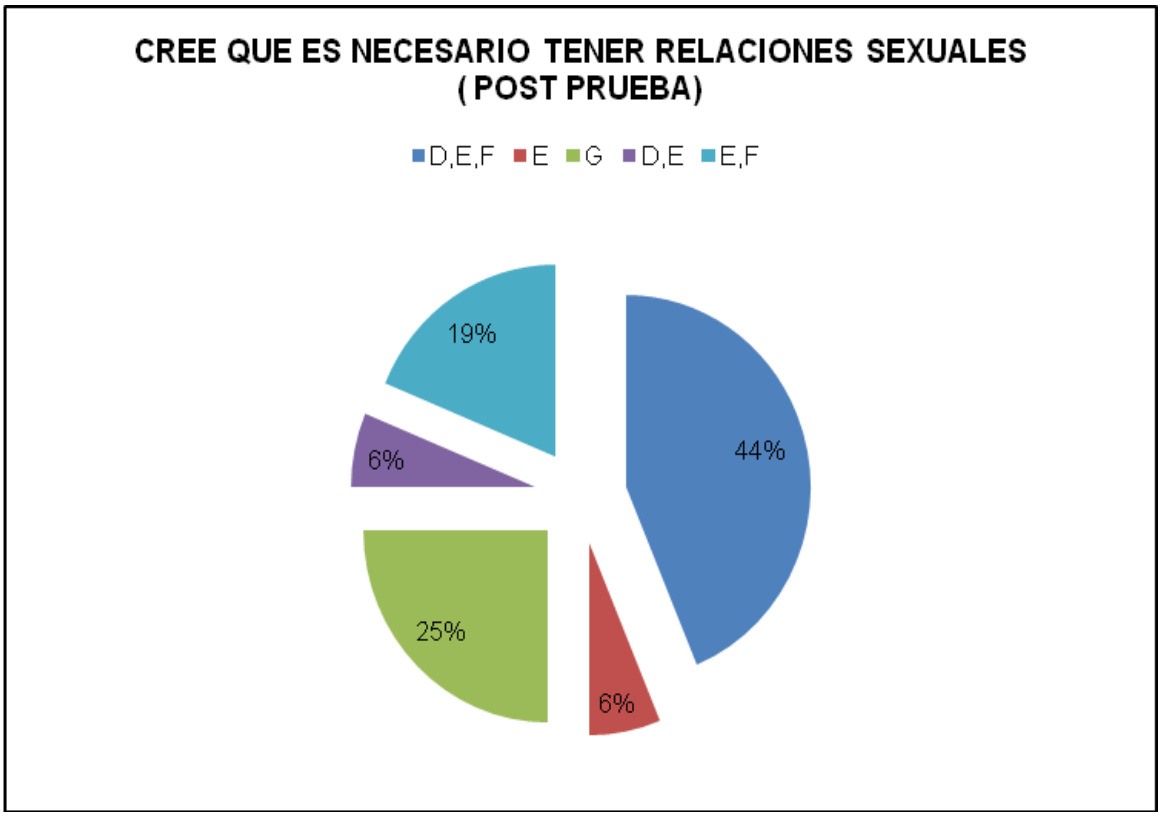
e) Porque ya desea ser madre

f) Para encontrar afecto

g) Ninguna de las anteriores explique su razón

En la pre prueba el 80% no contesta, el 7% refiere para que su grupo la acepte y un 13% para dar la "prueba de amor"

GRAFICO N° 17

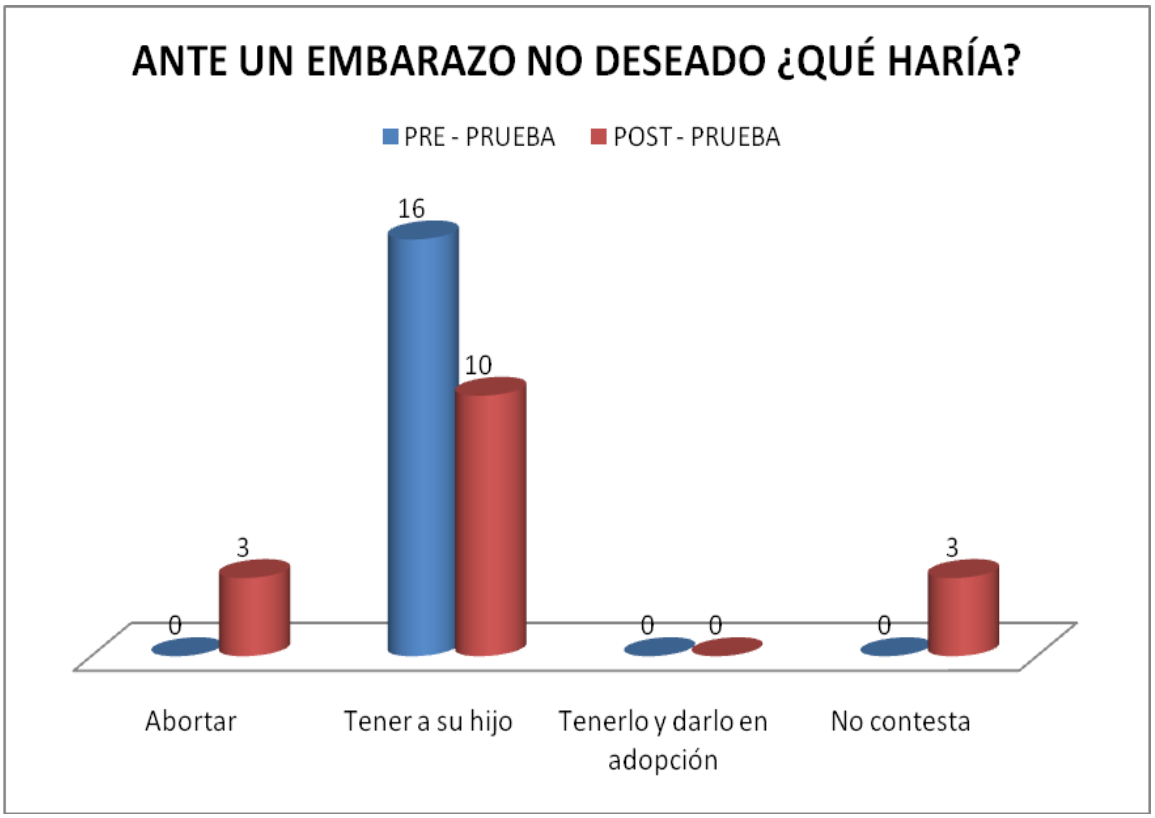


Fuente: Encuesta Anexo N° 2

Responsables: Dra. Mayra Veloz / Dra. Rosario Salem

En la post prueba en cambio las respuestas varían como muestra este gráfico.

GRAFICO N° 18



Fuente: Encuesta Anexo N° 1 y 2

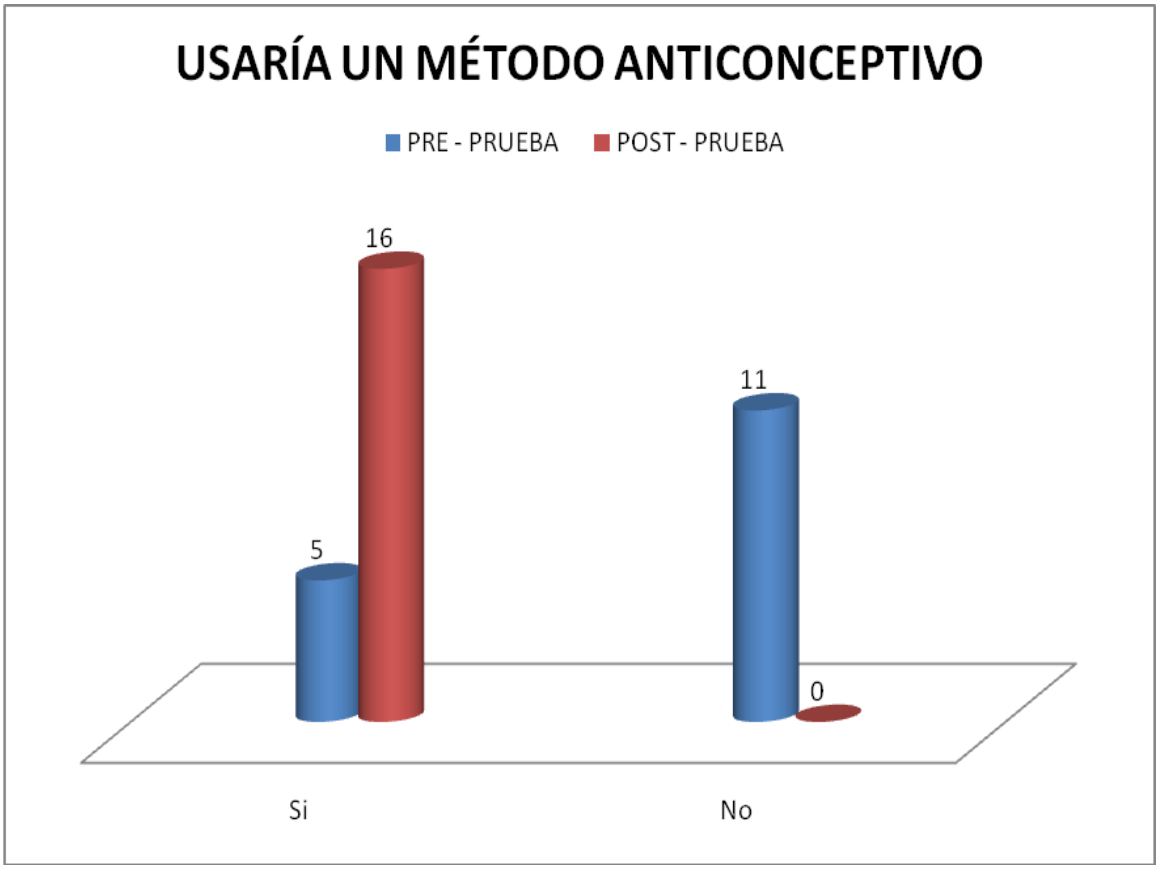
Responsables: Dra. Mayra Veloz / Dra. Rosario Salem

Sobre la pregunta:

Si se encuentra ante un embarazo no deseado ¿Qué haría?

En la pre prueba el 100% contestó que tendría a su hijo y saldría adelante, en la post prueba el 63% opinó que tendría a su hijo y saldría adelante, un 13% opinó que abortaría y un 13% no contestó.

GRAFICO 19



Fuente: Encuesta Anexo N° 1 y 2

Responsables: Dra. Mayra Veloz / Dra. Rosario Salem

Sobre:

Utilizaría un método anticonceptivo si decide iniciar relaciones sexuales?

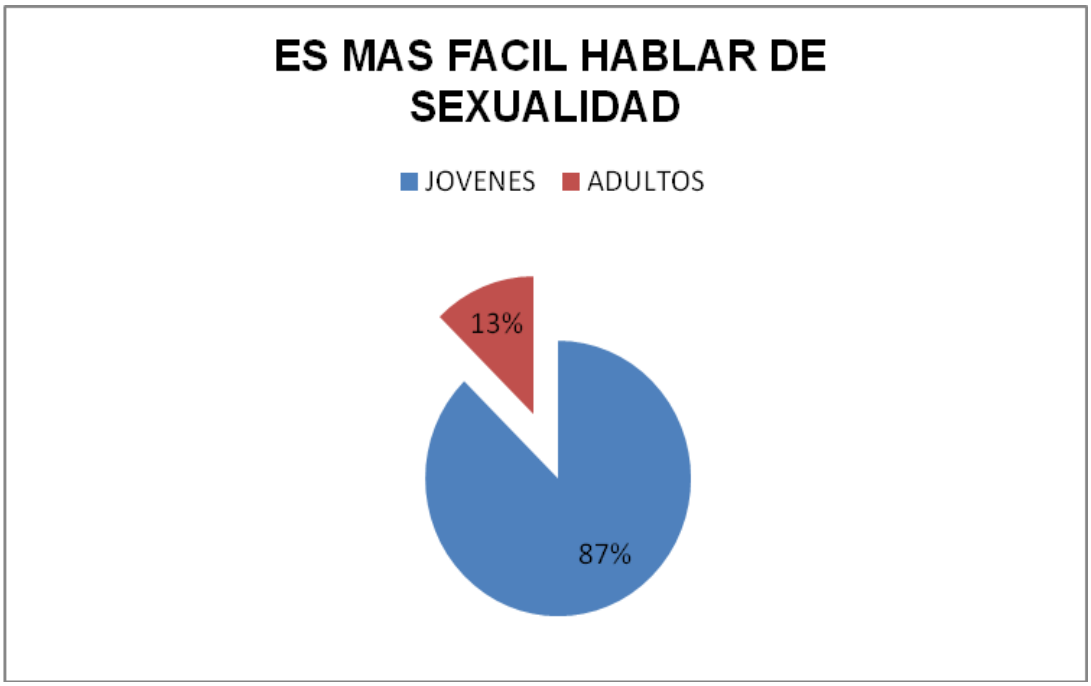
Las estudiantes responden SI en un 31% en la pre prueba frente a un 100% que responde SI en la post prueba.

➢ Prácticas sexuales

El 100% de las estudiantes promotoras líderes declara no haber tenido su primera relación sexual ni haber sido víctima de abuso sexual, resultados que se mantuvieron en la post prueba.

➢ Fuentes de Información

GRAFICO N° 20



Fuente: Encuesta Anexo N° 1

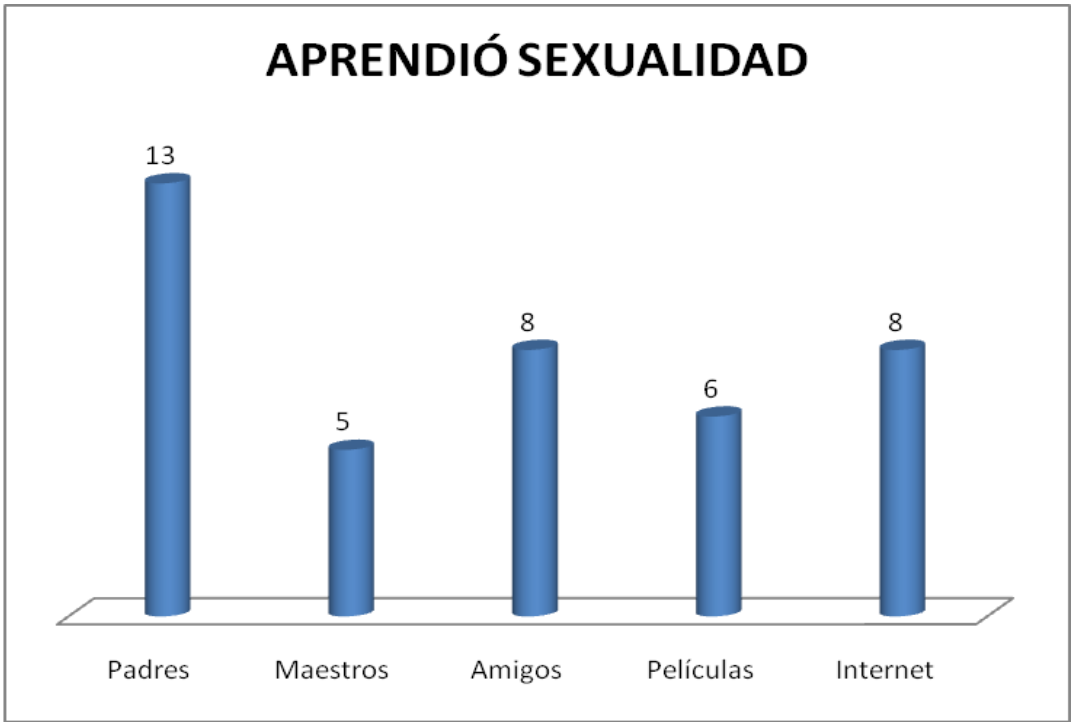
Responsables: Dra. Mayra Veloz / Dra. Rosario Salem

A la pregunta que indaga:

Con quién se le hace más fácil hablar los temas de sexualidad

Al 88% le resulta más fácil hablar entre pares.

GRAFICO N° 21



Fuente: Encuesta Anexo N° 1 y 2

Responsables: Dra. Mayra Veloz / Dra. Rosario Salem

A la pregunta:

Lo que sabe acerca de sexualidad lo aprendió de

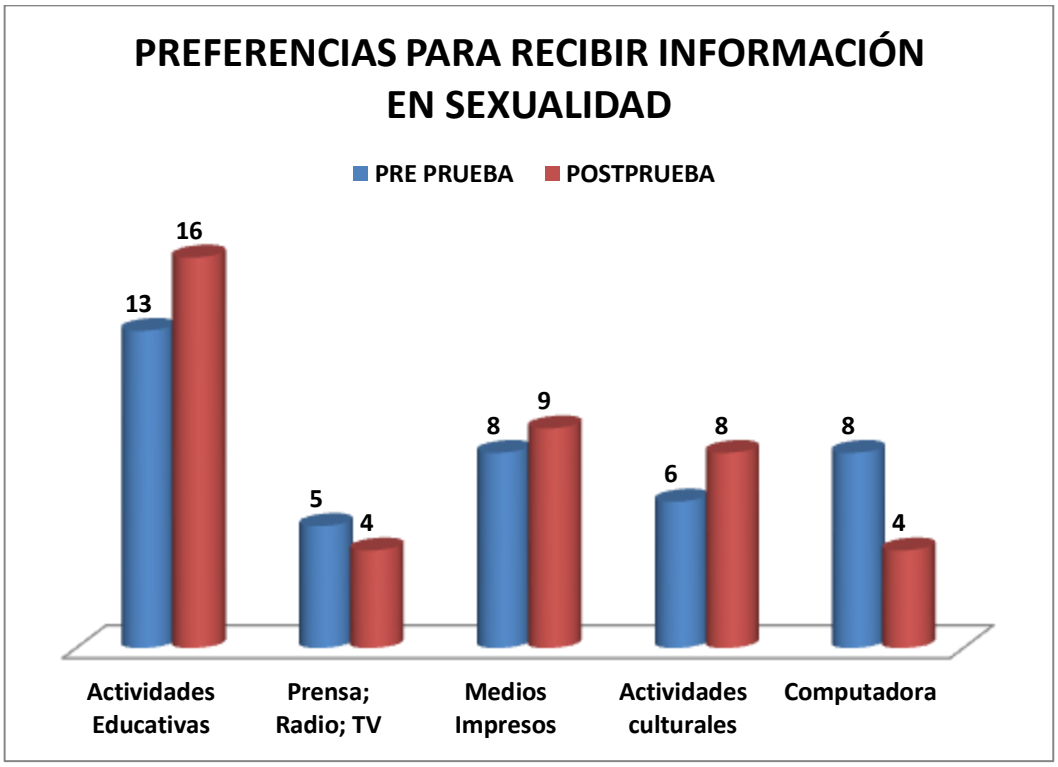
Un 81.25% dice haber aprendido de sus padres, 50% afirma haber aprendido con sus amigas (os) y mediante Internet, un 37.5% mediante películas o revistas para adultos y un 31,25% en el colegio con sus maestros.

A la pregunta:

Si le gustaría seguir recibiendo información sobre sexualidad

En la pre-prueba y en la post prueba el 100% de las alumnas responde que sí.

GRAFICO N° 22



Fuente: Encuesta Anexo N° 1 y 2

Responsables: Dra. Mayra Veloz / Dra. Rosario Salem

En relación a:

¿Cómo preferiría recibir información sobre sexualidad?

a) Actividades educativas (cursos, talleres, conferencias)

b) Prensa, radio o televisión (noticias, programas)

c) Medios impresos (folletos, trípticos, afiches)

d) Actividades culturales (Pintura, teatro, poesía, música, videos)

e) Computadora (páginas Web, correo electrónico, material multimedia)

En la pre prueba el 81% prefiere recibir la información en educación de la sexualidad mediante actividades educativas (talleres), y un 50% le gustaría recibir información utilizando nuevas tecnologías. En la post prueba el 100%

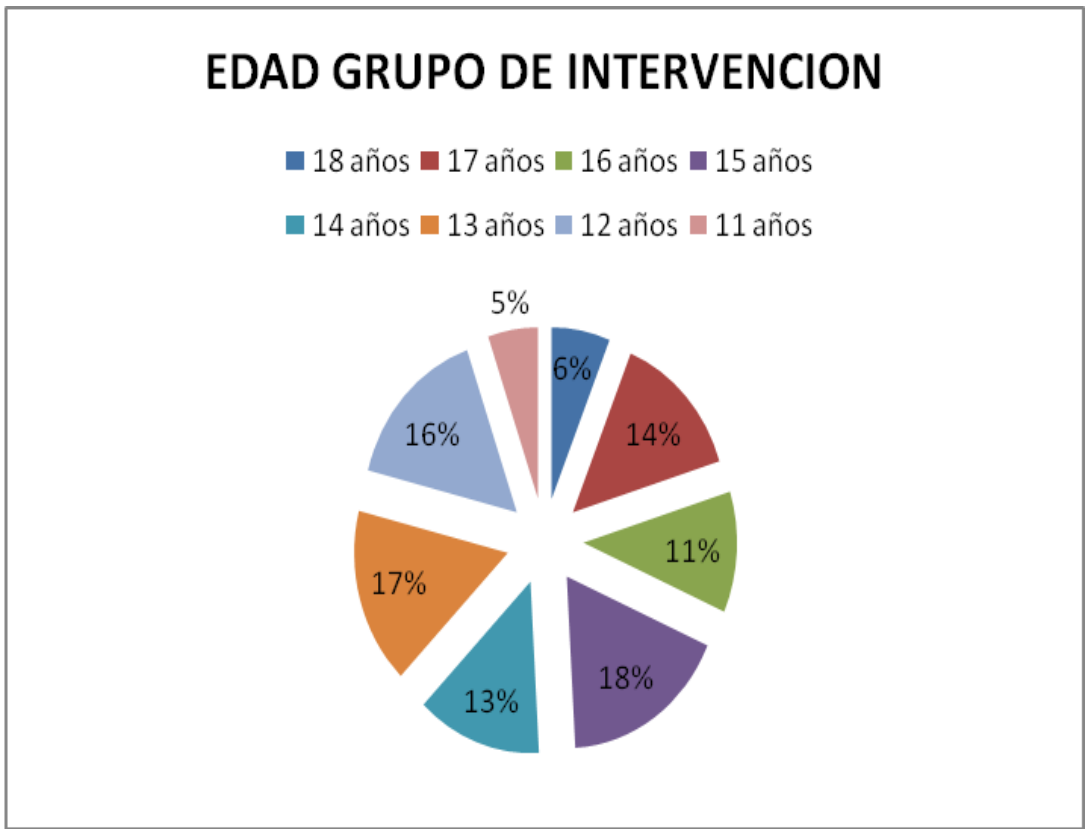
manifestó su preferencia por las actividades educativas y un descenso de utilización de nuevas tecnologías como Internet, correo electrónico etc.

RESULTADOS PRE PRUEBA / POST PRUEBA EN EL GRUPO DE INTERVENCIÓN

Los resultados a continuación presentan los conocimientos, actitudes y prácticas de las 114 estudiantes de la muestra durante la réplica.
Los instrumentos aplicados fueron los mismos que se utilizaron con las promotoras adolescentes líderes (Anexos Nº 1 y Nº 2).

- **Aspectos Generales**

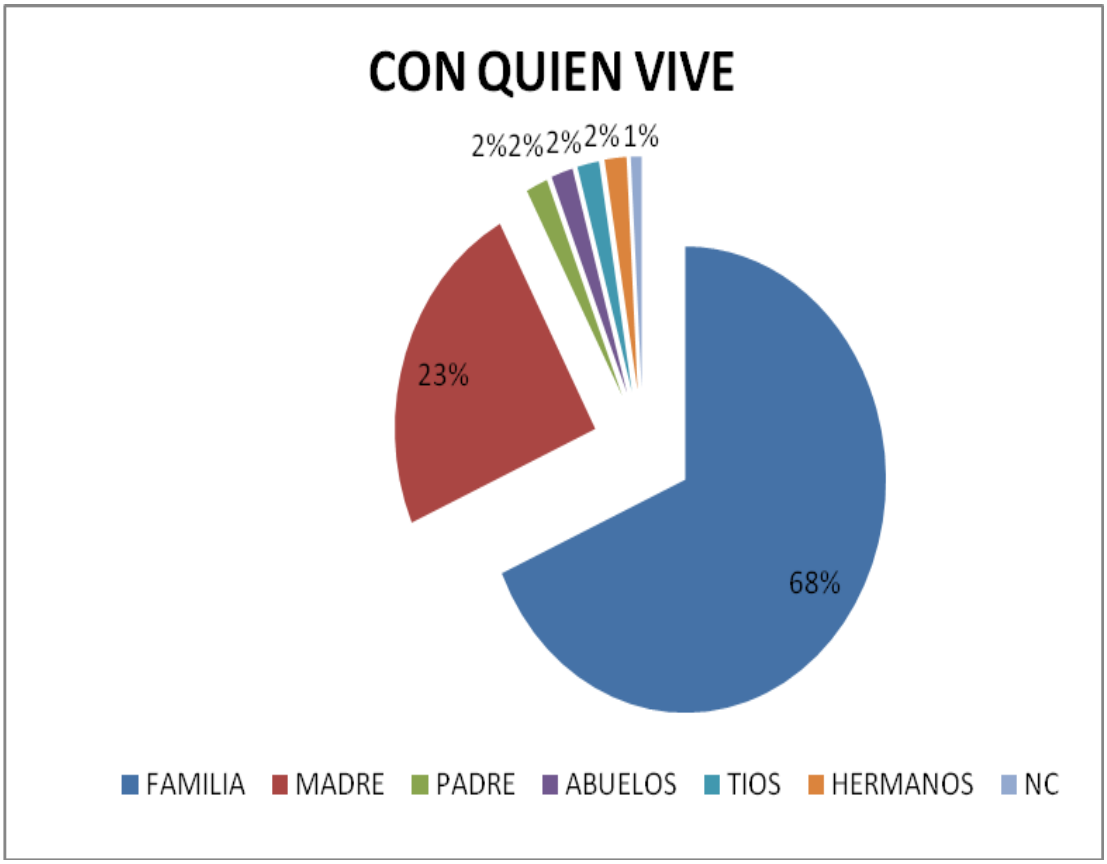
GRAFICO N° 23



Fuente: Encuesta Anexo N° 1
Responsables: Dra. Mayra Veloz / Dra. Rosario Salem

La edad de las estudiantes varía entre los 11 y 18 años, la mediana corresponde a los 14 años.

GRAFICO No. 24

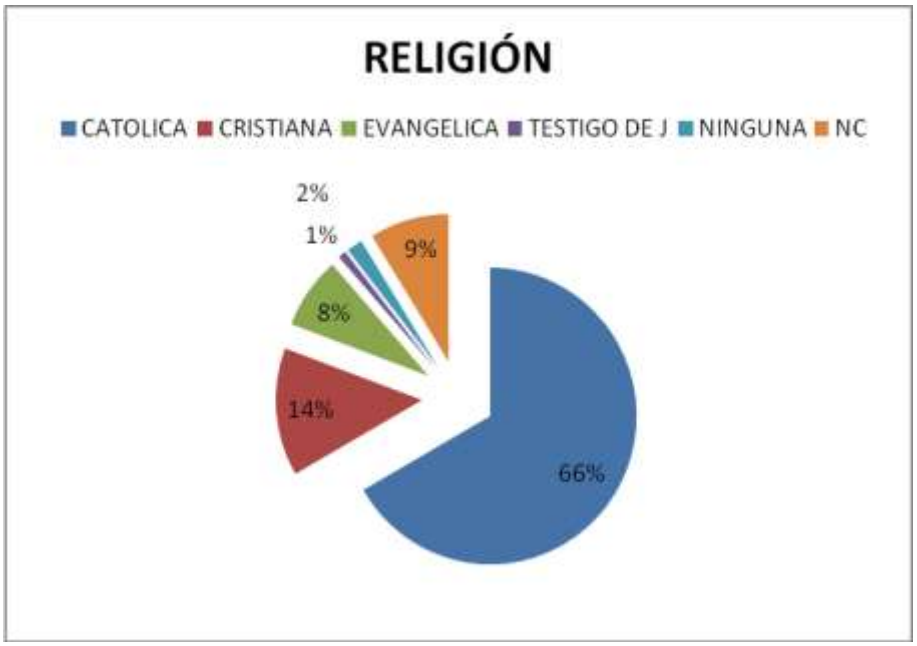


Fuente: Encuesta Anexo N° 2

Responsables: Dra. Mayra Veloz / Dra. Rosario Salem

En relación a con quien vive, el 68% vive con padre y madre (familia), el 23% vive con la madre y el porcentaje restante vive con algún familiar cercano.

GRAFICO No. 25

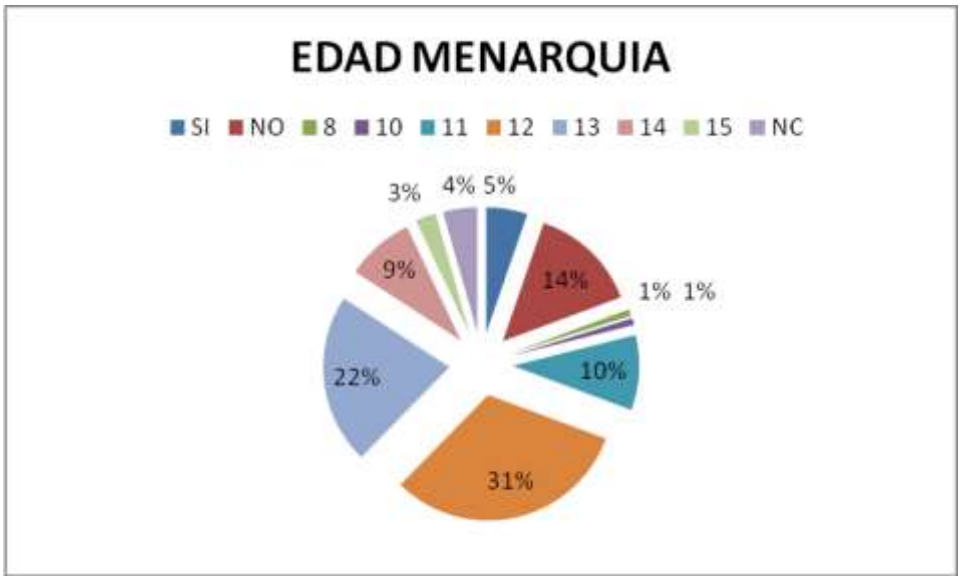


Fuente: Encuesta Anexo N° 2

Responsables: Dra. Mayra Veloz / Dra. Rosario Salem

La religión más común es la católica con un 66%.

GRAFICO No. 26



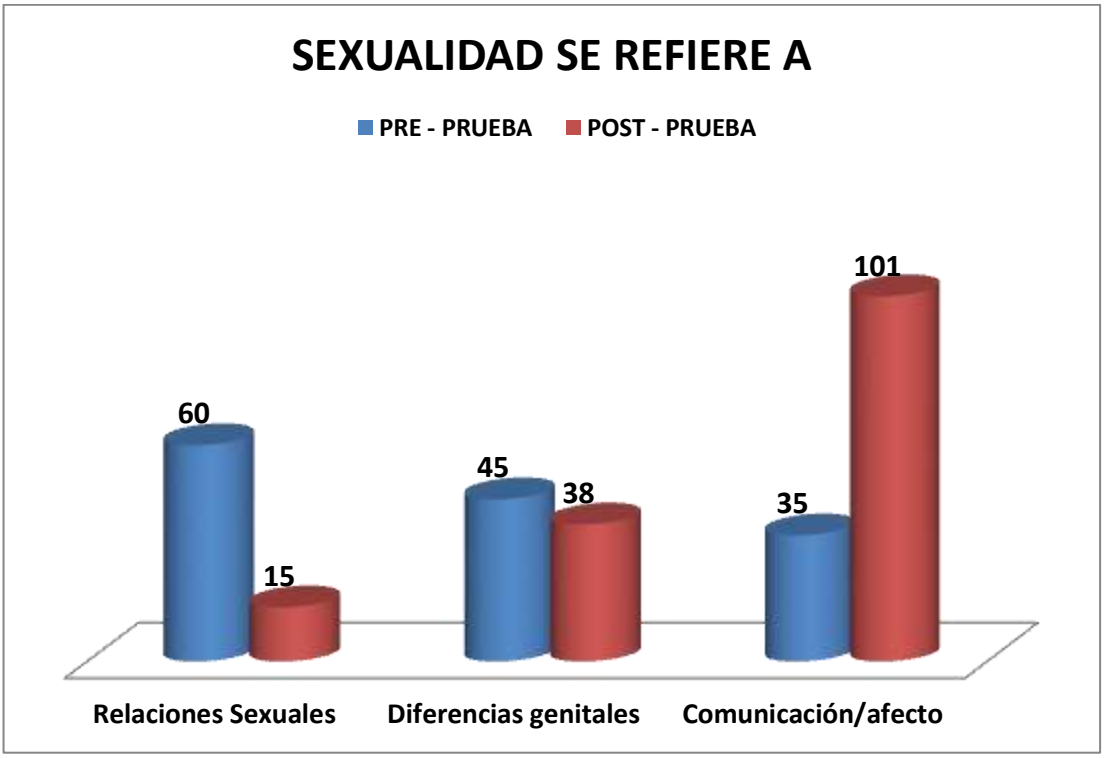
Fuente: Encuesta Anexo N° 2

Responsable: Dra. Mayra Veloz / Dra. Rosario Salem

De las 114 adolescentes, el 14% aún no ha menstruado, la edad más frecuente de la menarquia corresponde a los 12 años.

➢ Conocimientos en Sexualidad

GRAFICO No. 27



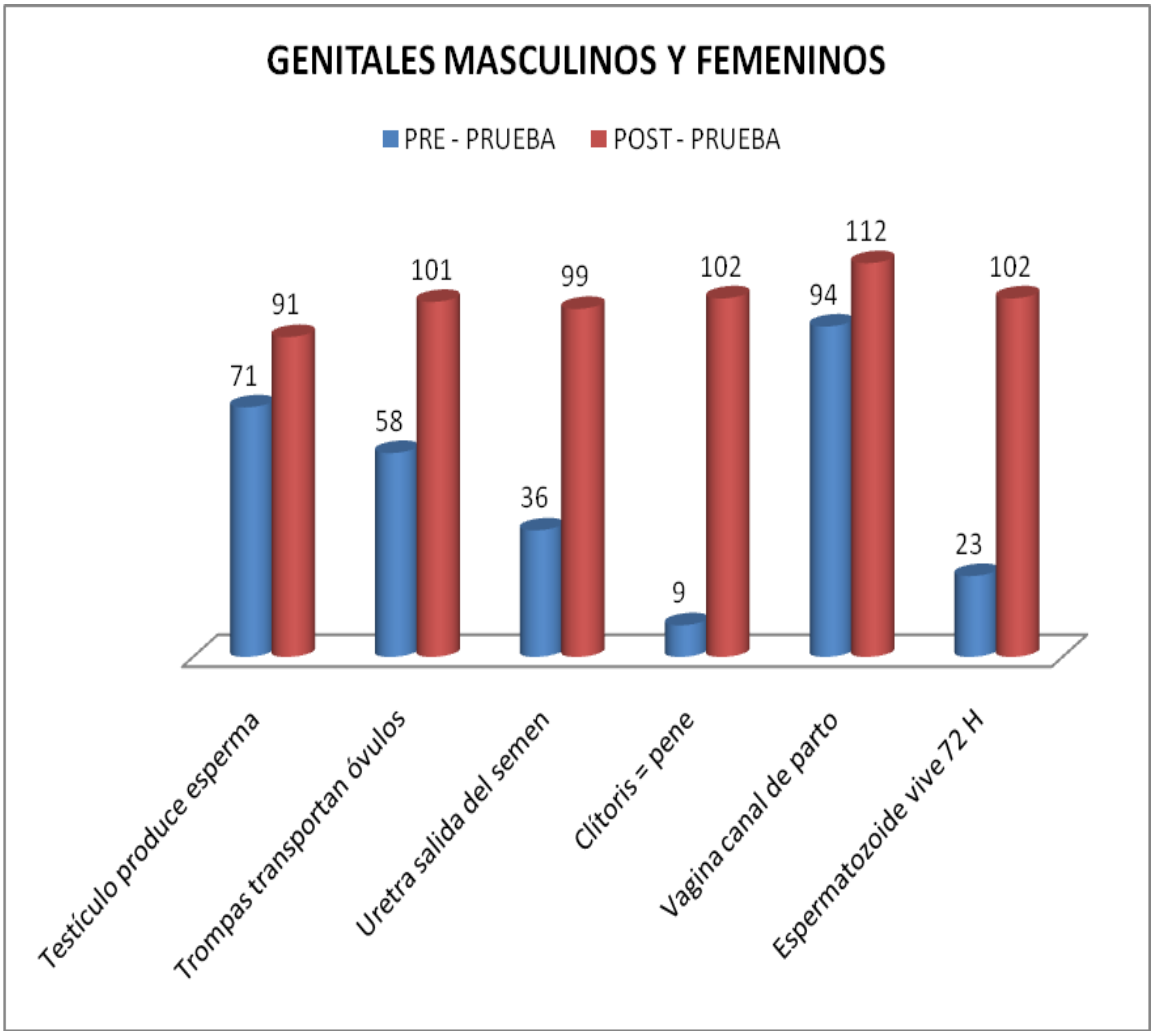
Fuente: Encuesta Anexo N° 1 y 2

Responsables: Dra. Mayra Veloz / Dra. Rosario Salem

Al investigar sobre qué se entiende por sexualidad, mediante la pregunta: *La sexualidad se refiere a:*

En la pre prueba un 52, 63% de las adolescentes asume que la sexualidad se refiere tan solo a las relaciones sexuales, un 30% contestó que sexualidad se refiere a las diferentes formas de comunicarnos, sentir y llevarnos con los demás, mientras que en la post prueba un 88,59 % contestó la opción c.

GRAFICO No. 28



Fuente: Encuesta Anexo N° 1 y 2

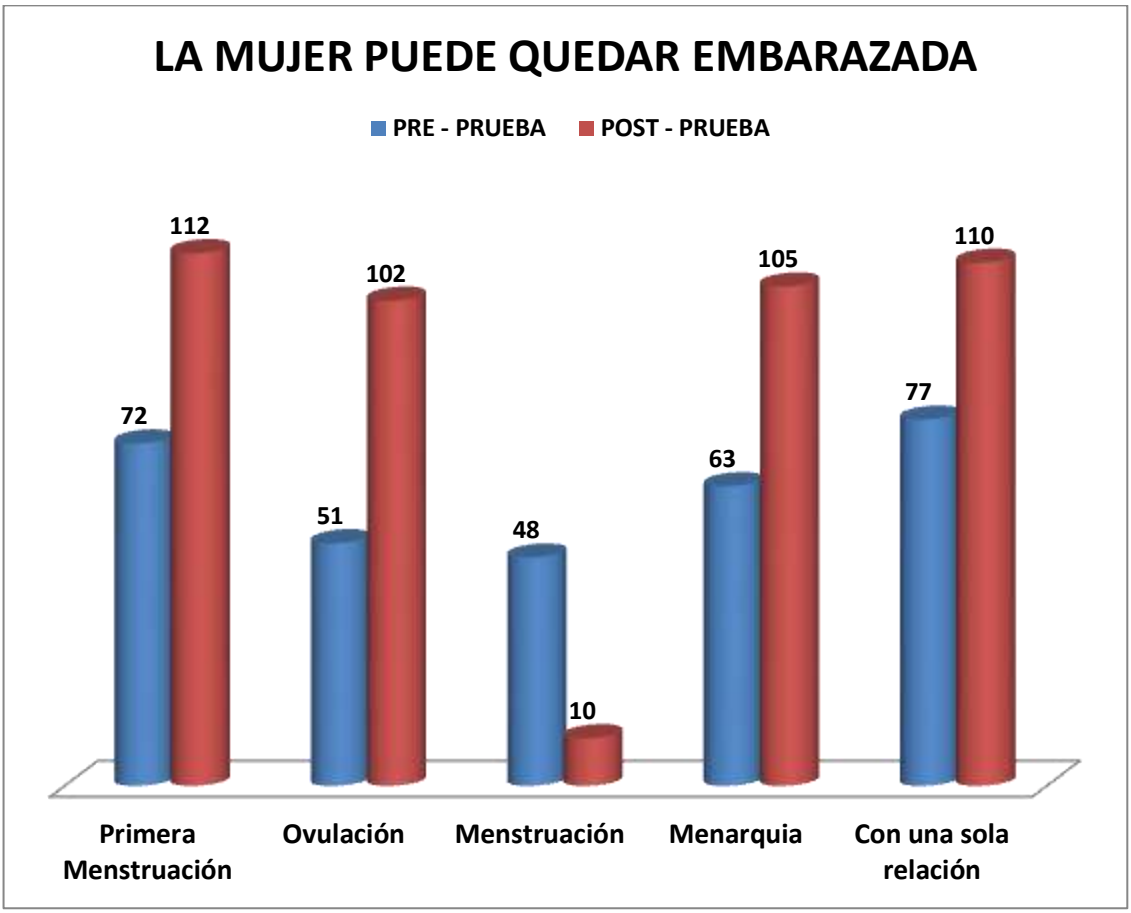
Responsables: Dra. Mayra Veloz / Dra. Rosario Salem

Al preguntar sobre los conocimientos propios que tienen sobre los genitales masculinos y femeninos, se utilizó la pregunta:

Acerca de los genitales masculinos y femeninos:

Los resultados de la aplicación de los instrumentos pre prueba mostraron un 42.5% de conocimiento correcto. Mientras que la post prueba reflejó conocimientos seguros y certeros en un 88.73%

GRAFICO No. 29



Fuente: Encuesta Anexo N° 1 y 2

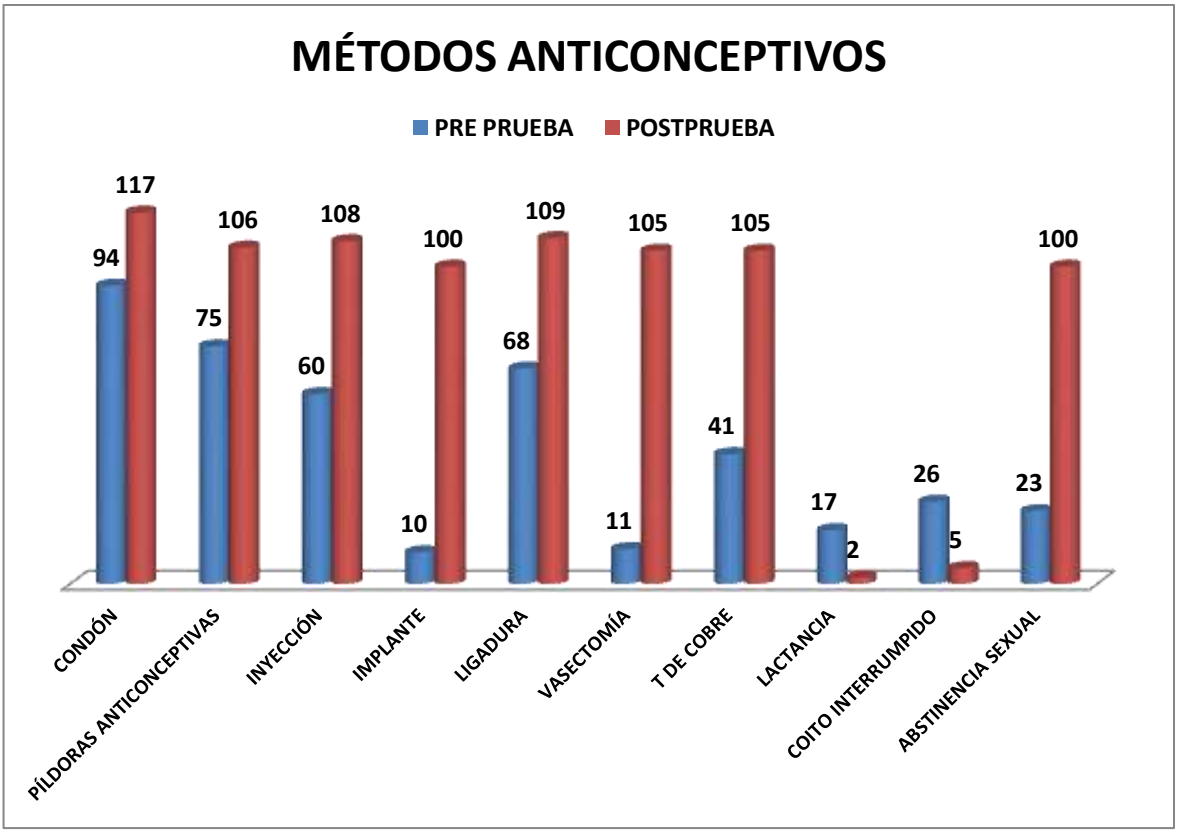
Responsables: Dra. Mayra Veloz / Dra. Rosario Salem

Consultando sobre como la mujer puede quedar embarazada mediante:

Una mujer puede quedar embarazada:

Los resultados de la pre- prueba muestran que un 57.71% de las adolescentes conoce en forma adecuada sobre el tema, en tanto que en la post-prueba se observó que el 93.5% alcanzó el conocimiento correcto.

GRAFICO No. 30.



Fuente: Encuesta Anexo N° 1 y 2

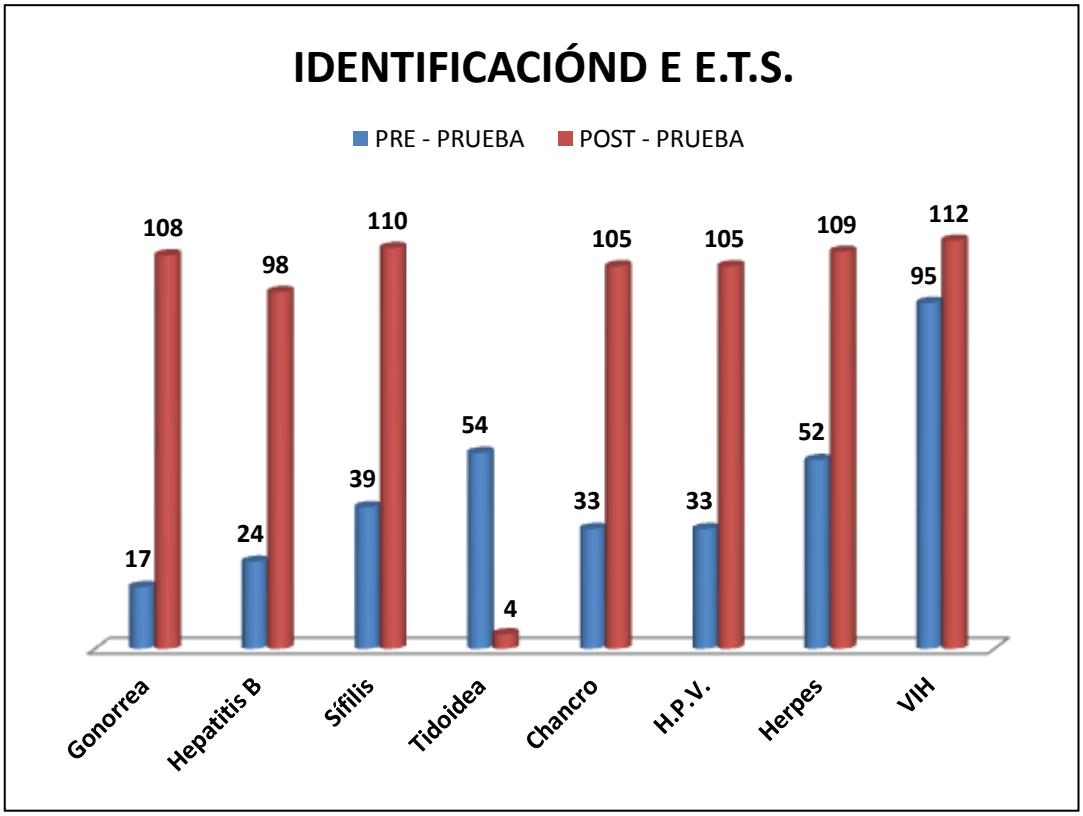
Responsables: Dra. Mayra Veloz / Dra. Rosario Salem

Al verificar qué métodos anticonceptivos son seguros para evitar un embarazo no deseado se les dio a elegir entre diez opciones.

En la pre prueba las estudiantes reconocen al condón en 82,45% y las píldoras en un 65.78% principalmente como métodos anticonceptivos. En general se demostró un 49.70% de conocimiento correcto

En la post prueba las estudiantes reconocen sin problema todos los métodos anticonceptivos en un 93.68%

GRAFICO No. 31

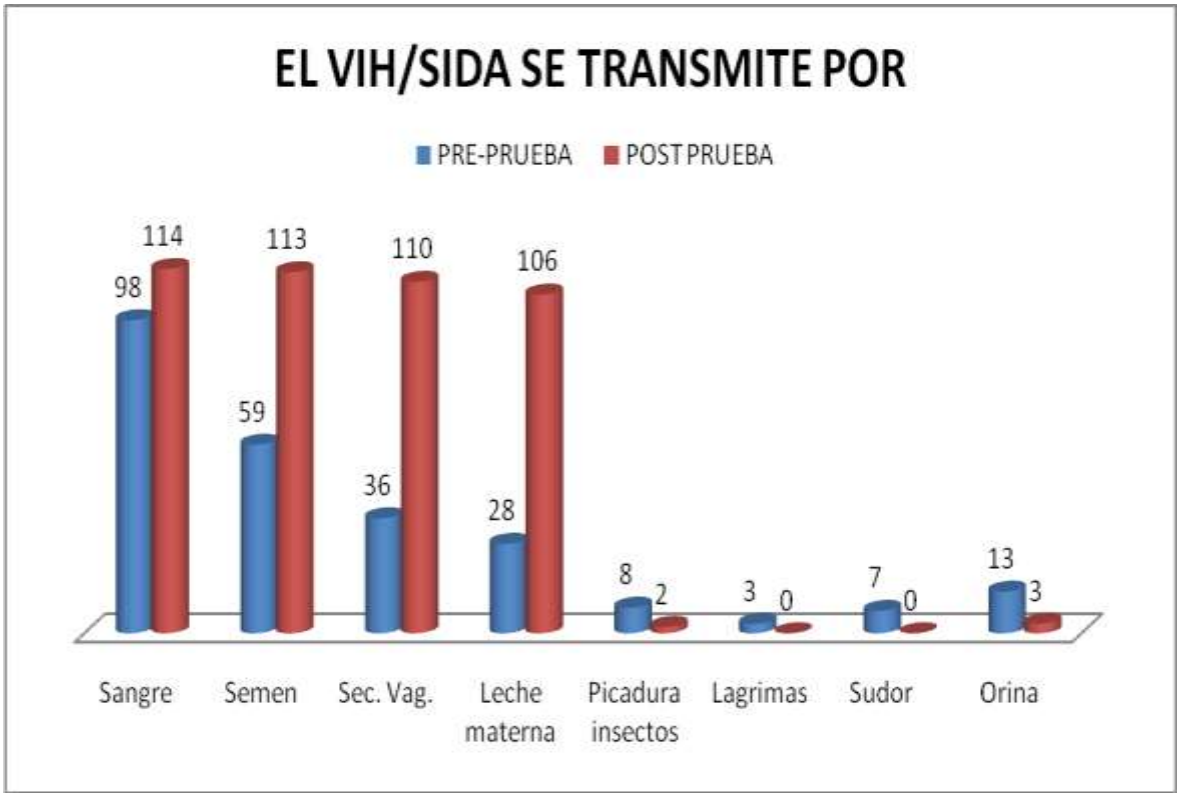


Fuente: Encuesta Anexo N° 1 y 2

Responsables: Dra. Mayra Veloz / Dra. Rosario Salem

En la pre prueba las estudiantes identificaban solo al VIH como enfermedad de transmisión sexual en un 83,3%. En la post prueba se pudo observar que entre el 86% al 98% lograron reconocer todas las ETS.

GRAFICO N° 32

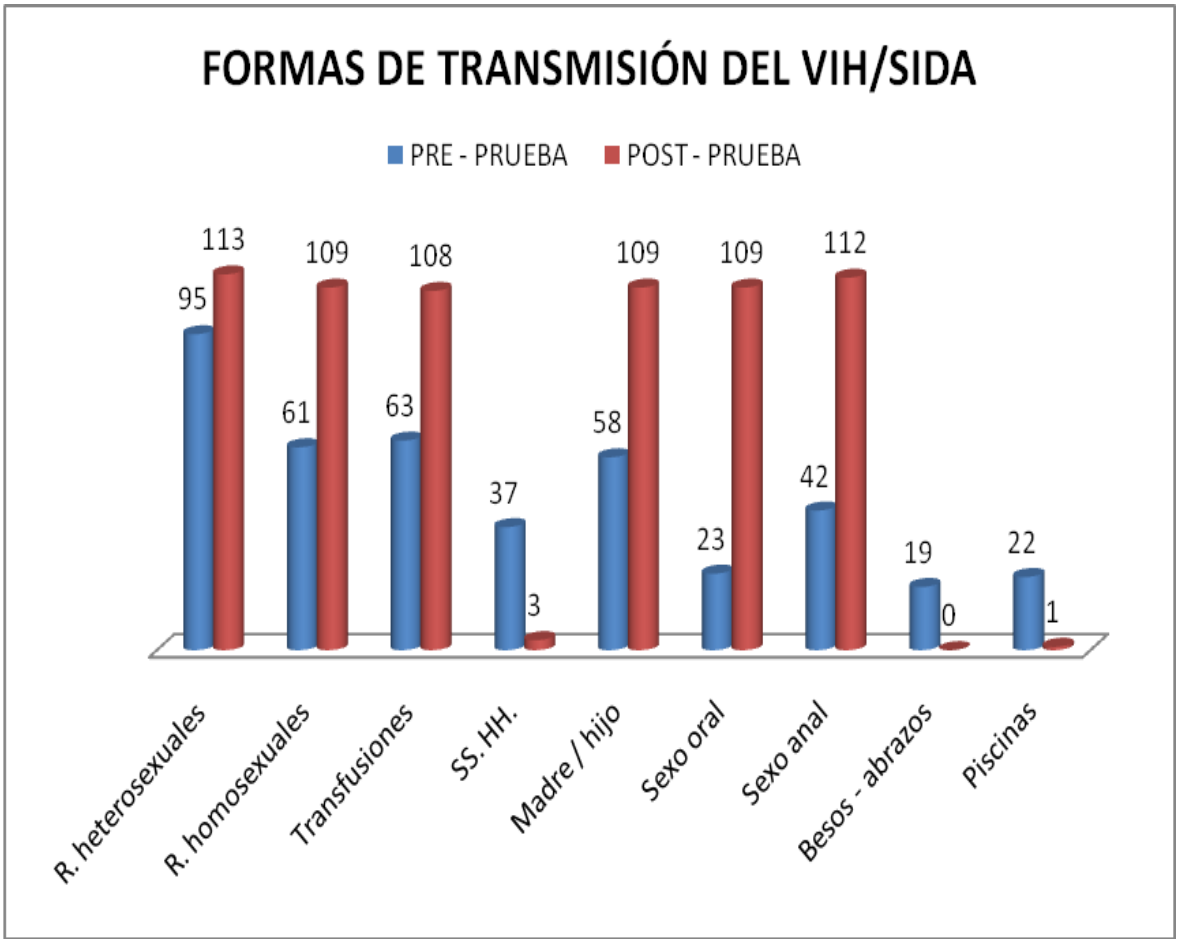


Fuente: Encuesta Anexo N° 1 y 2

Responsables: Dra. Mayra Veloz / Dra. Rosario Salem

Los resultados señalan que en la pre prueba un 85.96% de las estudiantes reconoce que la sangre si transmite el VIH. En general el conocimiento correcto de los fluidos orgánicos capaces de transmitir la infección por VIH es de un 48.41%. La post- prueba demostró un conocimiento correcto del 97.14%.

GRAFICO N° 33



Fuente: Encuesta Anexo N° 1 y 2

Responsables: Dra. Mayra Veloz / Dra. Rosario Salem

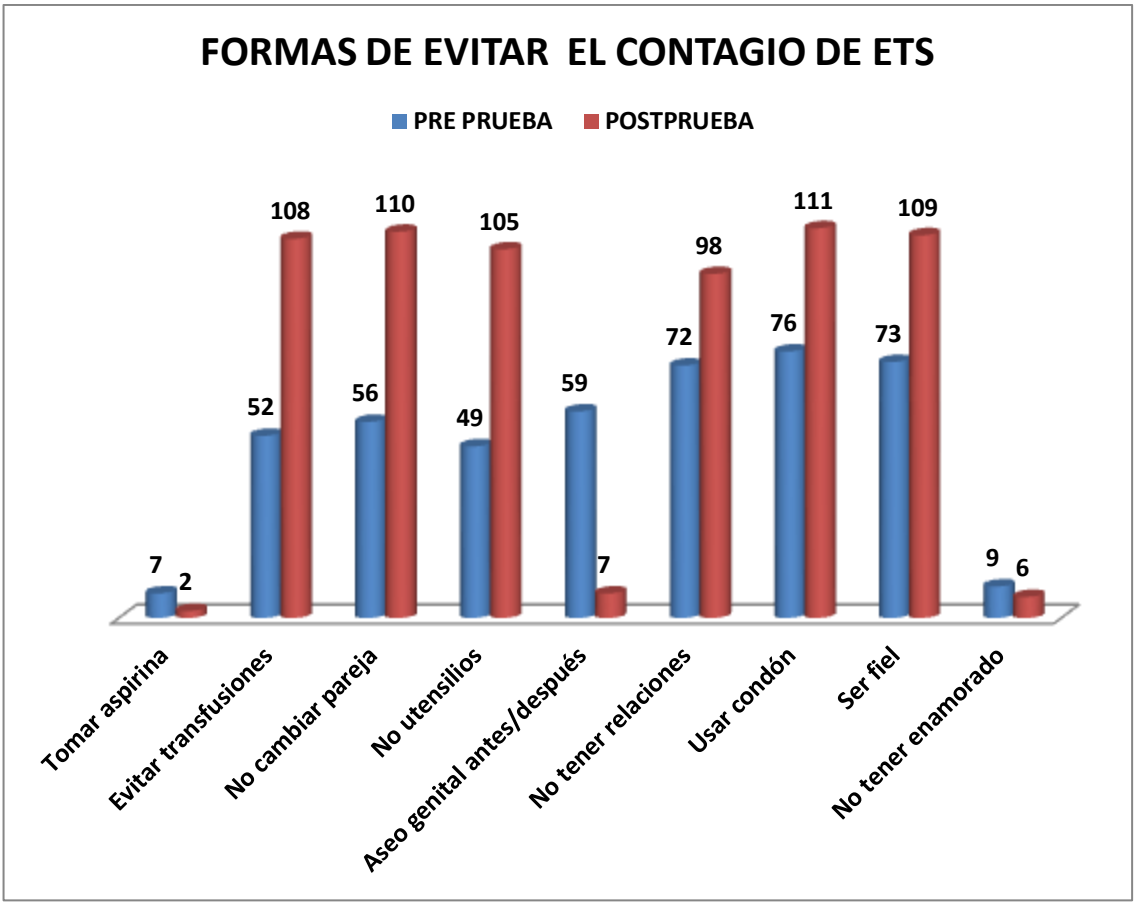
A la pregunta El VIH/SIDA se transmite por:

En la pregunta:

Son formas de transmisión del VIH/SIDA

Se pueden observar los resultados y el nivel de conocimientos correctos, que en la pre prueba alcanzan a un 59.06%, al igual que en interrogaciones anteriores después de la post prueba las estudiantes identifican claramente las formas de transmisión del VIH/SIDA con un 97.28% de certeza.

GRAFICO N° 34



Fuente: Encuesta Anexo N° 1 y 2

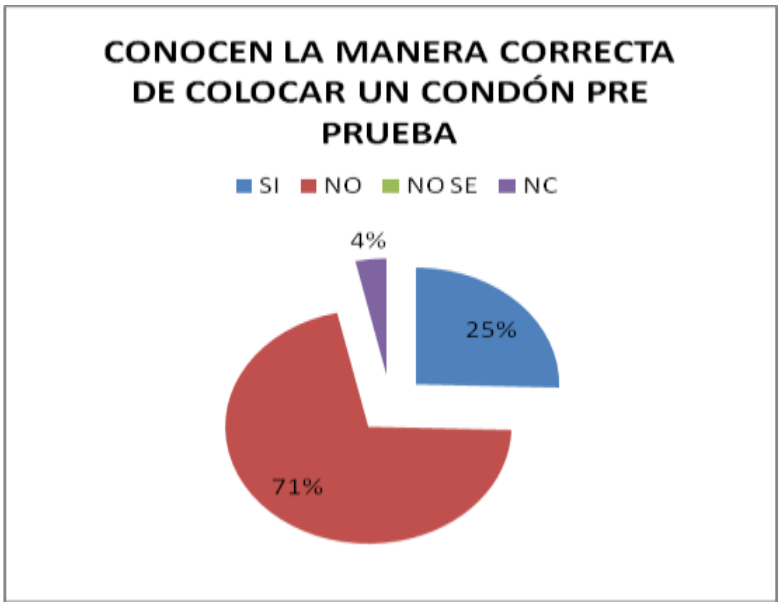
Responsables: Dra. Mayra Veloz / Dra. Rosario Salem

Para la interrogación sobre las formas de evitar el contagio de ETS:

Son formas de evitar el contagio de una ETS:

En la pre prueba se puede observar como siete estudiantes (6.14%) contestan que tomando aspirina se puede evitar una ETS. En general se encontró un 62.85% de conocimiento correcto previo a la intervención. En la post prueba se alcanzó un 94.34% de conocimiento adecuado.

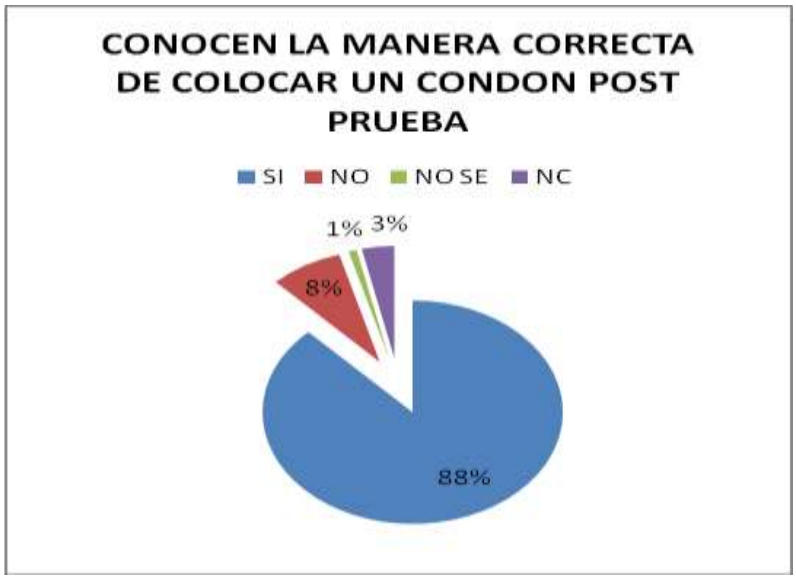
GRAFICO N° 35



Fuente: Encuesta Anexo N° 1

Responsables: Dra. Mayra Veloz / Dra. Rosario Salem

GRAFICO N° 36



Fuente: Encuesta Anexo N° 1

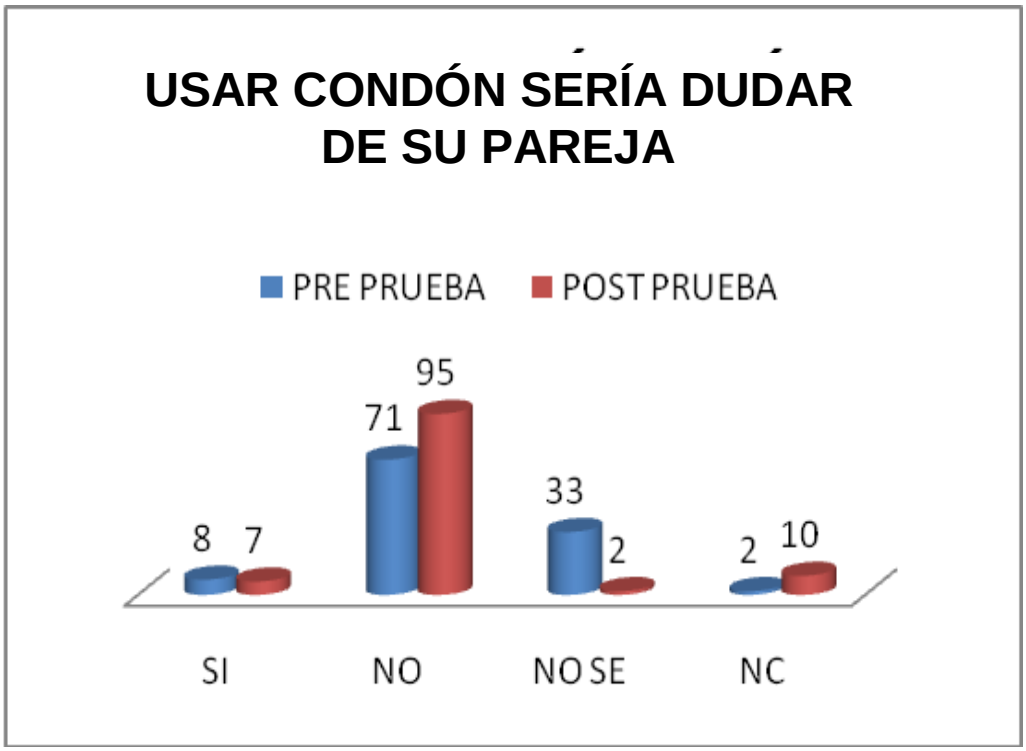
Responsables: Dra. Mayra Veloz / Dra. Rosario Salem

Sobre la pregunta si las estudiantes conocen la manera correcta de colocar un condón la pre prueba indica SI el 25% (28) y NO el 71%.

Mientras que en la post prueba el 88% (101) afirma conocer la manera correcta de utilizar un preservativo.

- **Actitudes sexuales**

GRAFICO N° 37



Fuente: Encuesta Anexo N° 1 y 2

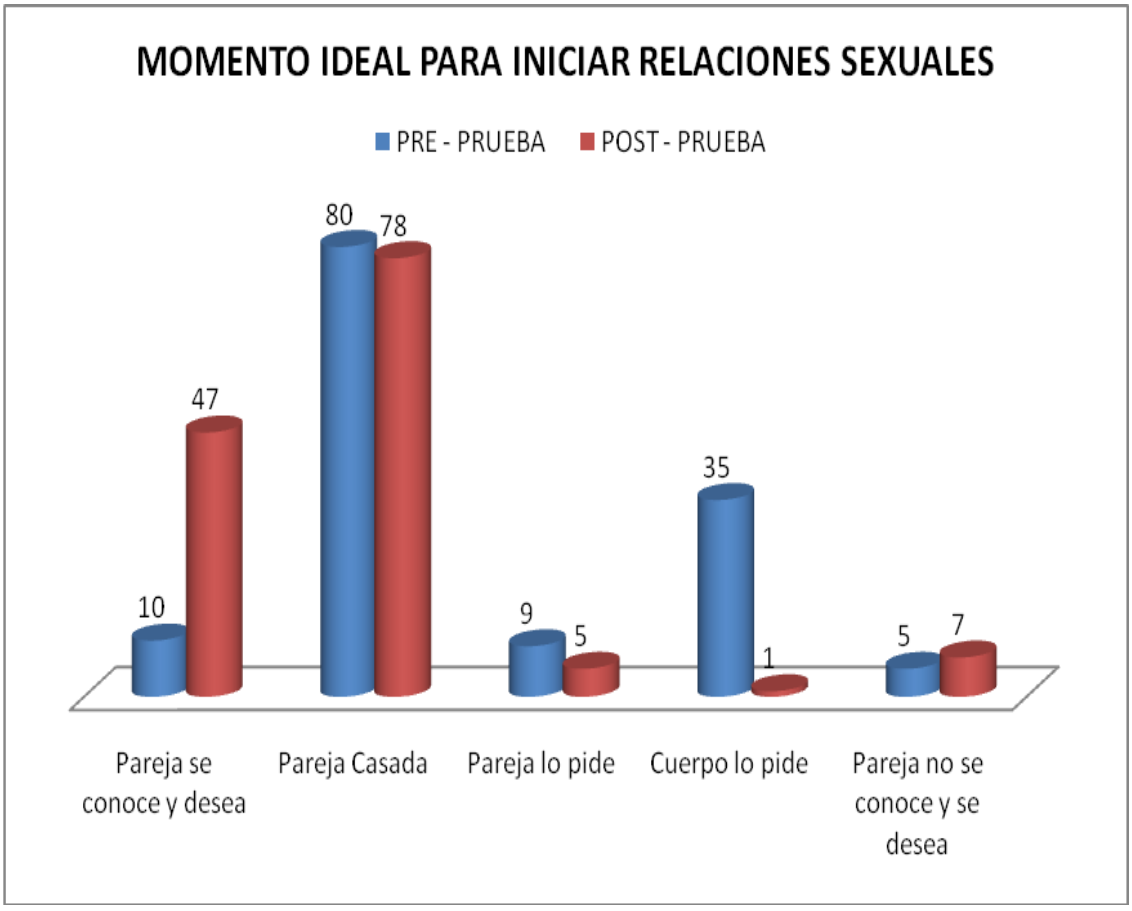
Responsables: Dra. Mayra Veloz / Dra. Rosario Salem

Al analizar la pregunta:

¿Cree qué el proponer el uso de condón en sus relaciones sexuales sería dudar de su pareja y le restaría romanticismo al momento?

Un 62,28% de estudiantes contestaron no en la pre prueba, en la post prueba el 83,33% respondió que el proponer el uso de preservativo en una relación sexual no sería dudar de su pareja.

GRAFICO N° 38



Fuente: Encuesta Anexo N° 1 y 2

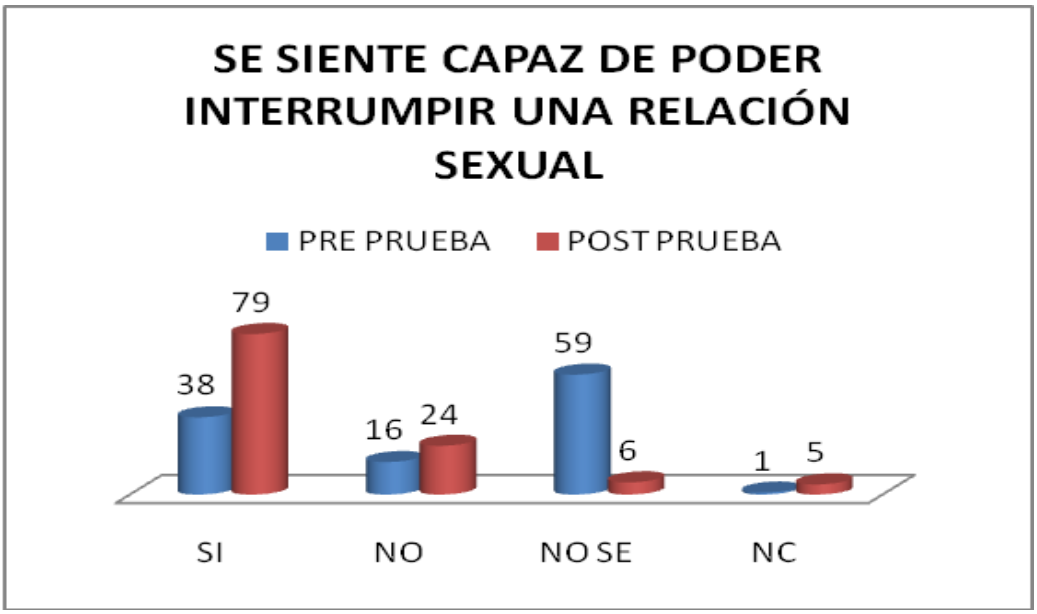
Responsables: Dra. Mayra Veloz / Dra. Rosario Salem

Al consultar sobre:

El momento ideal para iniciar las relaciones sexuales es cuando:

Las respuestas de la pre prueba muestra que un 70% asume que cuando la pareja está casada, en la post prueba un 68,48% cree que cuando la pareja está casada. En la post prueba se observa que la opción a: cuando la pareja se conoce y se desea alcanza un 41,2% a diferencia que en la pre prueba donde registró un 8.77%

GRAFICO N° 39



Fuente: Encuesta Anexo N° 1 y 2

Responsables: Dra. Mayra Veloz / Dra. Rosario Salem

En la pregunta:

Se siente capaz de poder interrumpir una relación sexual para utilizar protección con el uso del condón.

En la pre prueba un 33.33% contestó que si se siente capaz de interrumpir una relación sexual para utilizar el preservativo, en la pos prueba el 69,29% refirió la misma alternativa.

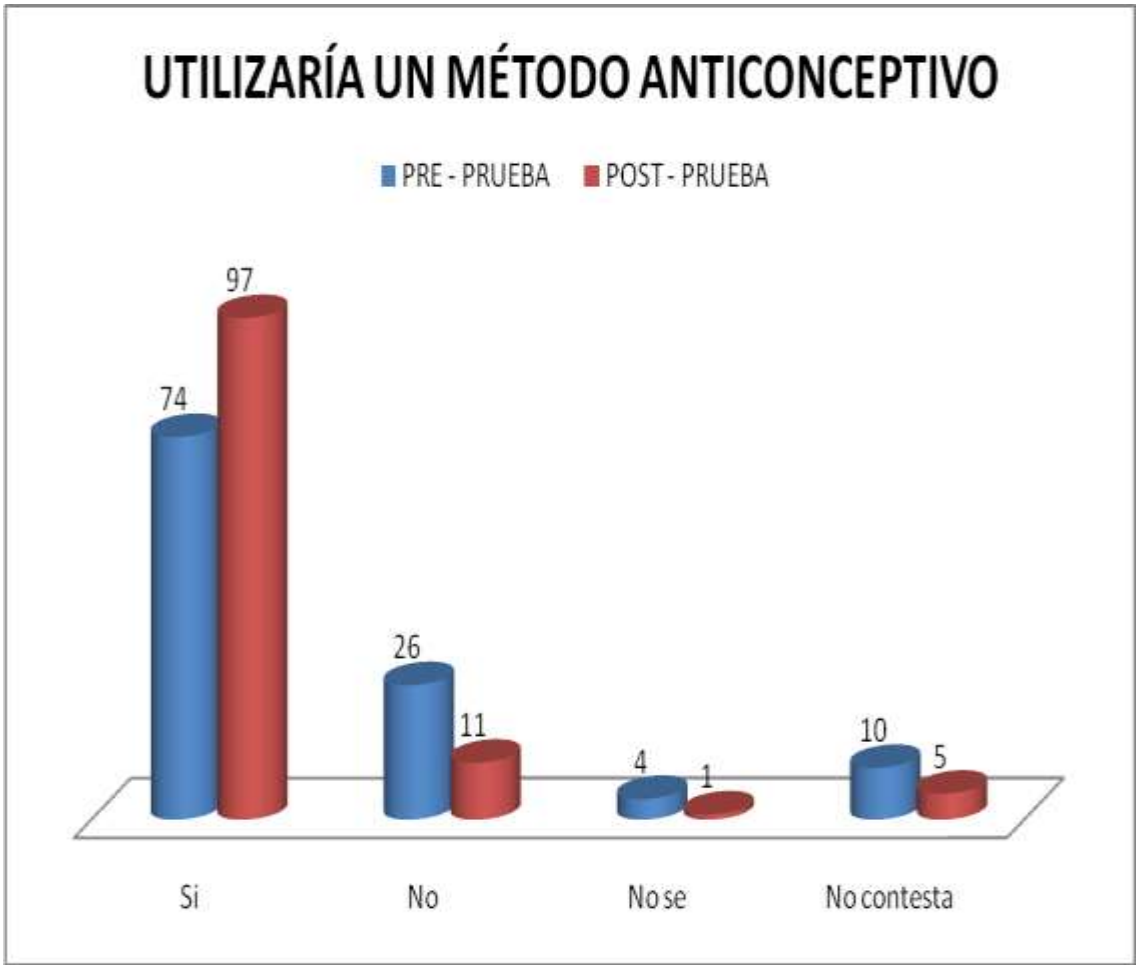
Al preguntar en la post prueba:

¿Por *qué piensa que es necesario tener relaciones sexuales?*

a) Porque está de moda
b) Para que su grupo la acepte
c) Para dar la prueba de amor
d) Para encontrar placer
e) Porque ya desea ser madre
f) Para encontrar afecto
g) Ninguna de las anteriores, explique su razón.

El 63,15% opina que ninguna de las opciones le satisface porque “no se siente preparada”, 16,66% responde “cuando quiera ser madre”, y un 7,90% responde que tendría relaciones para “encontrar afecto”.

GRAFICO N° 40



Fuente: Encuesta Anexo N° 1 y 2

Responsables: Dra. Mayra Veloz / Dra. Rosario Salem

Sobre:

Si decide iniciar relaciones sexuales utilizaría un método anticonceptivo:

Las estudiantes responden SI en un 64,91% en la pre prueba y un 85,5% responde SI en la post prueba.

GRAFICO N° 41

Fuente: Encuesta Anexo N° 1 y 2

Responsables: Dra. Mayra Veloz / Dra. Rosario Salem

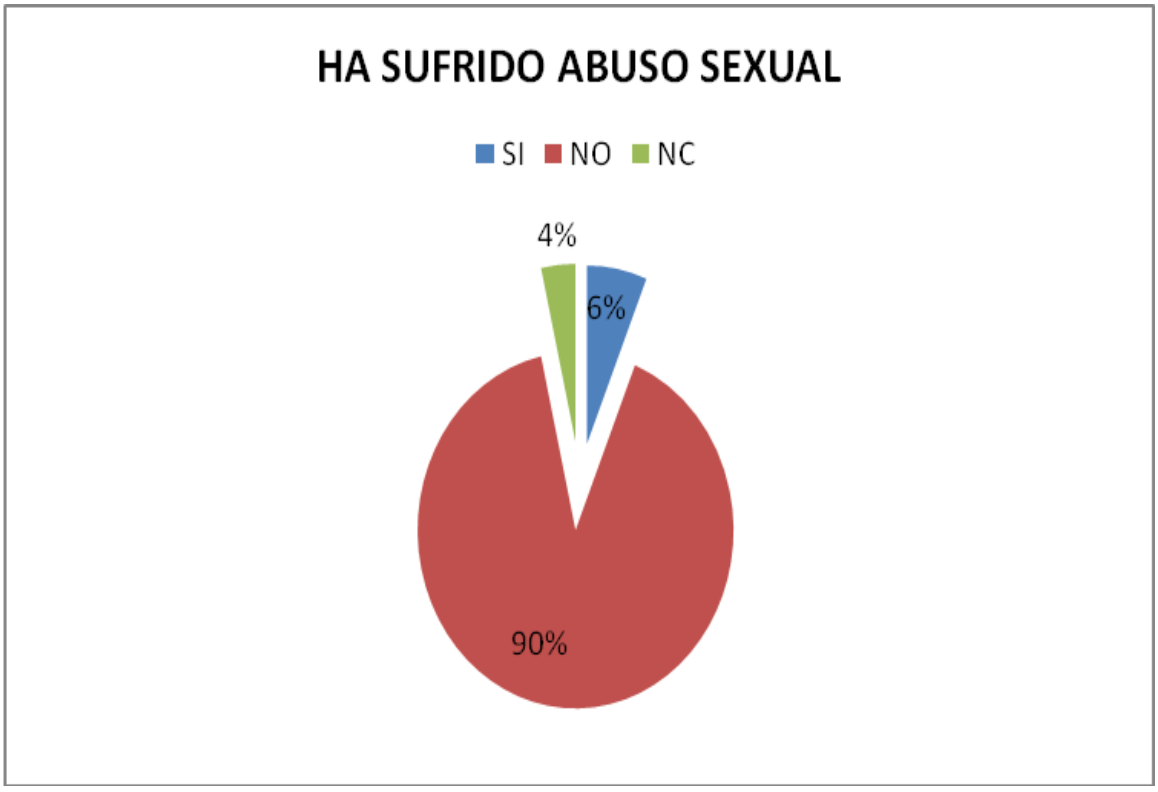
Sobre la pregunta:

Si se encuentra ante un embarazo no deseado ¿Qué haría?

En la pre prueba el 91,22% contestó que tendría a su hijo y saldría adelante, en la post prueba el 95,61% opinó que tendría a su hijo y saldría adelante, un 2,63% opinó que abortaría y un 1,75% tendría su hijo y lo daría en adopción.

➢ Prácticas sexuales

GRAFICO N° 42



Fuente: Encuesta Anexo N° 1 y 2

Responsables: Dra. Mayra Veloz / Dra. Rosario Salem

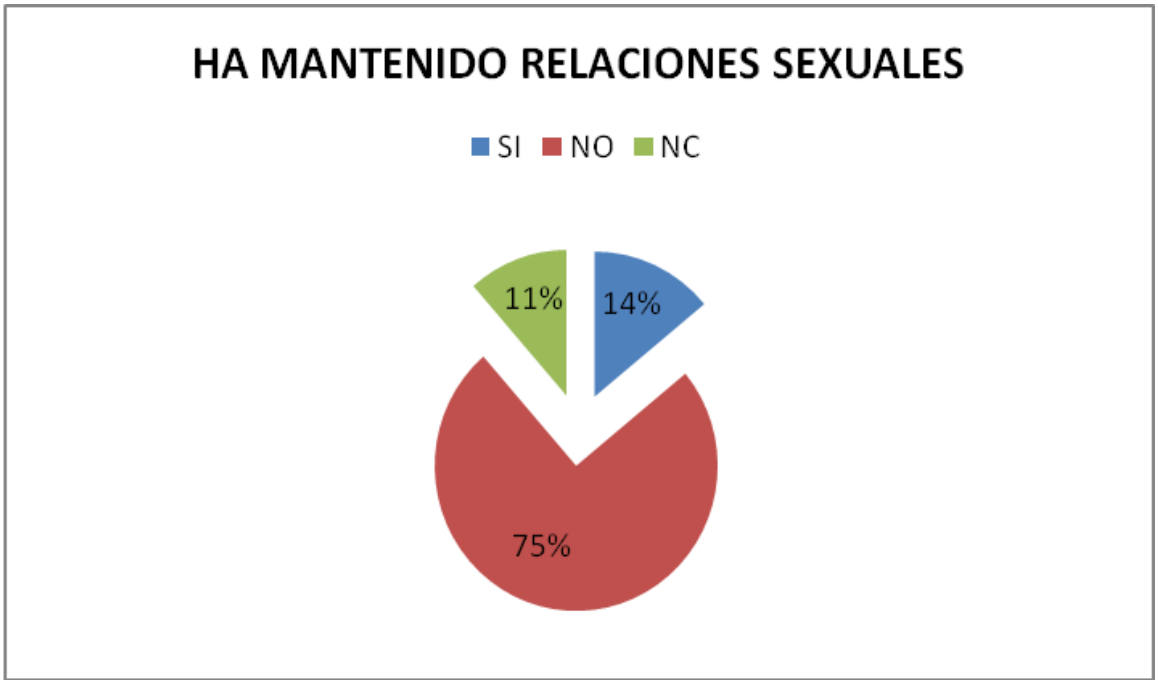
A la pregunta:

Ha sufrido abuso sexual.

Las estudiantes respondieron SI en un 6%, que equivale a 7 casos. Refieren que han sido abusadas por su círculo cercano (amigo, conocido, enamorado (2), hermanastro, profesor, vecino).

La edad varía entre los 5 y los 17 siendo lo más frecuente los 14 años. En la post prueba los datos no cambiaron.

GRAFICO N° 43



Fuente: Encuesta Anexo N° 1 y 2

Responsables: Dra. Mayra Veloz / Dra. Rosario Salem

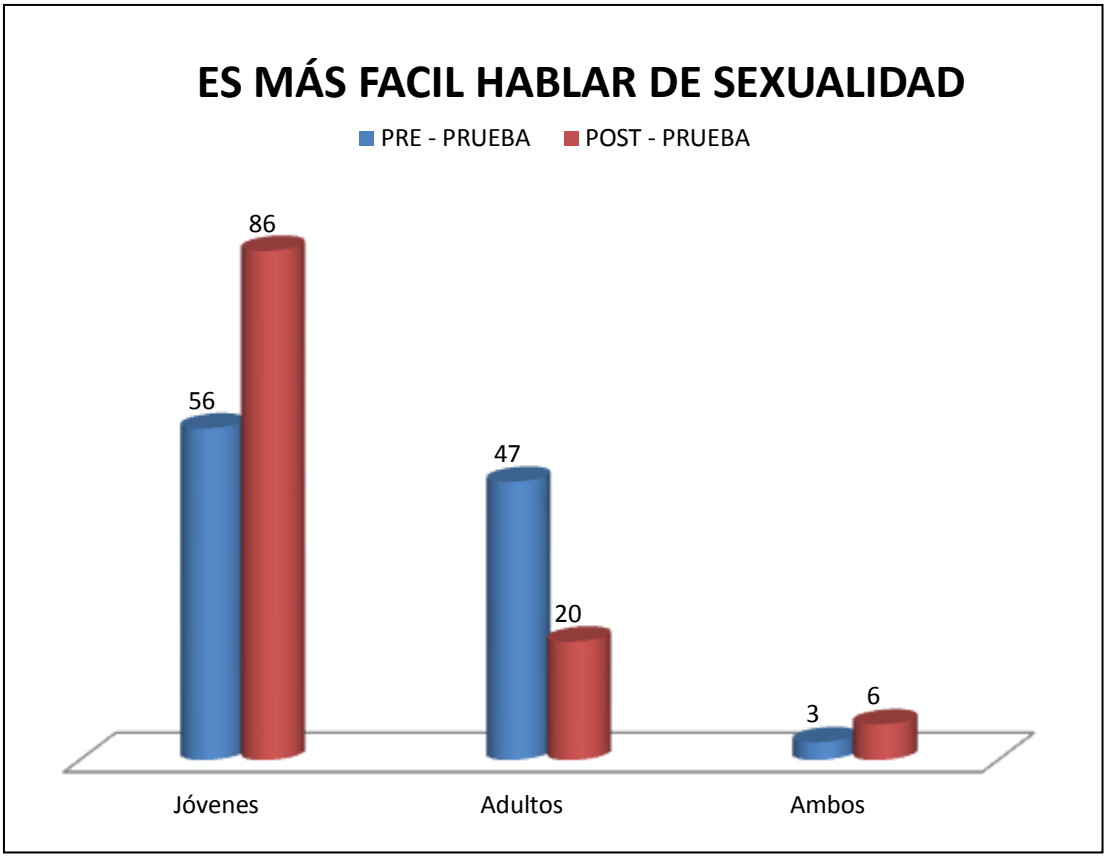
Ante la pregunta:

Ha mantenido relaciones sexuales:

16 estudiantes respondieron SÍ que equivale a 14,03%. La edad promedio de inicio de relaciones sexuales es de 15 años y fue con su pareja.

➢ Fuentes de Información

GRAFICO N° 44

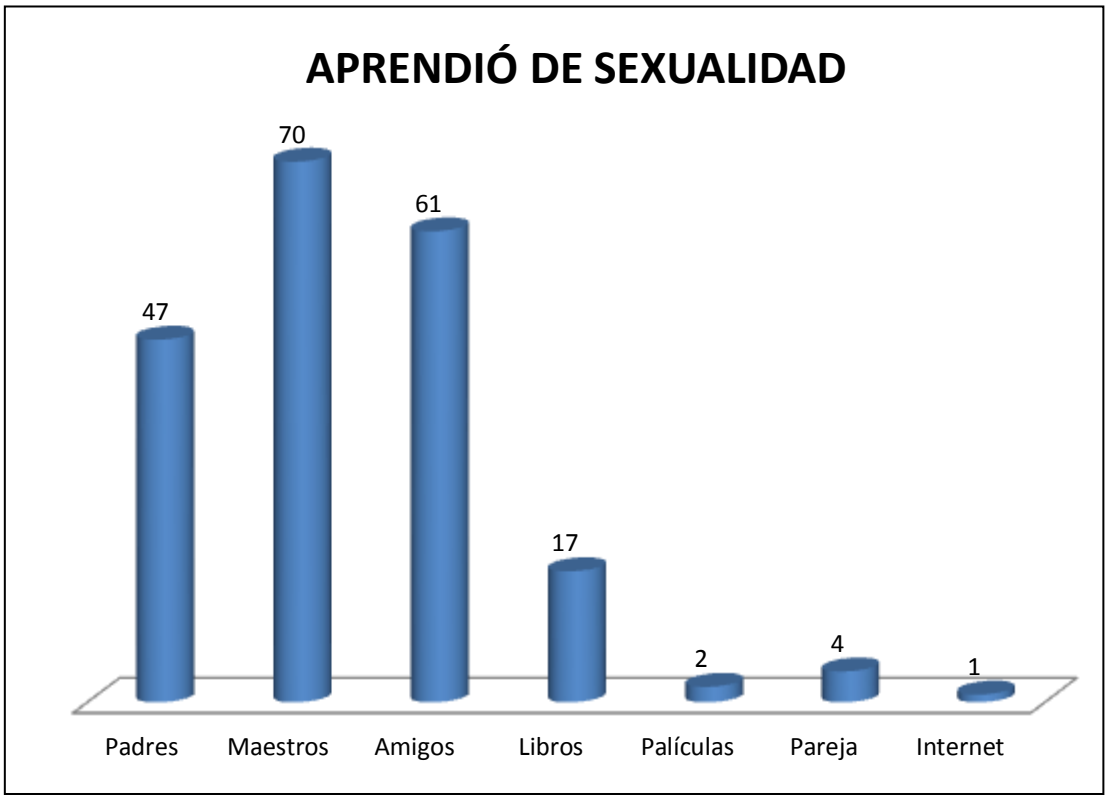


Fuente: Encuesta Anexo N° 1

Responsables: Dra. Mayra Veloz / Dra. Rosario Salem

En la pre prueba a un 49,12% le resultaba más fácil hablar de sexualidad entre pares, y a un 41,22% con adultos. En la post prueba en cambio el 75,43% prefiere hablar entre pares y un 17, 54% con adultos.

GRAFICO N° 45



Fuente: Encuesta Anexo N° 1 y 2

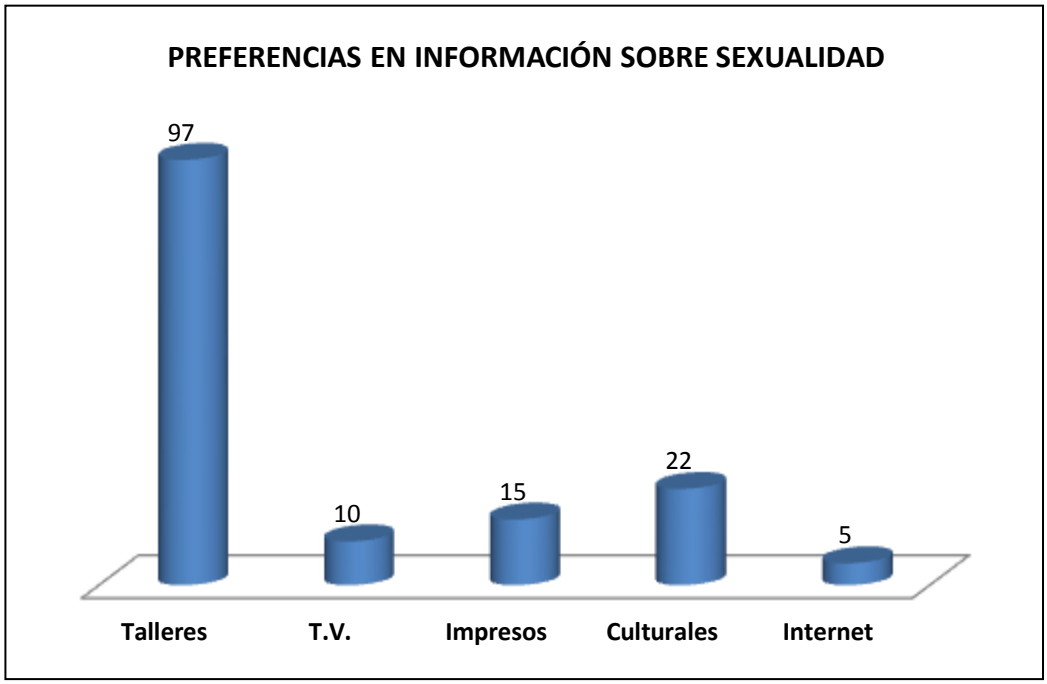
Responsables: Dra. Mayra Veloz / Dra. Rosario Salem

A la pregunta:

Lo que ha aprendido de sexualidad lo recibió de:

Un 61.40% de estudiantes refirió haber aprendido de sexualidad en el colegio con sus maestros, el 53,50% con su grupo de amigos y amigas y el 41.22% en casa con sus padres.

GRAFICO N° 46



Fuente: Encuesta Anexo N° 1 y 2

Responsables: Dra. Mayra Veloz / Dra. Rosario Salem

A la interrogante:

Si le gustaría seguir recibiendo información sobre sexualidad.

El 93,85% de las alumnas responde que SÍ.

En relación a:

Como preferiría recibir información sobre sexualidad:

a) Actividades educativas (cursos, talleres, conferencias)

b) Prensa, radio o televisión (noticias, programas)

c) Medios impresos (folletos, trípticos, afiches)

d) Actividades culturales (Pintura, teatro, poesía, música, videos)

e) Computadora (páginas Web, correo electrónico, material multimedia)

El 85,08% prefiere recibirla en actividades educativas (talleres), y el 19,29% le gustaría recibirla mediante actividades culturales (teatro).

RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN DEL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN

Para evaluar el trabajo de réplica realizado por las promotoras adolescentes líderes en educación de la sexualidad, las 114 adolescentes intervenidas opinaron así:

- **Aspectos Técnicos del programa**

GRAFICO N° 47

Fuente: Encuesta Anexo N° 3

Responsables: Dra. Mayra Veloz / Dra. Rosario Salem

El 94% de las estudiantes opinó que la importancia de los temas abordados fue excelente a muy buena

GRAFICO N° 48

Fuente: Encuesta Anexo N° 3

Responsables: Dra. Mayra Veloz / Dra. Rosario Salem

Sobre el material didáctico empleado el 86% opinó que estuvo entre excelente o muy bueno.

GRAFICO N° 49

Fuente: Encuesta Anexo N° 3

Responsables: Dra. Mayra Veloz / Dra. Rosario Salem

La relación de las promotoras con las participantes el 77% opinó que fue de excelente a muy buena.

GRAFICO N° 50

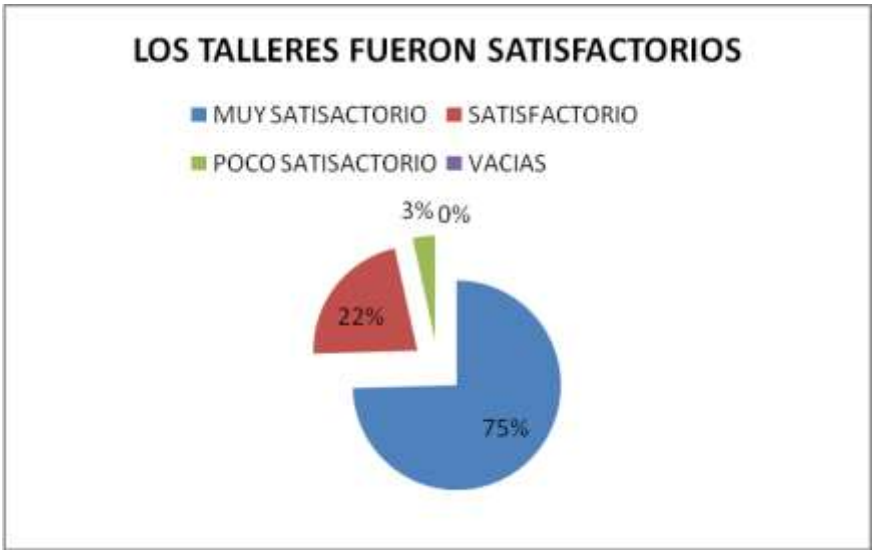
Fuente: Encuesta Anexo N° 3

Responsables: Dra. Mayra Veloz / Dra. Rosario Salem

En relación a los conocimientos adquiridos el 57% opinó excelente, y el 37% se definió por muy buenos y buenos.

Aspectos de satisfacción general

GRAFICO N° 51

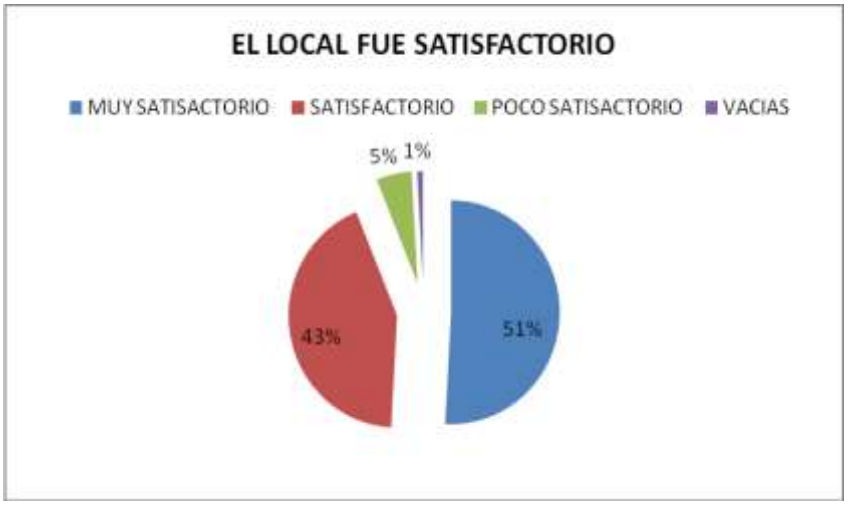


Fuente: Encuesta Anexo N° 3

Responsables: Dra. Mayra Veloz / Dra. Rosario Salem

Al inquirir sobre si los talleres fueron satisfactorios el 75% opinó que muy satisfactorios, el 22% satisfactorios.

GRAFICO N° 52



Fuente: Encuesta Anexo N° 3

Responsables: Dra. Mayra Veloz / Dra. Rosario Salem

En relación al local donde se impartieron el 51% expresó que se encontraba muy satisfecho con el local, el 43% que se encontraba satisfecho, y el 5% opinó que el local era poco satisfactorio.

➢ Opiniones personales

- Sobre las opiniones libres que emitieron las estudiantes podemos rescatar que a una gran mayoría le gustaron los talleres, esperan seguir recibiendo información sobre el tema, que los talleres incluyan ambientación musical y grupos de teatro.
- Los talleres que más impactaron fueron: “Cruzando el Puente”, MQM x eso me cuido (Me Quiero Mucho por eso me cuido), y el de Paternidad/Maternidad responsables.
- Las dinámicas que más impactaron fueron las de: la escalera como puente, cadena de firmas, la de los globos que fue cuidar su vida como si fuera un globo inflado, la de cuidar los huevos y vestirlos como a bebés y en la que se usó tiro al blanco (asertividad).

La estadística descriptiva que se utilizó para la tabulación de datos en este estudio, incluye la representación y descripción de datos, los mismos que fueron de tipo cuantitativo y cuya variable se caracterizó por ser un continuo, dentro del trabajo realizado se midió el nivel de conocimientos sobre ítems específicos, obteniéndose un conjunto de datos que fueron organizados y resumidos determinándose la información que se requería.

Las distribuciones de frecuencia binomial se utilizaron en la elaboración y manejo de los datos, dicha distribución está asociada con las pruebas repetidas de un mismo suceso. Para aclarar el concepto, supongamos que se representa por p la probabilidad de éxito o de acierto de un determinado proceso, en nuestro caso la respuesta correcta de la pregunta realizada, cualquiera que sea el suceso la probabilidad de que las estudiantes acierten la respuesta de la pregunta realizada es p, la probabilidad de que no acierten a la pregunta realizada es $1-p$ ya que no existe la posibilidad de que las estudiantes contesten de manera correcta e incorrecta la respuesta a la vez, por cuestiones de comprensión se designará a $1-p=q$ y al hablar

de una pregunta determinada diremos que la probabilidad de obtener un acierto es p y la de obtener un error o fallo es q, donde $p + q = 1$.

Entonces se dice que la variable aleatoria x se distribuye según una binomial puntual si la función de cuantía está dada por $f(x) = p^x q^{1-x}$ $x = 0,1; 0 \leq p \leq 1$. Es decir la variable x solo puede tomar los valores 0 y 1 y esto puede interpretarse de la siguiente manera $f(1)$ representa la probabilidad de un acierto y $f(0)$ representa la probabilidad de un error es evidente entonces que: $f(0) = q = 1 - p$ y $f(1) = p$.

Sea la variable aleatoria x con función de cuantía dada por

$f(x) = \binom{n}{x} p^x q^{n-x}$ para $x = 0,1,2,..,n$

a esta función se la conoce como binomial.

Así para un conjunto particular de 0 0 1 0 1 1 1 tendríamos $f(0,0,1,0,1,1,1) = q\ q\ p\ q\ p\ p\ p$ evidentemente para cualquier ordenación de k-éxitos (1) y $n - k$ fracasos (0), la probabilidad es $p^k q^{n-k}$. Para obtener el resultado de las observaciones tendremos $\sum_{x=1}^{n} f(x)$, si la en n pruebas la probabilidad de que ocurra un suceso es p y las pruebas sean independientes.

Es así que en este trabajo se determina que las estudiantes tienen escasa profundización en el tema propuesto y en la pre-prueba el grado de conocimientos en los diferentes temas de la encuesta de intervención los resultados muestran que el conocimiento sobre 59 literales de importancia los aciertos de las estudiantes promotoras lideres en la etapa inicial se acercan al 32%, mientras que en la post prueba del programa las estudiantes responden en un 95% con acierto y manejan los temas del programa de intervención con seguridad. De la misma manera al analizar

las tablas de frecuencia en la pre prueba del grupo intervenido de 114 estudiantes muestran conocimientos sobre los 59 literales de importancia cercanos al 58%, mientras que en la post prueba las estudiantes responden en un 99% con acierto el mismo número de literales.

CÁLCULOS ESTADÍSTICOS

Si se consideran los resultados de la pre- prueba y la post prueba aplicada a las promotoras líderes y al grupo intervenido para demostrar que existe una diferencia significativa en los conocimientos sobre el tema propuesto antes de que reciban la capacitación y luego de que fueron capacitadas, en la presente investigación se aplica el estadístico de las diferencias de proporciones

MODELO MATEMÁTICO	**LENGUAJE COLOQUIAL "SIGNIFICADO"**
LENGUAJE SIMBÓLICO	
P_0: $p_1 - p_2 = 0$	**P_0 =** Probabilidad nula
P_1: $p_1 - p_2 > 0$	**P_1 =** Probabilidad uno
P_2: $p_1 - p_2 < 0$	**P_2 =** Probabilidad dos
	p_1= Porcentaje Preprueba
	p_2= Porcentaje Postprueba

MODELO ESTADÍSTICO

Elección del nivel de significación

a: 0,05 **a:** Nivel de significancia al 5% de error admisible

b: 0,95 **b:** Nivel de confianza 95%

La confrontación se define sobre la base de la prueba de proporciones:

$$p = \left[\frac{p_1 n_1 + p_2 n_1}{n_1 + n_1} \right] \qquad q = 1 - p$$

p = probabilidad de ocurrencia

q= probabilidad de no ocurrencia

p_1= Porcentaje Preprueba

p_2= Porcentaje Postprueba

$n_1 =$ Número de datos grupo lideres

$n_2 =$ Número de datos grupo intervenido

Z = Puntaje Z de la diferencia de proporciones

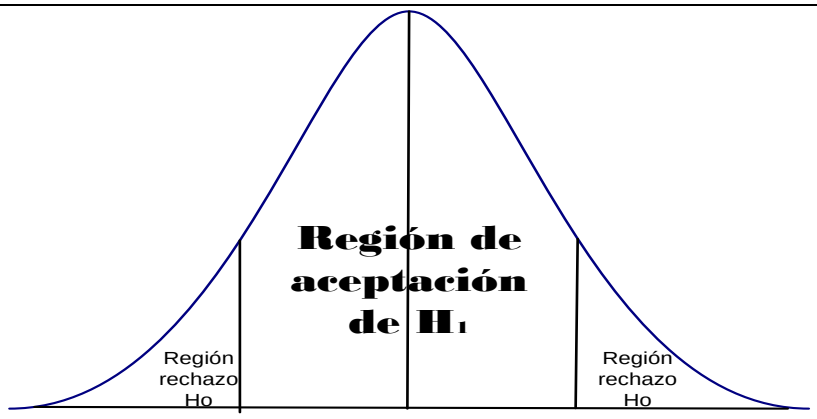
Z_T = Puntaje Z tabular

δ = Desviación Típica

GRUPO DE LIDERES	GRUPO INTERVENIDO
CALCULO DE LA PROBABILIDAD DE OCURRENCIA Y NO OCURRENCIA	
$p = \left[\frac{(0.32)(16) + (0.95)(16)}{32} \right] \qquad q = 1 - p$ *P* = 0.635 *q* = 0.365	$p = \left[\frac{(0.58)(114) + (0.99)(114)}{288} \right] \qquad q = 1 - p$ P = 0.785 q = 0.215
CALCULO DE LA DESVIACIÓN TÍPICA	
$\delta\, p_1 - p_2 = \sqrt{p.q\left(\frac{1}{n_1} + \frac{1}{n_1}\right)}$ $\delta\, p_1 - p_2 = \sqrt{(0.635)(0.365).\left(\frac{1}{16} + \frac{1}{16}\right)}$ $\delta\, p_1 - p_2 = 0.1702$	$\delta\, p_1 - p_2 = \sqrt{p.q\left(\frac{1}{n_2} + \frac{1}{n_2}\right)}$ $\delta\, p_1 - p_2 = \sqrt{(0.785)(0.215).\left(\frac{1}{114} + \frac{1}{114}\right)}$ $\delta\, p_1 - p_2 = 0.054$

CALCULO DE LA DIFERENCIA DE PROPORCIONES	
$Z = \frac{P_1 - p_2}{\delta\, p_1 - p_2}$ $Z = \frac{0.32 - 0.95}{0.1702}$ **Z = -3.7** **Z_T = ± 1.95**	$Z = \frac{P_1 - p_2}{\delta\, p_1 - p_2}$ $Z = \frac{0.58 - 0.99}{0.054}$ **Z = -7.59** **Z_T = ± 1.95**

CURVA DE FRECUENCIA DE LAS REGIONES DE ACEPTACIÓN Y RECHAZO



-1.95 + 1.95

DECISIÓN

GRUPO DE LIDERES	GRUPO INTERVENIDO
Comparando el valor de Z de diferencia de proporciones -3.7 y Z tabular -1.95 Se acepta : $Z_t < Z_c$ -3.7 < -1,95 Existe una gran diferencia en las proporciones, el trabajo que se realizó con el grupo de líderes fue efectivo.	Comparando el valor de Z de diferencia de proporciones -7.59 y Z tabular -1.95 Se acepta : $Z_t < Z_c$ -7.59 < -1,95 Existe una gran diferencia en las proporciones, el trabajo que se realizó con el grupo intervenido fue positivo.

6. DISCUSIÓN

6. DISCUSIÓN

Para interpretar los resultados de este estudio vale tener en consideración los siguientes aspectos del mismo: este trabajo es de tipo descriptivo por lo que conlleva ciertas limitaciones, las adolescentes al contestar escriben conocimientos contradictorios o pasan a la siguiente interrogante dejando la pregunta en blanco.

La población de adolescentes que se capacitó con este programa mostró un alto interés en el tema impartido y una considerable captación de los temas tratados como se muestra en el análisis de resultados; por otra parte cabe destacar que las adolescentes realizaron esfuerzos encomiables para captar los conocimientos impartidos, asistir a los talleres y aprovechar la experiencia.

Educar a adolescentes sobre salud reproductiva y ayudarles a desarrollar habilidades para la vida pueden ser estrategias especialmente efectivas para proteger su salud sexual y bienestar (WHO/UNFPA/UNICEF, 1999; Barnett, 1997). Combinar la información sobre salud sexual apropiada para su edad con actividades orientadas a desarrollar habilidades de comunicación y negociación puede ayudar a los adolescentes que aún no son sexualmente activos a retrasar el inicio de su actividad sexual (WHO/UNFPA/UNICEF, 1999). Dado que los jóvenes en algunos países suelen abandonar la escuela a temprana edad, la provisión de educación sexual en las escuelas a los adolescentes más jóvenes puede ser la mejor oportunidad para estos jóvenes de aprender sobre su salud sexual y desarrollar habilidades relacionadas a ésta (Sedlock, 2000). Los jóvenes de este grupo etario que ya son sexualmente activos pueden desarrollar los conocimientos, habilidades y la motivación necesaria para practicar conductas sexuales más seguras. Es importante que los planificadores de programas comprendan

que muchos de los jóvenes de este grupo etario que son sexualmente activos no lo son por voluntad propia, y requerirán un conjunto distinto de intervenciones y apoyo.

Satisfacer las necesidades de salud reproductiva de los adolescentes entre 10 y 14 años puede ser un verdadero desafío. Es posible que los padres, educadores y proveedores de salud se sientan incómodos o reticentes a discutir aspectos de salud sexual con este grupo etario. Algunos pueden tener la creencia errónea de que la educación sexual conduce a un inicio más temprano o a una mayor actividad sexual (Baldo et al., 1993; Grunseit, 1997). Esta consideración es contraria a lo que encontramos en la etapa de formación a las adolescentes promotoras cuya edad promedio fue de 14 años, es decir los proveedores de salud y educación no nos sentimos incómodos o reticentes al abordar los temas de sexualidad.

Frente a la educación sexual se han recreado mitos que durante mucho tiempo han obstaculizado la implementación formal e intencional de procesos de educación sexual como eso de que:

La educación sexual en la escuela puede alentar a niños, niñas y adolescentes a tener relaciones sexuales, cuando es natural que en la niñez y la adolescencia se tengan expresiones sexuales propias de estas edades, las cuales estarían presentes con o sin información sexual. Estas pueden contribuir al crecimiento si estuvieran acompañadas de información bien orientada.

La educación sexual es la causa de los embarazos tempranos y de las enfermedades de transmisión sexual. Está demostrado con suficientes evidencias que son la ignorancia, la desinformación y la ausencia de una buena y adecuada educación de la sexualidad la que facilita el desarrollo de estas problemáticas.

La educación sexual en la escuela es un intento de sustituir la familia como principal educadora de la sexualidad en niños, niñas y adolescentes. Tanto la escuela como la familia hacen educación de la sexualidad, "es imposible no educar". Sería apropiado que ambas instituciones se complementaran en la educación sexual de la niñez y adolescencia ya que existen procesos y objetivos que le son propios a la familia y otros que por su naturaleza es conveniente que los reciban en la escuela.

Enseñar a los adolescentes sobre anticoncepción es como darles licencia para que tengan sexo. El hecho de que una persona sepa nadar no significa que su comportamiento de natación se incrementará, pero si garantiza que el día que lo desee hacer estará preparado para hacerlo con seguridad y responsabilidad. Lo mismo sucede con la enseñanza de los métodos anticonceptivos. Los estudios muestran que los jóvenes están iniciando la vida sexual coital sin esta información y que esto es como darles licencia para sufrir con su sexualidad**.** (Romero S.,1997))[27]

Los jóvenes de esta edad que hayan optado por ser sexualmente activos pueden tener limitado acceso a los servicios debido a una falta de autonomía, movilidad o recursos. Más aún, podrían sentirse estigmatizados al tratar de acceder a servicios de salud. Por último, en una importante proporción de jóvenes en este grupo etario, el inicio de su actividad sexual se da bajo coerción como en este estudio que se presentaron 7 casos de abuso sexual, lo que indicaría una necesidad de estrategias alternativas de educación y habilidades diferentes de aquellas creadas para adolescentes que han iniciado su actividad sexual por voluntad propia (Sedlock, 2000).

Por otra parte todo programa diseñado para el trabajo con adolescentes en temas de sexualidad deber incluir en su estructura la enseñanza de valores, la capacitación en habilidades para la vida permite a los adolescentes

[27] **(**Romero S., Leonardo Autoafirmación, Sexualidad y Educación sexual. CAC: Centro de Asesoría y Consultoría, Barranquilla, 1997))

desarrollar conductas positivas y adaptativas que les ayuden a tomar decisiones y manejar los desafíos de sus vidas. En este estudio se ha notado que las adolescentes luego de la capacitación lograron incluir en sus respuestas valores como la fidelidad específicamente en el tema de prevención de las ETS.
Junto con información y acceso a servicios, las habilidades para la vida ayudan a los adolescentes a traducir el conocimiento, las actitudes y los valores en conductas saludables. (WHO, 1994; WHO, 1997).

La capacitación puede desarrollar la capacidad de los adolescentes para reducir riesgos para la salud específicos (tales como los embarazos no deseados y la transmisión de ETS/VIH) y a adoptar conductas saludables que mejoren sus vidas en general (tales como conceptos de planificación, cómo buscar ayuda y establecer relaciones positivas) (Hughes and McCauley, 1998; Keller, 1997; Gage, 1998). Los programas de habilidades para la vida que trabajan para fortalecer la autoestima pueden contribuir a mejorar la conciencia de los adolescentes en su capacidad para realizar algunas actividades tales como convencer a los hombres a tener prácticas sexuales seguras (Gage, 1998).En nuestro estudio se ha capacitado en forma práctica sobre el uso correcto del preservativo y se percibe una actitud positiva ante la interrogante de si serían capaces de condicionar una relación sexual al uso del condón.

Los estudios han demostrado que la educación entre pares adolescentes tiene un impacto positivo sobre los educadores mismos (adolescentes)[28] y sus congéneres, sin embargo el mismo estudio plantea preguntas sobre el impacto de este método como un sistema para impartir educación en especial en temas de salud y reproducción, ¿Cuánto impacto tienen sobre el comportamiento de otros adolescentes? ¿Es eficaz en función de los

[28] Philliber S. In search of peer power, a rewiew of research on peer – based interventions for teens. In Peer Potential: Making the most of How Teens Influence each Other. Washington DC, the national Camapaign to Prevent Teen Pregnacy. 1999.

costos? Pero sobre todo las investigaciones se cuestionan si ¿Puede ser sostenible a pesar de la alta rotación de los educadores adolescentes? En una reunión de consulta internacional realizada recientemente por la UNICEF (Adamchak,2006), indica que los proyectos de educación diseñados entre pares pueden resultar eficaces, pero deben ser intencionales, implementados con el rigor esperado de cualquier intervención y contar con educadores adolescentes que permanezcan al menos 24 meses en la iniciativa. En un análisis reciente la OMS[29] encontró que la educación entre y para adolescentes en países en vías de desarrollo es realmente eficaz para mejorar los conocimientos, hasta cierto grado las actitudes y comportamientos sexuales.

Por otra parte basados en los estudios bibliográficos referentes podemos acotar que en 18 estudios cuantitativos en donde se trabajó con adolescentes destinatarios como unidad de análisis, en aquellos que analizaron hombres y mujeres de manera separada los datos reportaron resultados positivos más frecuentemente para las mujeres y negativos e insignificantes para los hombres, 15 de 17 programas mostraron considerables mejoras en los conocimientos, 3 de 5 programas algún aumento en aposte la postergación de edad de la primera relación sexual, 3 de 3 programas mostraron aumentos en la auto eficacia del condón, 2 de 2 estudios mostraron un aumento en el uso de método anticonceptivos. (Svenson y Burke, OMS, 2007).

En una investigación realizada en Quito en el 2008 “Impacto de las relaciones sexuales en la salud sexual y reproductiva de las/los adolescentes del Colegio Gran Bretaña”, se evidenció que la mayor parte de los adolescentes (80%) manifiestan que si les gustaría ser parte del equipo de personas que oriente en sexualidad a adolescentes y jóvenes. Experiencias que se viven en otros centros de educación para adolescentes hace que tengan motivación para la participación.

[29] Maticka Tyndale E. Evidence of youth peer education success. Arlington. Family Health International. 2006

Es necesario también que se involucren en este proceso para que la teorización permita regresar a la práctica para transformarla, mejorarla y siendo parte del equipo tener acuerdos, compromisos que nos lleve a todos/as a llevar una sexualidad sana que se proyecte a quienes nos rodean e ir cambiando, de ser necesario, comportamientos con responsabilidad a fin de mejorar la calidad de nuestras vidas.

El Programa de intervención denominado "Educación de la Sexualidad Adolescente entre Pares", considerando la información de los ocho puntos de verificación generadas por Family Health International, (Adamchak y Finger, Standards for Peers Education Programmes, 2006), que son:

- Aspectos sobre el marco teórico (capacitación, supervisión, etc.).
- La cooperación de los interesados directos.
- La participación de los padres.
- La alianza entre adolescentes y adultos.
- La participación de los adolescentes.
- La sensibilidad respecto al género.
- La participación comunitaria.
- La cooperación de la educación entre pares ; trabajó los temas de sexualidad con un enfoque de valores, para fomentar las habilidades personales de las adolescentes, desarrollando capacidades para la vida, de manera que tomen decisiones basadas en hechos e informaciones verídicas y centradas, se determinó trabajar con estudiantes de los décimos cursos como promotoras, con el objetivo de darle seguimiento y sustentabilidad a la iniciativa, tomando en consideración estudiantes en edad promedio de 14 años, las mismas podrían replicar la experiencia durante los 3 años posteriores que aún les quedan de colegiatura y considerando lo expuesto por (Adamchak,2006). En este sentido aunque en el contexto las Promotoras Líderes se desenvolvieron bien, el trabajo en terreno evidenció una resistencia inicial de las alumnas de los últimos cursos

a ser capacitadas por estudiantes de menor edad, por no considerarlas como pares. Sin embargo se superó esta situación rápidamente, prueba de ello es que la gran mayoría de las estudiantes intervenidas aprobó con alta satisfacción los aspectos técnicos del trabajo y los contenidos en general.

En las opiniones emitidas el grupo de muestra refirió que la iniciativa le resultó, interesante, educativa, divertida, y que deberían realizarse más talleres sobre el tema ya que son de mucha utilidad.

Dentro de este contexto los resultados en la mejora de conocimiento en sexualidad tanto de las promotoras líderes como del grupo de intervención (muestra) es considerable, si se analizan los datos ambos grupos muestran entendimiento en los temas tratados, el enfoque de evaluación del proceso si bien ha sido descriptivo se encuentra muy pegado a la realidad observada. La consideración de género puede afectar significativamente los resultados de la investigación diseñada, tomando en cuenta que los intereses de adolescentes en estas mismas edades pueden diferir según, el género, la condición socio económica, las condiciones de desarrollo cultural y social.

Podemos acotar que se trabajó sobre un grupo homogéneo, con igual género, similares condiciones socio económicas y socio culturales, limitadas además al plantel educativo en donde se desarrolló la propuesta, y que estos factores influyeron de forma positiva en el desenvolvimiento de la iniciativa y por tanto en los resultados obtenidos, sin embargo y debido a que el proceso se diseño bajo los ocho puntos de verificación generados por Family Health International para implementación de programas entre adolescentes en países en vías de desarrollo, y la intervención se rigió estrictamente al trabajo estructurado se esperaba que la asimilación de conocimientos en sexualidad de las estudiantes aporte resultados positivos.

En el estudio que se presenta se puede observar que los conocimientos iniciales de las adolescentes en sexualidad es escaso bordeando el 32% en la pre prueba del grupo de adolescentes promotoras líderes y el 58% en el grupo de intervención, siendo los conocimientos en el grupo de intervención mayores en un momento inicial debido a que incluían alumnas de quinto y sexto de bachillerato, mayores en edad y conocimientos. En la post prueba la certeza con que responden las estudiantes es del 95% en el grupo de promotoras líderes, y cercana al 99% en el grupo de intervención, lo que hace concluir que el programa abordó temas de interés para las adolescentes, lo que además es expresado de manera escrita en los diferentes instrumentos utilizados por las estudiantes.

Aquí hacemos referencia a dos estudios de Family Health International en África y Sud América en donde se han aplicado programas de intervención entre pares que destacan que los grupos de intervención inicialmente tenían escasos conocimientos de sexualidad cercanos al 28% y 33% ,los que se sondearon con un formulario de intervención de 100 preguntas en el tema y estos se remitían a lo que habían aprendido los adolescentes en los entornos en que se movían influenciados además por lo que observaban en la televisión, cine, revistas, etc. (Adamchak,2006). Estudio con resultados similares al conocimiento inicial de las promotoras líderes: 32%.

El presente estudio determinó que los conocimientos previos en sexualidad eran escasos e inadecuados, considerando que sus principales fuentes de información fueron en orden de frecuencia: maestros 61%, amigos (as) 53% y padres 41% , se pone en evidencia que los adultos, inclusive educadores poseen deficiencia en los conocimientos sexuales, debido a que son sus actitudes, creencias y temores los que no les permiten hablar con claridad con sus hijos-hijas o estudiantes a su cargo, no porque no sepan sobre el tema que les inquieta sino por los mitos y prejuicios que les dominan.

Un estudio realizado con una muestra de adolescentes de secundaria de Barranquilla- Colombia CAC (19995-1997) demostró que los padres y la escuela fueron la principal fuente de información sexual en un 74% (Romero), en concordancia con los resultados del grupo de promotoras quienes refirieron que lo que conocen de sexualidad lo aprendieron en casa con sus padres: 81%, seguidos por los maestros con el 31%.

Diferentes estudios han puesto en evidencia las deficiencias en los conocimientos sexuales que presentan padres, madres, educadores y profesionales, los resultados de los Talleres de Autoevaluación de Conocimientos Sexuales realizados con grupos de docentes de diferentes regiones de Colombia (Bolívar, Magdalena, Atlántico y Barranquilla), han develado la necesidad de incrementar y mejorar los conocimientos sexuales en esta población.

En estas evaluaciones los docentes evaluados tuvieron puntuaciones bajas que indicaban inadecuación e insuficiencia (CAC, 1994 y 1995; GAMMA IDEAR, 1994). Con adolescentes se han encontrado resultados semejantes al aplicarles el cuestionario del CAC que evaluó conocimientos que supuestamente deberían poseer en undécimo grado de secundaria, se halló que más del 80% no logró superar el 50% del cuestionario adecuadamente. Datos que los podemos relacionar con los resultados del nivel de conocimiento inicial del grupo intervenido: 58%.

¿Quién debe dar información sexual?

Esta es la gran pregunta, no es verdad? Será la familia, los padres, los profesores, o los amigos? Todos podrían ser muy idóneos para brindar esta información. Pero ¿por qué existe la polémica?

Los padres y madres son grandes educadores de la vida, tienen más años que los y las adolescentes y sobre todo tienen una gran experiencia. Cuando desean transmitirla a sus hijos o hijas no saben cómo atravesar ese puente (que muchas veces es un puente colgante), donde todo lo que se diga o exprese, puede mover muchas emociones en sus hijos e hijas.

Los padres tienen miedo de que cuando sus chicos y chicas tengan la información vayan a hacer uso de la misma y quieran vivir y replicar lo aprendido. No es fácil mirar a un hijo o hija como un ser sexuado con experiencias y vivencias propias. Aquí es donde la comunicación se torna un camino cuesta arriba y la vergüenza o incomodidad no permiten un acercamiento franco y abierto y el resultado es delegar a otra persona que sea el educador del hijo o hija.

Los profesores/as Tienen la práctica por profesión de educar e informar de muchos temas; pero, ¿también en los temas sexuales? ¿los chicos y las chicas pueden ver a su profesor de matemáticas, ciencias o lógica hablar de Educación Sexual?.

¿Deben ser los DOBES (Departamento de Orientación y Bienestar Estudiantil) los del poder absoluto del conocimiento?, ¿o ponerle a la educación sexual de relleno para la hora hueca que un gentil profesor cedió involuntariamente?. Como maestro, al ponerme frente a un grupo de alumnos, ¿me veré evidenciado como un ser humano con alegrías y tristezas y eso me quitará autoridad?

Los amigos y amigas. Los amigos y amigas del alma, a quienes todo contamos, con quienes todo compartimos. ¿Podría ser que este amigo o amiga, que con sus experiencias, casi iguales a las mías, me pueda facilitar toda la información en Salud Sexual y Reproductiva? ¿Tendré que quedarme con las dudas o buscar la información en Internet donde todo es muy amplio pero sin una gota de calor humano?. ¿Tal vez debería acudir a las películas XX o XXX que me hacen ver mucho, sentir emoción, pero no me informan?

Para los / las adolescentes que acuden a la Casa Metropolitana de las Juventudes en Quito en el año 2008, realmente la persona que debe manejar el tema en Prevención en Salud Sexual y Reproductiva, necesita poseer algunas de estas características:

- Tener una amplia solvencia en el conocimiento biológico.
- Estar despojada de juicios de valor. Esto quiere decir que se debe hablar del tema sin dar un juicio, ni positivo ni negativo, de lo que

hacen o dicen los demás. En pocas palabras: no criticar, no juzgar, no dar valor a las cosas ni a las actitudes.

- Saber escuchar las cosas que los demás quieren decir, aprender, y despejar sus dudas.
- Es necesario que brinde la seguridad de una confidencialidad, lograr un espacio positivo para tener la confianza de hablar sin miedo a ser mal interpretado/a, sin burlas.
- Confianza para hablar de prevención en salud sexual y reproductiva no solo de la parte biológica sino de las emociones del diario vivir.

¿Quién quiero que me informe?

He aquí algunos testimonios:

- "Debe ser una persona agradable, que inspire confianza. Con quien se pueda hablar". Paola, 16 años.

- "Que sea una persona que escuche lo que queremos preguntar, y no lo que ella quiera dar". Aníbal, 15 años.

- "Con quien no de vergüenza hablar y que no te queden viendo como rara". Cris, 13 años.

Los métodos más usados por la escuela y la familia para educar la sexualidad han sido el silencio, el disfraz, la mentira, el engaño, el castigo, la represión la distracción, la evasión, el aplazamiento, la delegación, etc. Todos estos métodos tradicionales de la educación de la sexualidad han tenido impactos negativos en el desarrollo psico-sexual de niños, niñas y adolescentes que han aprendido a sentir que la sexualidad es mala, que no es bueno saber la verdad, a desconfiar de los adultos creando un distancia generacional en relación a la sexualidad y a buscar otras fuentes de información adquiriendo una sensación de tabú y misterio que los obliga a recurrir a sus pares y amigos en busca de la verdad, tal como nuestro estudio lo demuestra al señalar como fuente importante de información en los aspectos sexuales a los amigos y amigas. Situación que hemos

aprovechado para que esta iniciativa de educar la sexualidad entre pares rinda sus frutos, pudiendo asegurar que los resultados positivos se deben a que las promotoras líderes adolescentes asumieron adecuadamente el rol como educador sexual por sus características, valores, actitudes, condiciones, habilidades y aptitudes propias de su edad y su entorno, por hallarse relativamente libres de problemas emocionales o de personalidad, así como de mitos, creencias y prejuicios respecto a la educación de la sexualidad ; lo que permitió dar un abordaje directo, abierto, sincero, honesto y veraz y ofrecer una educación sana y renovada que reivindique vuestra naturaleza sexual.

Las investigaciones realizadas por el autor Leonardo Romero sexólogo asesor y consultor del Proyecto Nacional de Educación Sexual de Colombia, muestran que el dominio de los conocimientos sexuales permite a las personas vivir una vida sexual más libre de actitudes negativas, el desconocimiento de los hechos de la vida sexual facilita el ejercicio de la sexualidad fundamentada en mitos y distorsiones que pueden alterar su desempeño sexual. “Una buena educación sexual no podrá florecer jamás del desconocimiento y la desinformación sexual”.

Unos buenos conocimientos son básicos para una adecuada madurez sexual, pero son las actitudes sexuales las que configuran los comportamientos, el hecho de que las personas conozcan que es lo más correcto, no significa que lo harán. La presente investigación demostró que tanto los conocimientos y las actitudes sexuales mejoraron en todas las adolescentes intervenidas, aunque las actitudes no pueden ni deben ser juzgadas, motiva la esperanza de una vivencia de la sexualidad autónoma, responsable y plena.

7. CONCLUSIONES

7. CONCLUSIONES

Esta investigación tuvo por finalidad realizar un programa de intervención para la formación de dieciséis promotoras adolescentes en Educación de la sexualidad en el Instituto Tecnológico Riobamba.

1. El estudio permitió mostrar que en Educación de la Sexualidad, las estudiantes tienen escasa profundización en el tema propuesto, en la pre-prueba los resultados muestran que el conocimiento sobre 59 literales de importancia de las estudiantes promotoras lideres en la etapa inicial se acerca al 32%, mientras que en la post prueba del programa las estudiantes responden en un 95% con acierto y manejan los temas del programa de intervención con seguridad. En la pre prueba del grupo intervenido las 114 estudiantes muestran conocimientos sobre los 59 literales de importancia cercanos al 58%, mientras que en la post prueba las estudiantes responden en un 99% con acierto el mismo número de literales. Los cálculos estadísticos realizados demostraron que la mejora en el aprendizaje fue estadísticamente más significativa en el grupo de las 114 adolescentes intervenidas que en el de las 16 promotoras líderes formadas por adultos profesionales; por tanto podemos concluir que la educación de la sexualidad llegó de mejor manera de adolescente a adolescente, es decir entre pares.

   Las actitudes y prácticas sexuales tanto de las adolescentes promotoras líderes en educación de la sexualidad como de sus pares intervenidas han sido investigadas concluyendo que si bien al inicio fueron desfavorables al final del programa educativo se percibió un cambio favorable.

2. El programa de intervención resultó exitoso para la formación de promotoras adolescentes en educación de la sexualidad, así como para su implementación posterior desde las líderes promotoras a sus pares adolescentes.

Durante la implementación de los talleres de las promotoras líderes a sus pares, las alumnas intervenidas expresaron su alta satisfacción en los aspectos técnicos que incluían formación de las promotoras, calidad de los talleres, metodología adecuada, relación de las promotoras con las participantes, respuesta a expectativas, conocimientos adquiridos, entre otras.

3. El tiempo de preparación permitió realizar un trabajo profundo con las promotoras líderes con el apoyo de la red de educadores multidisciplinaria e interinstitucional, lo que se revirtió en un excelente trabajo de las promotoras líderes con sus pares intervenidas. Se concluyó que las promotoras bien capacitadas se desenvolvieron sin inconvenientes y con seguridad entre sus pares.

4. La colaboración de las alumnas promotoras líderes en este programa de intervención fue determinante en el éxito del programa, así como la colaboración de padres de familia, autoridades, red interinstitucional y multidisciplinaria y maestrantes de Hebeatría de la Universidad Nacional de Loja.

5.- El 94% de las alumnas intervenidas con el programa educativo opinó que los temas tratados eran importantes, el 86% aprobó el material didáctico utilizado, el 79% opinó que el desenvolvimiento de las promotoras fue excelente o muy bueno y el 84% se mostró satisfecho con los conocimientos adquiridos.

8. RECOMENDACIONES

8. RECOMENDACIONES

1. Determinar el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas en sexualidad de las adolescentes cuando ingresan a la institución mediante la aplicación de la Historia Clínica de atención integral a la adolescente con todos sus instrumentos como familiograma, ecomapa, Apgar familiar, etc. a fin de adaptar los módulos acorde a sus inquietudes y necesidades.

2. Aplicar los módulos diseñados mediante talleres impartidos por las promotoras líderes adolescentes a las estudiantes que ingresan al octavo año de educación básica.

3. El interés que presentan las adolescentes mayores y menores en el tema debe ser trabajado durante la formación de promotoras por profesionales multidisciplinarios para enriquecer la propuesta y hacer llamativo el trabajo de formación, por otra parte los adultos preparados (Hebeatras), estaremos involucradas permanentemente para asegurar que los conocimientos impartidos en la educación de la sexualidad no sean mal interpretados o tergiversados.

4. Para la réplica de los módulos debemos asegurar la sustentabilidad del programa educativo en el tiempo mediante la formación de nuevas promotoras adolescentes líderes en educación de la sexualidad, el comprometimiento estudiantil, de autoridades, docentes y padres de familia de manera que en el futuro tengamos a toda la población estudiantil capacitada y preparada para tomar sus decisiones en forma libre y responsable.

   Por otra parte se requiere de un esfuerzo constante para asegurar la captación de los conocimientos mediante la innovación de dinámicas

en los módulos que permitan capturar constantemente la atención de las estudiantes con el apoyo de grupos de teatro y música, como lo sugirió de manera escrita un grupo importante de estudiantes intervenidas.

5. Evaluar el programa de intervención considerando la información de los ocho puntos de verificación generadas por Family Health International, (Adamchak y Finger, Standards for Peers Education Programmes, 2006),: Aspectos sobre el marco teórico (capacitación, supervisión, etc.); La cooperación de los interesados directos; La participación de los padres; La alianza entre adolescentes y adultos; La participación de los adolescentes; La sensibilidad respecto al género; La participación comunitaria; y La cooperación de la educación entre pares.

6. Replicar los conocimientos en las adolescentes que acuden al Hospital Provincial General Docente Riobamba mediante la formación de clubes en el servicio de atención diferenciada para adolescentes con énfasis en salud sexual y reproductiva.

9. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

PROGRAMA EDUCATIVO DE INTERVENCIÓN "EDUCACIÓN DE LA SEXUALIDAD ADOLESCENTE ENTRE PARES" EN EL INSTITUTO TECNOLÓGICO "RIOBAMBA" 2008 - 2009.

El programa educativo de intervención "Educación de la Sexualidad Adolescente entre Pares", se ha creado y diseñado específicamente para formar, educar y orientar en sexualidad a 16 adolescentes de género femenino del Instituto Tecnológico "Riobamba", con el propósito de que sean las adolescentes quienes puedan replicar conocimientos en sexualidad responsable entre sus pares.

INTRODUCCIÓN

La educación sexual bien planeada debe orientar a los jóvenes sobre los procesos de desarrollo y de madurez sexual con un alto criterio sobre el sexo y conducir al adolescente a aceptar conscientemente (no por instinto) los modos elevados de satisfacer a la edad oportuna sus inquietudes y convertir esa relación humana en asuntos deseables para establecer la salud mental en un individuo y en una sociedad sana[30].

El adolescente se mueve siempre en su realización personal y hacia el uso más total de su capacidad, es feliz y goza al desplegar su iniciativa y su interés sobre muchos aspectos de la vida. Su fortaleza juvenil y su gran deseo por la vida lo llevan a lograr habilidades que le proporcionan satisfacciones para él y para los demás dentro de un ambiente social adecuado. Actualmente los jóvenes tienen mayor libertad en la vida social que hace 60 años, esto implica que ellos deben asumir una mayor responsabilidad en cuanto a sus relaciones y conducta, a fin de que puedan ser verdaderamente felices, tanto

[30] Pacheco Campos, *La sexualidad en la educación*, México, 2001.

en el presente como en el futuro, y no se dejen arrastrar por impulsos o excitaciones pasajeras.

Una actividad franca, sincera, sin falsos pudores, realista y sana hacia el sexo opuesto, es recomendable siempre que no se interfiera a la moral ni se pierda la consideración, el respeto, la cortesía, atención y compostura en la vida social, es decir siempre y cuando se respete la normativa social establecida. En nuestra sociedad el compromiso cuando se es demasiado joven limita las oportunidades de conocer a otras personas. Los noviazgos que son resultado de decisiones inmaduras no son duraderos y su rompimiento da lugar a penas y dificultades en todos los grupos sociales.

La comprensión y la consideración hacia las necesidades sexuales son importantes y básicas para el matrimonio. La promiscuidad ofrece como excusa una necesidad física, pero debe tenerse presente que ninguna persona sufre un daño físico o mental al posponer su vida sexual hasta el momento oportuno.

La falta de educación sexual y las relaciones de los principios morales contribuyen a la prostitución y acarrean graves problemas sociales (relaciones pre maritales y extramaritales, divorcio, embarazo en madres adolescentes, aborto). No es fácil evitar la diseminación de infecciones de transmisión sexual (gonorrea, sífilis, herpes, S.I.D.A) o de evitar el embarazo en relaciones sexuales clandestinas.

Por otra parte la educación en sexualidad en nuestro país es relativamente reciente, y se ha visto impedida por varias situaciones, prejuicios de las familias y de índole religioso, además del desafío que presupone estructurar la educación en sexualidad considerando el género, la madurez y las condiciones económicas y socio – culturales de los estudiantes.

Para que la educación sexual fuese impartida por parte de la educación media se ha pasado por muchas dificultades y reformas educativas. Si se ha discernido que la educación sexual fuese impartida dentro del programa de educación formal; los retos han sido múltiples si se considera además el problema que presenta crear los programas educativos y los métodos para impartirla adecuadamente mediante diversos recursos didácticos.

Muchas veces por la falta de preparación de los padres la educación en sexualidad no se da en la familia. Entonces es fundamental que la educación en sexualidad se imparta adecuadamente por los docentes, ya que durante la niñez y la adolescencia, la escuela es como una segunda casa.

El despertar cada vez más temprano de la actividad sexual en adolescentes se ha convertido en un problema social que tiene efectos nefastos, en esta edad la incursión no responsable en el ámbito sexual acarrea inconvenientes de salud, como es el caso de transmisión de infecciones incluyendo el VIH/SIDA, el fenómeno del embarazo adolescente con todas sus implicaciones biológicas, psicológicas y sociales.

Las experiencias de trabajo con adolescentes en general muestran que poseen escasos conocimientos en sexualidad y que es la falta de formación, educación y orientación la que los hace vulnerables a la problemática social que se genera en torno al tema. Por otra parte estudios revelan que existe una relación estrecha entre inicio precoz de la vida sexual en adolescentes de 15 años o menos y una mayor incidencia de problemas ginecológicos y psicosociales en la vida adulta como: actitud negativa hacia su propio cuerpo, conductas fuera de norma, fracaso en los estudios, etc."[31] Y es en este aspecto en donde una adecuada formación, educación y orientación marcan la diferencia, los adolescentes que se sienten seguros y conscientes de su

[31] N. Marta Díaz-Gómez, Antonio Barroso, Carmen Hernández, Ana Romero, Purificación Daroqui, Mercedes Novo. Sexualidad en adolescentes. Publicación Universidad de la Laguna, Tenerife, 2005.

sexualidad no poseen actitudes negativas de sí mismos, ni de sus cuerpos, se insertan de mejor manera a la sociedad y rechazan el abuso de terceros.

Dentro de la provincia el alto índice de embarazos en adolescentes y el aumento de la prevalencia de embarazos en el plantel educativo en el que se realiza la investigación, motivó a plantear una inquietud educativa a las proponentes quienes estructuraron un modelo de intervención para transmitir conocimientos en sexualidad a las adolescentes del colegio.

La propuesta que se presenta es un programa alternativo que se esboza sobre la educación de la sexualidad entre pares, la iniciativa tiene consideración de género, se aplicará únicamente a adolescentes mujeres. Se consideró el tema de la sexualidad por la relevancia que tiene tanto para adolescentes y adultos y conscientes de su importancia en la estructura social.

Tradicionalmente se ha impartido educación en sexualidad de manera sesgada, estudiando ítems específicos más relacionados con la educación sexual que con la sexualidad en todo su contexto, con un enfoque fisiológico y/o reproductivo, sin consideraciones de género, edad, factores de riesgo, etc., y adoptando una posición represora, enfocados a que los adolescentes se abstengan en cuestiones concernientes a su sexualidad, esto ha determinado que en esta etapa crucial del desarrollo humano los sujetos tengan escasos conocimientos sobre sí mismos y por otra parte ha estimulado a que ellos busquen sus propias fuentes de información que en la mayoría de los casos no son las más adecuadas o no poseen los conocimientos necesarios, avocándolos a adoptar conductas erradas. Por otra parte los adolescentes se sienten intimidados y temerosos al relatar sus experiencias y/o satisfacer sus inquietudes de índole sexual con adultos sean estos sus padres, profesionales u otros, y se sienten más inclinados a buscar soluciones con sus pares.

Los programas de educación diseñados para adolescentes no logran separarse del contexto adulto – adolescente, por lo que las investigaciones iniciales sobre el tema y las experiencias propias de las proponentes revelan que en grupos grandes estas iniciativas no logran llegar a la gran mayoría de la población que se pretende educar.

El efecto de los métodos tradicionales de educación sexual como: engañar, disfrazar, reprimir, castigar, evadir, delegar y el silencio han deteriorado la imagen de la sexualidad, conceptualizándola como mala, envuelta en un sentido de tabú y misterio, que genera sentimientos de culpa por las emociones y comportamientos sexuales, así los y las adolescentes adquieren un sentido malicioso de la sexualidad que acarrea desconfianza en los adultos y los lleva a buscar otras fuentes de información concibiendo generaciones de adultos con problemas en torno a su sexualidad.

El programa de intervención tiene la intención de desarrollar las habilidades y potencialidades de las adolescentes para la toma de decisiones, pues cada joven debe pensar, escoger, decidir desde sus principios y valores lo que más le conviene y tener la información adecuada que se requiere para hacerse responsable de las consecuencias de su decisión.

JUSTIFICACIÓN

El presente estudio se hace factible debido a que sus proponentes se encuentran involucradas a los sectores de la educación y salud públicas, tienen acceso directo al trabajo con adolescentes, cuentan con el respaldo de las autoridades y los padres de familia y sobre todo cuentan con la voluntad de participar de las adolescentes.

OBJETIVOS:

- Lograr un impacto positivo en las adolescentes en relación a su sexualidad mejorando los conocimientos a través de la comunicación entre pares.
- Disminuir las actitudes y prácticas sexuales de riesgo en las adolescentes del Instituto “Riobamba”.

METODOLOGÍA DEL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN

Se trabajará un tema de por sí complejo que en nuestro medio social sigue siendo tabú, dándole un enfoque diferente e innovador: el de los derechos y los valores en salud sexual y reproductiva.

Dentro de este contexto, la capacitación es la clave del éxito de la iniciativa, se plantea el aprendizaje en sexualidad como un proceso que involucre a las adolescentes como artífices de su propio desarrollo y el de sus iguales, estimulando espacios de diálogo y reflexión, donde puedan centrar sus expectativas y responsabilizarse de sus cuerpos y sus actos, contando con una adecuada orientación en las diversas etapas del programa.

La iniciativa es un modelo de intervención que no ha contado con mediciones en nuestro medio, y es la primera vez que se realiza formalmente en un plantel educativo de la ciudad de Riobamba, los resultados de la investigación por lo expuesto, no resultan concluyentes son más bien referenciales y servirán para profundizar sobre el tema y el trabajo con adolescentes.

Se entiende la capacitación como un *proceso*, que *involucra y propone a las adolescentes* a tomar un rol activo en su educación y las proponentes se comprometen a imprimirle un sentido de seguimiento total al programa.

El tipo de metodología propuesta para el programa de intervención está basado en Jornadas – Taller con ponencias y trabajos en grupo. Al mismo tiempo se hará la grabación de todo lo trabajado de tal forma de contar con el informe completo del trabajo realizado.

Planteamos trabajar con cuatro módulos expuestos a manera de talleres dinámicos y participativos, cada módulo tendrá una guía de trabajo basada en videos, folletos, libros, artículos, ponencias y experiencias de otros estudios, tomando en consideración los consejos de la red de profesionales multidisciplinaria e interinstitucional, además de los temas propuestos por las estudiantes recogidos del buzón de sugerencias instalado en el Instituto Tecnológico "Riobamba".

Los módulos a desarrollarse son:

- ✓ **CRUZANDO EL PUENTE**, en donde se abordarán los temas de los cambios bio-psico-sociales que conllevan la Pubertad y la Adolescencia.
- ✓ **MIS DESEOS Y YO**, donde se enfocarán los temas de Sexualidad humana, Relaciones sexuales, Embarazo adolescente y Prevención de violencia sexual.
- ✓ **MQM, x ESO ME CUIDO**, (Me quiero mucho, por eso me cuido); módulo que abarcará Maternidad / paternidad responsables. los Métodos anticonceptivos con enfoque de derechos, las ETS + VIH/SIDA.
- ✓ **TIEMPO DE DECIDIR**, donde se trabajarán temas como la asertividad, autoestima, presión del grupo par y toma de decisiones.

Todo esto se tratará incorporando en cada punto el eje de los valores y los derechos.

MATRIZ DE MÓDULOS Y TALLERES PARA LAS LIDERES PROMOTORAS EN EDUCACIÓN DE LA SEXUALIDAD ADOLESCENTE ENTRE PARES DEL INSTITUTO "RIOBAMBA"

MODULO	TALLERES	DURACIÓN	RESPONSABLES
CRUZANDO EL PUENTE	Yo soy :Identidad personal, identidad colectiva. Identidad de género y sexual.	4 horas	Dra. Mayra Veloz Ponce Médica Tratante del ITS "Riobamba"
	¿Cómo funciona nuestro cuerpo: corporalidad, anatomía y fisiología.	3 horas	Dra. Rosario Salem
	PONTE PILAS: riesgos y vulnerabilidad de adolescentes y jóvenes en la vivencia de su sexualidad.	3 horas	Dra. Mayra Veloz Ponce Médica Tratante del ITS "Riobamba"
	CRUZANDO EL PUENTE	6 horas	Dra. Rosario Salem- Dra. Mayra Veloz
	Taller de sensibilización de soledades	3 horas	Red NACCE
	El rol del (la) adolescente como actor (a) protagónico en la sociedad.	3 horas	Edison Barba- Alex Lluguín-Aquiles Herbas. Movimiento Niñez, Adolescencia y Juventud de la ciudad de Riobamba.

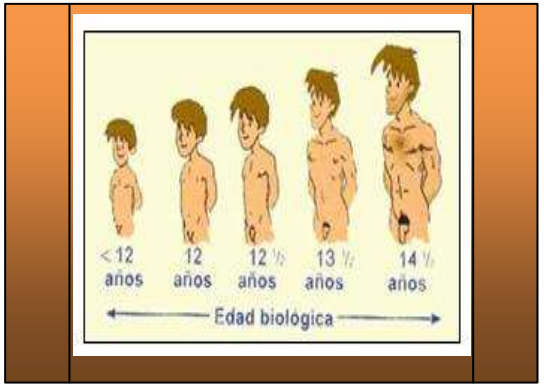
MIS DESEOS Y YO	Sexualidad, placer y afectos: ¿Qué es el amor?	3 horas	Dra. Angelita Villacrés. Médica Máster en Sexualidad Humana
	Mis deseos y yo . Placeres y masturbación	3 horas	Doctora Mayra Veloz
	Mis deseos y yo	4 horas	Máster María Isabel Salem . Máster en Educación sexual-Obstetriz./Dra. Rosario Salem
	Construyo mi vida: toma de decisiones, derechos	4 horas	Licenciada. Ligia Montes-Doctora. Mayra Veloz
	Maternidad y paternidad responsable. Métodos anticonceptivos.	4 horas	Dra. Rosario Salem Abarca
	Interiorización, introspección, sensibilización. Mitos y tabús en sexualidad.	8 horas	Dra. Ana Montes Psicóloga Educativa-Máster en Proyectos educativos. Dra. Mayra Veloz/Dra. Rosario Salem

MQM, x ESO ME CUIDO	Derechos sexuales y reproductivos. ¿Qué son y cómo funcionan?	4 horas	Licenciada. Ligia Montes-Doctora. Mayra Veloz
	Sexualidad humana y valores	3 horas	Dra. Ana Montes Ruiz
	Conocimientos en VIH/SIDA. Enfermedades de transmisión sexual. Uso del condón.	4 horas	Máster Gladis Bonilla González .Coordinadora Provincial de PRONESA. Dra. Ana Montes Departamento de investigación y desarrollo Dirección Provincial de Educación de Chimborazo.
	Maternidad y paternidad responsable. Métodos anticonceptivos.	4 horas	Máster Gladys Bonilla González .Coordinadora Provincial de PRONESA. Dra. Ana Montes Departamento de investigación y desarrollo Dirección Provincial de Educación de Chimborazo.
	Delitos sexuales. Obligaciones de los y las adolescentes como ciudadanos	3 horas	Dra. Delia Caiza. Abogada.
	MQM x eso me cuido(Me quiero mucho, por eso me cuido)	8 horas	Máster Gladis Bonilla Coordinadora Provincial de PRONESA./ Dra. Mayra Veloz.

TIEMPO DE DECIDIR	Nuestras percepciones: autoestima y valoración de los otros.	4 horas	Dra. Mónica Montes Doctora en Promoción de la Salud.
	Comunicación	12 horas	Equipo de comunicadores juveniles de “La Brújula”. Lcda. Sandra Bayas.
	Seamos más asertivos: desarrollar habilidades para ser asertivos y para la comunicación positiva.	4 horas	Licenciada. Ligia Montes Ruiz – Dra. Mayra Veloz Ponce
	Presión del grupo par	4 horas	Dra. Deysi Cabrera –Red Interinstitucional de movilidad humana
	Resolución de conflictos y toma de decisiones (Asertividad)	4 horas	Dra. Deysi Cabrera –Red Interinstitucional de movilidad humana
	Tiempo de decidir	3 horas	Licenciada Ligia Montes. Docente Licenciada en Ciencias de la Educación/Dra. Mayra Veloz.

EN LOS CHICOS:

- ♂ **Vello púbico**
- ♂ **Vello axilar**
- ♂ **Vello facial**
- ♂ **Cambio en la voz**
- ♂ **Cambios en la piel**
- ♂ **Ensanchamiento de hombros**
- ♂ **Aumento de talla y peso**



¿LA PUBERTAD INICIA EN TODOS Y TODAS POR IGUAL?

LA EDAD PROMEDIO DEL COMIENZO DE LA PUBERTAD VARIA ENTRE MUJERES Y VARONES

♀ **Niñas: 10 años**

♂ **Niños:12 años**

LA ADOLESCENCIA SE CLASIFICA EN:

Adolescencia menor de 10 a 13 años.
Adolescencia media de 14 a 16 años.
Adolescencia final de 17 a 19 años.

¿Y como sabemos que estamos cambiando?

Hay acontecimientos que señalan que la pubertad ha comenzado en la vida de niñas y niño, así tenemos:

LA MENARQUIA:

Es la ***primera menstruación***; es el símbolo concreto del paso de niña a mujer.

LA ESPERMARQUIA:

Es la ***primera eyaculación*** en los adolescentes, significa que los testículos del varón son capaces de producir espermatozoides que pueden fecundar óvulos femeninos.

INSTITUTO TECNOLOGICO RIOBAMBA

HOSPITAL PROVINCIAL RIOBAMBA

EDUCACION DE LA SEXUALIDAD ENTRE PARES

Los adolescentes no solo somos el futuro, somos el presente construyendo nuestro futuro.

TALLER 1

CRUZANDO EL PUENTE

CRUZANDO EL PUENTE

Todas las personas experimentamos cambios que nos llevan de una etapa a otra (puente) en el transcurso de la vida como el de:

LA PUBERTAD.-Es el inicio de la adolescencia, se caracteriza por notables cambios físicos en niños y niñas que los conducen a la adquisición de su capacidad reproductora

A partir de la primera menstruación en las niñas y de la primera eyaculación en los niños el ser humano ya es capaz de reproducirse.

Y LA ADOLESCENCIA:

Que es el tiempo de tomar grandes decisiones que marcarán nuestra vida. Es una época de encuentros y amistosos y de desencuentros, búsqueda de verdades y apoyo emocional, de aflojamiento de ligaduras familiares, de sueños de futuro y de nuevos valores que favorecen nuestra formación de la identidad y el tránsito hacia la edad adulta.

En esta etapa la mayoría de los y las adolescentes nos interesamos mucho por nuestro aspecto físico y las relaciones con amig@s.

Es un tiempo personal que marca el ingreso al mundo a través de la conquista de un lugar propio en el espacio social y cultural.

Lo veamos o no el cuerpo de las chicas y los chicos cambia.

CAMBIAN LOS ORGANOS SEXUALES

FEMENINOS

- ♁ Ovarios
- ♁ Trompas de Falopio
- ♁ Útero
- ♁ Vagina

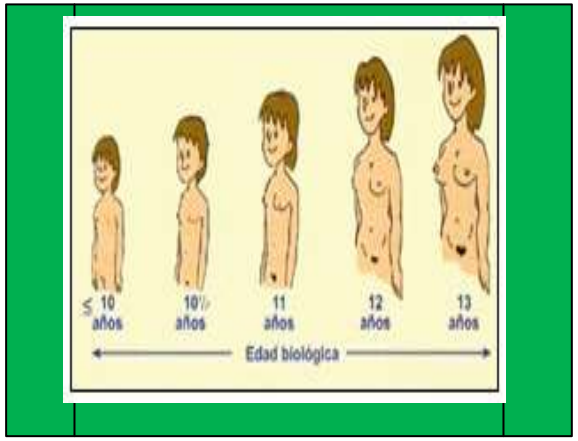
MASCULINOS

- ♂ Testículos
- ♂ Pene
- ♂ Escroto
- ♂ Vesículas seminales
- ♂ Glándula prostática

Y APARECEN LAS CARACTERISTICAS SEXUALES SECUNDARIAS

EN LAS CHICAS:

- ♁ Crecimiento de los senos
- ♁ Vello Púbico
- ♁ Vello axilar
- ♁ Ensanchamiento de caderas
- ♁ Cambio en la voz
- ♁ Cambios en la piel
- ♁ Aumento en talla y peso



EDUCACIÓN DE LA SEXUALIDAD ADOLESCENTE ENTRE PARES

TALLER N. 1 "CRUZANDO EL PUENTE"

TEMA: PUBERTAD Y ADOLESCENCIA

DURACIÓN: 3 horas

Responsables: Dra. Mayra Veloz /Dra. Rosario Salem

TEMA	OBJETIVO GENERAL	ACTIVIDAD	PROCESO- METODOLÓGICO	TIEMPO	RECURSOS
LA PUBERTAD	Reconocer y valorar los cambios físicos, afectivos y sociales que tenemos los y las adolescentes para construir una valoración positiva en relación consigo misma y los/las demás.	Saludo y bienvenida Presentación de las promotoras y alumnas a ser capacitadas	Se colocan en círculo. Una promotora escribe su nombre en una tarjeta de cartulina y empieza diciendo:"yo me llamo…… y tú cómo te llamas?, entonces escribe el nombre de su compañera y dice : ….. te entrego tu nombre con un abrazo y se lo pega con masking. Así se repite hasta concluir con la última participante.	5 minutos 10 minutos	Tarjetas Marcador Masking
AMBIENTACIÓN		DINÁMICA ( ) **"El globo de la vida"** FORMAR 2 GRUPOS DE 10 PERSONAS El grupo se coloca en círculo, a	**ANÁLISIS Y REFLEXIÓN** ¿Por qué elegiste ese objeto? QUE DIGA LAS RAZONES. ¿Qué sensaciones se despertaron en ti al tener que rozar el globo con	15 minutos	Globos Lija Alfileres Hilo

		cada una de las participantes se le entrega un globo, el que debe inflar a un mediano diámetro, La facilitadora coloca en el centro igual número de pedazos de lija, algodón, alfileres e hilo. Pedimos a cada participante que elija el objeto con el cual va a rozar el globo. Cada participante debe en 1 minuto rozar su globo y esperar a ver que pasa. Instrucciones: ESCOGER EL GLOBO INFLARLO ESCOGER EL OBJETO CON EL QUE TOCA	el objeto elegido? ¿Qué pasó con el globo? SE REVENTÓ O NO ¿Cómo podríamos relacionar este juego con tu vida? QUE SENTISTE? QUE PENSASTE? QUE HICISTE? COMO TE RELACIONASTE CON LAS OTRAS? COMO TE PROYECTARIAS? (mensaje) **REFUERZO CONCEPTUALIZACIONES** RELACIONAR EL GLOBO CON LA VIDA-ADOLESCENCIA-RELACIONES CON SUS AMIGOS-AS-PADRES Y MADRES-MAESTROS-AS. ALGODÓN: Suavidad, ternura, amor, delicadeza. LIJA: áspera ,dura, daña lesiona, raspa.. ALFILER: pincha, hiere, lastima. HILO: conduce, une, amarra.		Algodón Masking Marcadores Papelotes
LA ADOLESCENCIA		**EL PASO DE LA NIÑEZ A LA ADOLESCENCIA.** **EL PUENTE** Colocar al grupo en círculo, 1.- Sensibilización: Cierre los ojos e imagínese que va a cruzar un puente colgante. (escalera)	**PROCESO** Colocar en el piso una escalera y entre las gradas colocar las palabras : NIÑEZ-PUBERTAD-ADOLESCENCIA-CRECIMIENTO-CAMBIOS-RAPIDOS-LENTOS-REBELDIA –MENSTRUACIÓN –BUSTO, CADERAS ANCHAS,	15 minutos	Incienso Grabadora Tarjetas Colores Marcadores Papel brillante Tijeras Escalera

		Luego se pide a todas las participantes que : 1.- CRUCEN EL PUENTE. 2.- QUE ELIJAN UN ALTERNATIVA PARA HACERLO: A.- SOLAS B.- CON ALGUIEN C.- CERRADAS LOS OJOS. (vendadas)	VELLO PUBICO, VOZ FINA- IRA-INDEPENDENCIA-TRISTEZA-SUEÑOS-CONFUSIÓN-ALEGRÍAS INCOMPRENSIÓN-ORDENES.- INESTABILIDAD - (deben estar volteados) **REFUERZO:** Responden Individualmente ¿Por qué eligieron cruzar el puente de esa forma? SOLAS-ACOMPAÑADAS- CON OJOS VENDADOS ¿Qué sintieron al cruzar el puente? ¿Qué sentían antes de cruzar el puente? ¿Qué PARTE DEL PUENTE ES LA NIÑEZ Y CUAL ES LA ADOLESCENCIA? ¿Qué sentiste cuando llegaste al otro lado del puente? ¿podemos relacionar a la adolescencia con un puente. Por qué?	10 minutos	Vendas Papelógrafos Marcadores Masking
			REFUERZO DE LA FACILITADORA **REFLEXIÓN** **Relacionar al puente con la Adolescencia. (voltear las tarjetas)**	10 minutos	
		RECESO		10 minutos	
		PROYECCIÓN VIDEO	**PUBERTAD Y ADOLESCENCIA**	45 minutos	Laptop Proyector CD

			TRABAJO EN GRUPOS. Formar 5 grupos para trabajar con una pregunta cada uno. 1.-¿ Qué cambios se presentan de la niñez a la adolescencia? 2.- ¿Cómo desearías que tus padres actúen frente estos cambios? 3.-¿Cómo influyen los amigos y amigas en este proceso? Qué opinas de esta frase? “Amiga es la que me ayuda a crecer no la que me tapa aunque este equivocada, no la que me impide reconocer mis errores” 4.- ¿ Cómo te gustaría vivir este proceso de la adolescencia? 5.- ¿Qué valores tienen los chicos y chicas? **INSTRUCCIONES** ○ Formar grupo ○ Elegir una coordinadora Y una secretaria pero que actúen las dos. ○ Elegir un nombre para el grupo y el porque	15 minutos	papelógrafos marcadores masking

			PLENARIA	15 minutos	
			REFUERZO Relación de padres Los-las amigas y su influencia Importancia de estar acompañadas	10 minutos	
		EVALUACIÓN Hacer preguntas y pedir que las contesten en forma voluntaria, se deben ir aclarando y reforzando los conceptos básicos.	**EVALUACIÓN DE CONTENIDOS** - Qué es la menstruación - Cuáles son los principales cambios durante la pubertad - Si el puente es tu adolescencia, como elegirías pasarlo: - Sola, acompañada o a ciegas. Porqué? - Cómo te sientes en este momento frente a tus cambios	15 minutos	
		CIERRE Y COMPROMISO: **"el espejo"** Miren todos los cambios que estamos experimentando. ¿Qué características nuevas miras en ti? ¿Qué debemos conocer, para aceptarnos, cuidarnos y relacionarnos con los demás?.	**Cómo te sientes AHORA?** ANÁLISIS Y REFLEXIÓN REFUERZO AUTOCONOCIMIENTO Y AUTO ACEPTACIÓN – INTERELACIONARNOS MEJOR	15 minutos	Espejo de cuerpo entero

TALLER 1 “CRUZANDO EL PUENTE”

TEMA: PUBERTAD Y ADOLESCENCIA

INTRODUCCIÓN.- Debido a los severos cambios anatómicos, fisiológicos y a la “explosión” emocional que sufre el organismo, la adolescencia es considerada como una “crisis” del ciclo vital humano, sin contar con el reto que enfrentamos los adolescentes al tener que adaptarnos a nuevas normas sociales.

La adolescencia por lo expuesto es, después de la infancia, la etapa más vulnerable del ciclo vital.

JUSTIFICATIVO

En esta etapa evolutiva de nuestra vida es muy importante que las adolescentes estemos acompañadas para recibir apoyo con los conocimientos científicos pero sobretodo con **afectividad,** considerando que en esta etapa del ciclo vital se adquiere la capacidad reproductora y con ella la necesidad de ejercerla con responsabilidad.

Debemos transmitirles la confianza necesaria para hablar de estos temas que generalmente no son tratados en nuestras familias.

Debemos sensibilizarlas, motivarlas y capacitarlas para trabajar en el conocimiento y cuidado de su cuerpo porque al educarnos estaremos en capacidad de provocar cambios positivos entre las personas que nos rodean (familia, pares, sociedad)

OBJETIVO GENERAL.

- Motivar a nuestros pares adolescentes a mejorar sus conocimientos, así les será más fácil entender y aceptar la etapa de desarrollo que estamos viviendo.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Situar a las adolescentes en la etapa de desarrollo en la que están viviendo y que reconozcan los cambios físicos, psicológicos y sociales que han tenido o están pasando en este momento.

-Desarrollar habilidades para el autoconocimiento y el cuidado del cuerpo y su aceptación como ser humano en proceso de cambio.
- Concienciar que cada etapa de la vida tiene agrados, dificultades y desafíos.

- Generar conocimientos que sirvan como herramientas para aceptar de mejor manera su pubertad y adolescencia.

BENEFICIARIAS:

Estudiantes de primero de básica a tercero de bachillerato del Instituto Tecnológico "Riobamba".

RECURSOS

- Tarjetas
- Marcador
- Masking
- Globos
- Lija
- Algodón
- Alfileres
- Incienso
- Grabadora
- Colores
- Papel brillante
- Tijeras

- Papelotes
- Computadora
- Proyector
- CD
- Espejo de cuerpo entero
- Escalera (puente)

1. EJERCICIO DE SALUDO Y AMBIENTACIÓN

Las promotoras dan la bienvenida a las adolescentes, piden al grupo colocarse en círculo. Inicia una promotora diciendo su nombre y la fruta que más le gusta, pregunta el nombre de la persona que está a su derecha y lo escribe en una tarjeta que la pega con masking a su compañera diciéndole " te entrego tu nombre con un abrazo", cada participante hará lo mismo, así hasta terminar el círculo.

2. EJERCICIO DE ANÁLISIS Y REFLEXIÓN

2.1.- DINÁMICA

"EL GLOBO DE LA VIDA"

FORMAR 2 GRUPOS DE 10 PERSONAS:

El grupo se coloca en círculo, a cada una de las participantes se le entrega un globo, el que debe inflar a un mediano diámetro,

La facilitadora coloca en el centro igual número de pedazos de lija, algodón, alfileres e hilo.

Pedimos a cada participante que elija el objeto con el cual va a rozar el globo.

Cada participante durante 1 minuto debe rozar su globo y esperar a ver qué pasa.

INSTRUCCIONES:

Una vez inflado el globo, el facilitador debe orientar la dinámica **relacionando la vida del adolescente con el globo** y pedir a cada participante el motivo por el que escogió determinado objeto; haciendo énfasis en que pensó, que sintió, que hizo, como relacionó su vida con ese objeto.

Relacionamos:

ALGODÓN: con la suavidad. Ternura. Amor. Delicadeza
LIJA: con lo áspero, duro, lesión, daño.
ALFILER: con pinchar, herir, lastimar.
HILO: con conducir, coser, unir, amarrar.

Preguntamos:
¿Qué sensaciones se despertaron en tí al tener que rozar el globo con el objeto elegido?
¿Qué pasó con el globo?
¿Se reventó o no?
¿Cómo podríamos relacionar este juego con tu vida?

Mensaje
REFUERZO. La facilitadora hace una síntesis en base a los conocimientos, aportes y experiencias de las participantes, enfatiza y refuerza los conceptos básicos. Además deberá agregar lo que estime relevante y que no haya surgido en los grupos.

2.2 EL PASO DE LA NIÑEZ A LA ADOLESCENCIA.

DINÁMICA: EL PUENTE
Colocar el grupo en círculo.

INSTRUCCIONES:

Cierre los ojos e imagínese que va a cruzar un puente colgante (escalera).

Luego se pide a todas las participantes que:

1.- CRUCEN EL PUENTE.

2.- QUE ELIJAN UNA ALTERNATIVA PARA HACERLO:

A.- A solas B.- Acompañada C.- Vendadas los ojos.

PROCESO

Colocar en el piso una escalera y entre las gradas colocar las palabras:

NIÑEZ-PUBERTAD-ADOLESCENCIA-CRECIMIENTO-CAMBIOS RAPIDOS-LENTO-REBELDIA –MENSTRUACIÓN – BUSTO, CADERAS ANCHAS, VELLO PUBICO, VOZ FINA- INDEPENDIENCIA-CONFUSION-INCOMPRENSION-INESTABILIDAD-SUEÑOS-ALEGRIAS-ORDENES.-TRISTEZA-(DEBEN ESTAR VOLTEADOS).

Con el objetivo de ir analizando los cambios que se producen durante la pubertad.

REFUERZO:

Responden Individualmente

¿Por qué eligieron cruzar el puente de esa forma?

SOLAS-ACOMPAÑADAS- CON OJOS VENDADOS

¿Qué sintieron al cruzar el puente?

¿Qué sentían antes de cruzar el puente?

¿Qué representa el puente?

¿Qué sentiste cuando llegaste al otro lado del puente?

REFUERZO DE LA FACILITADORA SOBRE EL TEMA

REFLEXIÓN

Relacionar al puente con la Adolescencia. (Voltear las tarjetas) e ir desarrollando cada palabra para encontrar la razón de ser de la adolescencia.

2.3. PROYECCIÓN DE UN VIDEO SOBRE LA PUBERTAD.

Comentar sobre el video

INSTRUCCIONES

- Formar grupos
- Elegir una coordinadora y una secretaria.
- Elegir un nombre para el grupo y el porqué.

PLENARIA

REFUERZO DEL FACILITADOR.

Los cambios físicos, emocionales y sociales nos suceden a todas y son normales.
Los-las amigas y su influencia
Importancia de estar acompañadas por sus padres y/o seres allegados.

3. CIERRE Y COMPROMISOS

Tener un espejo de cuerpo entero con el objeto de visualizar sus cambios y aceptación de los mismos. Se forma un círculo y se pide que todas participen respondiendo a las preguntas que se indiquen en ese momento sobre los cambios físicos experimentados, pudiendo ser por ejemplo las siguientes:
Miren todos los cambios que estamos experimentando.
¿Qué características miras en tí?
¿Qué debemos conocer, para aceptarnos, cuidarnos y relacionarnos con los demás?

Al final del taller las estudiantes contarán con herramientas suficientes para poder aceptar con éxito sus respectivos cambios.
Además estarán capacitadas para entender que el conocimiento del cuerpo supone mucho más que la descripción de la forma y función de los órganos internos, y que el cuerpo es un complejo lenguaje a través del cual cada ser se expresa y se relaciona con los otros y con el mundo de diferente forma.

4. EVALUACIÓN

Entregar a cada participante una hoja para que llenen, con preguntas relacionadas al tema.

¿Qué fue lo que más te gustó del taller?

¿Cuál fue el tema que menos te gustó y porque?

¿Qué sugerencias aportarías para un próximo taller?

CONTENIDOS.

(SUSTENTO TEÓRICO DEL TALLER)

En la actualidad en nuestra sociedad es aún un tema desconocido e ignorado hablar de sexualidad en las instituciones educativas y en los hogares, para una orientación adecuada, preventiva y correctiva de educación sexual. Porque es de vital importancia conversar con los y las adolescentes sobre el tema para poder abordar con naturalidad el conocimiento y funcionamiento de los órganos sexuales y de reproducción.

LA PUBERTAD Corresponde a los eventos biológicos de la adolescencia y está determinada por factores ambientales, genéticos, nutricionales. Se presenta en términos generales, de uno a dos años antes en las mujeres y con frecuencia siguen patrones similares a los progenitores del mismo sexo

Es el proceso que lleva a la madurez sexual, cuando una persona es capaz de reproducirse. Algunas personas utilizan el término pubertad para indicar el fin de la maduración sexual y el de la pubescencia para referirse al proceso. El comienzo de la pubescencia se caracteriza por una aceleración en el ritmo del crecimiento físico y por el término de latencia del crecimiento. Junto a este proceso de aceleración se producen cambios en las proporciones faciales y corporales y la maduración de los caracteres sexuales primarios y secundarios. La pubertad tarda casi 4 años y comienza alrededor de 2 años antes en las muchachas que los muchachos

En promedio, las niñas comienzan a mostrar el cambio de este período hacia los 9 ó 10 años de edad y llegan a la madurez sexual hacia los 13 ó 14 años.

La edad promedio para que los niños entren en la pubertad es a los 12, alcanzando su madurez sexual a los 14. Los cambios físicos del adolescente siguen una secuencia que es mucho más consistente, que su aparición real, aunque este orden varíe de una persona a otra.

La pubertad comienza cuando la glándula pituitaria de una persona joven, envía un mensaje a las glándulas sexuales, las cuales empiezan a segregar hormonas. Este momento preciso está regulado aparentemente por la interacción de los genes, la salud del individuo y el ambiente. La pubertad, se representa como respuesta a los cambios en el sistema hormonal del cuerpo, los cuales reactivan ante una señal psicológica. Su respuesta en una niña es que en los ovarios empiezan a producirse una cantidad de hormonas femeninas llamadas estrógenos, y en el muchacho los testículos comienzan la producción de testosterona. El estrógeno estimula el crecimiento de los genitales femeninos y el desarrollo de los senos, mientras que la testosterona estimula el crecimiento de los genitales masculinos y el vello corporal.

CARACTERES SEXUALES EN MUJERES:

-Desarrollo de las glándulas mamarias

-El contorno del cuerpo femenino va redondeándose gradualmente, las caderas y la pelvis se ensanchan y se desarrollan cojinetes de grasa sobre muslos y caderas

-Aparece vello suave en el pubis y los labios mayores y menores de la vagina crecen.

-Posteriormente aparece el vello axilar

-Los cambios externos se desarrollan a la par de los órganos internos de la reproducción: útero, trompas de Falopio, Ovarios y Vagina, preparando al organismo para la reproducción y funcionamiento adulto.

-Menarquia corresponde a la primera menstruación.

CARACTERES SEXUALES EN VARONES:

-Aparecen cambios rápidos en manos y pies, aumentan de tamaño, lo que pueden ocasionar incoordinación de movimientos y torpeza motriz, éstos anteceden a la pubertad masculina (10 a 11 años).

-Aumento del tamaño del pene y del escroto, aparece vello púbico escaso y suave, posteriormente se extiende hacia el escroto volviéndose grueso y adquiere la distribución característica ascendiendo sobre la línea media del abdomen.

-Los testículos empiezan a crecer, se inicia el proceso de activación de células que darán origen a los espermatozoides.

-Poluciones nocturnas (sueños húmedos).

-Crecimiento del vello axilar, facial (bozo).

-Cambio de voz.

-Mayor desarrollo muscular.

LA ADOLESCENCIA es el ciclo en la vida del ser humano que continúa a la pubertad. Se inicia entre los 10 años, según la OMS y culmina a los 19 años con la madurez, no sólo es la fase de mayores cambios psicológicos, sino que también está llena de cambios físicos y cognoscitivos. En esta etapa se toman grandes decisiones que marcarán a los jóvenes para siempre. Es una época de encuentros amistosos, búsqueda de verdades, y apoyo emocional, de aflojamiento de ligaduras familiares, de sueños de futuro y de nuevos valores que favorecen la formación de la identidad.

Las hormonas están estrechamente relacionadas con las emociones, en especial con la agresión en el muchacho y la agresión y depresión en las niñas. Algunos investigadores atribuyen la creciente emocionalidad y cambio en el estado de ánimo de la adolescencia temprana a las hormonas, pero es necesario recordar que en los seres humanos la influencia social se combina

con las hormonas pudiendo predominar dicha influencia. Los adolescentes en esta etapa dan mucha importancia a la opinión de sus pares, lo cual se identifica con los cambios sociales.
Algunos psicólogos se refieren a esta etapa como una de la más críticas del ser humano ya que el adolescente ve a la sociedad o al mundo como un tema de crítica y rechazo, rompe el cordón umbilical que lo liga con sus padres, desconoce la autoridad o cualquier liderato y entra en ese período transitorio en donde no se pertenece a una pandilla pero tampoco forma parte de un grupo puberal. La comprensión la buscan fuera, hasta encontrar el que va a convertirse en su confidente.

Interés por la apariencia física: La mayoría de los adolescentes se interesan más en su aspecto físico que en cualquier otro asunto de sí mismos, y a muchos no les agrada lo que ven cuando se ven en el espejo. Los varones quieren ser altos, anchos de espalda, y atléticos; las hembras quieren ser lindas, delgadas, pero con forma, y con una piel y un cabello hermoso. Los adolescentes de ambos sexos, se preocupan por su peso, su complexión y rasgos faciales, lo que trae como consecuencia trastornos biológicos y hasta trastornos psicológicos, la aparición del desorden en la salud como desnutrición, descuido del peso, falta de autoestima, anorexia, bulimia, y hasta abuso de alcohol, drogas, y otros vicios.

Desarrollo afectivo

Tras el período turbulento de la pre adolescencia, la conducta de los jóvenes suele sosegarse. Las relaciones familiares dejan de ser un permanente nido de conflictos violentos y la irritación y los gritos dejan paso a la discusión racional, al análisis de las discrepancias y hasta a los pactos y los compromisos. A partir de este momento, el conflicto se desplaza desde la ambivalencia afectiva a la reivindicación de ciertos derechos personales, entre los que destacan las exigencias de libertad e independencia, la libre elección de amistades, aficiones, entre otros. El adolescente intenta experimentar sus propios deseos más allá del estrecho círculo de las relaciones familiares. En este segundo momento de la adolescencia, los intereses afectivos de los jóvenes abandonan masivamente el ámbito familiar estableciendo nuevas elecciones de objetos

afectivos extra familiares, como es propio de todo adulto. El problema reside en que la afectividad va más allá de la familia, pero el adolescente sigue viviendo y tal vez - por mucho tiempo - en el domicilio paterno.

Desarrollo social:

El desarrollo social del adolescente empieza a manifestarse a temprana edad, a medida que se va desarrollando empieza a ver otras inquietudes a la hora de elegir un amigo, es electivo, tienen que tener las mismas inquietudes, ideales y a veces hasta condiciones económicas. El grupo es heterogéneo, compuesto por jóvenes de ambos sexos, esto la mayoría de las veces trae como consecuencia la mutua atracción entre ellos; se inicia el grupo puberal con uno o dos amigos íntimos.

La siguiente "sintomatología" caracteriza a la adolescencia normal (A. Aberasturi)**.**

-Búsqueda de sí mismo y de la identidad
-Necesidad de intelectualizar y fantasear
-Tendencia grupal
-Crisis religiosas
-Desubicación temporal
-Evolución hacia la heterosexualidad
-Actitud social reivindicatoria
-Contradicciones sucesivas en todas las manifestaciones de la conducta
-Separación progresiva de los padres
-Constantes fluctuaciones del humor

6.- BIBLIOGRAFÍA:

1) Guía didáctica para la capacitación de multiplicadores en salud integral para los Adolescentes con énfasis en salud sexual y reproductiva
2) Módulo 1 Quito-Ecuador 2000 MSP
3) Orientación sexual para adolescentes Módulo 1 Municipio del Distrito Metropolitano de Quito 2008-

4) Por la vía del tren Guía de formación a promotores en sexualidad Plan Internacional Chimborazo 2007
5) Paso a paso Manual Educativo sobre VIH SIDA comunicación y relaciones humanas UNICEF 2005
6) Autocuidado de la fertilidad y sexualidad para adolescentes medios Manual para el facilitador MEC 1998
7) La Adolescencia normal A. Aberasturi- Knobel Mauricio Editorial Paidós Buenos Aires 1991

La educación contribuye a la preparación para el ejercicio del derecho a una sexualidad saludable, plena y una salud sexual y reproductiva segura.

EMBARAZO ADOLESCENTE: "ASUNTO DE DOS"

Es la gestación que ocurre durante la adolescencia y trae como secuelas niños y niñas desprotegidos, abandono de pareja, abortos clandestinos, estigmatización de las madres adolescentes, Infecciones de Transmisión Sexual, VIH/SIDA y en fin… pérdida del proyecto de vida.

EL ENAMORAMIENTO:

LLEGA COMO EMOCION PURA PERO TAMBIEN ES UN ACTO CONSCIENTE.

¿QUE ES EL PETTING?

Es la práctica sexual progresiva que se centra en el contacto físico entre los miembros de la pareja, encaminado a la excitación sexual mutua, que avanza progresivamente hasta llegar a realizar el coito.

ETAPAS DEL PETTING

Petting I :mirarse, dialogar, cogerse la mano.

Petting II: besos en boca, cuello, busto.

Petting III. Contacto y caricias en zonas genitales sin penetración con o sin ropa.

Petting IV: Contactos sexuales con penetración.

Petting V: Actividad coital establecida.

RIESGOS PARA EL AVANCE RAPIDO DEL PETTING

- Pasar largo tiempo juntos y a solas
- Autoestima baja y dificultad para poner límites y tomar decisiones
- Consumo de alcohol y otras substancias
- Falta de autocontrol emocional
- Deseo de embarazo

Para unirnos a nuestras parejas en el acto maravilloso de la relación sexual:

Es necesario tener en cuenta:

Sentimientos afectividad

Comunicación erotismo

Compromiso Y ESTAR PREPARADAS para asumir con responsabilidad nuestros actos y sus consecuencias

INSTITUTO TECNOLÒGICO RIOBAMBA

HOSPITAL PROVINCIAL RIOBAMBA

EDUCACION EN LA SEXUALIDAD ENTRE PARES

"Las adolescentes no solo somos el futuro somos el presente construyendo nuestro futuro"

TALLER # 2

MIS DESEOS Y YO

SEXUALIDAD HUMANA

Muchas veces nos hemos preguntado ¿Qué es la sexualidad?

La sexualidad no está determinada solamente por los factores biológicos; en ella también intervienen nuestros sentimientos, tiene que ver con el origen de la vida, con el papel que desempeñan en la sociedad hombres y mujeres, con las relaciones sociales y también es un vínculo de comunicación, placer y expresión de amor. No es posible pensar en los seres humanos sin sexualidad es tan difícil como imaginarnos sin pensamientos.

Entonces *"la sexualidad es como somos, pensamos, sentimos, actuamos y nos relacionamos con las otras personas."*

FASES DE LA SEXUALIDAD:

- EROTICA: placer
- REPRODUCTIVA: procreación
- COMUNICATIVA: afecto y comunicación.

RELACIONES SEXUALES;

Es la máxima expresión de afecto entre dos seres, involucra sentimientos y valores e implica serias responsabilidades.

ZONAS ERÓGENAS

Es necesario que las y los adolescentes aprendamos:

Que existen partes de nuestro cuerpo que son muy sensibles al tacto y nos proporcionan placer.

***Y deben ser descubiertas* por nosotras** en la intimidad personal, al bañarse y al cambiarse de ropa.

Si no las conocemos nos exponemos a que:

Cuando estemos con nuestras parejas y nos acariciemos lleguemos a la excitación y tengamos relaciones sexuales cuando AUN NO ESTAMOS PREPARADAS PARA TENERLAS-

Las zonas que más responden a esta excitación son:

- Los genitales
- La boca
- Lóbulos de las orejas.
- Los pezones
- Parte interna de los muslos
- Las nalgas

MASTURBACION o AUTOEROTISMO

Es una práctica sexual caracterizada por la auto estimulación y sensación de placer. La pueden practicar tanto las chicas como los chicos.

La masturbación en la adolescencia es una práctica sana y normal siempre y cuando sea privada y no interfiera con el ritmo de vida, intereses y otras actividades propias de nuestra edad :estudios, deporte, TV, etc.

FASES DE LA RELACION SEXUAL

- El deseo
- La excitación
- El orgasmo

El coito: no solo significa la colocación del pene en la vagina, es una forma diferente de expresar emociones, demostrar amor, dar y recibir placer, es una forma especial de comunicación. *Es un acto de amor que puede ser bonito si hay la voluntad*, la preparación y las condiciones adecuadas.

EDUCACIÓN DE LA SEXUALIDAD ADOLESCENTE ENTRE PARES

TALLER N. 2 "MIS DESEOS Y YO"

TEMA: SEXUALIDAD HUMANA Y SUS FUNCIONES- PREVENCIÓN DE VIOLENCIA SEXUAL

OBJETIVO GENERAL: Desarrollar estrategias que nos permitan a los/las adolescentes tomar decisiones asertivas acerca de cómo cuidar nuestro cuerpo y prevenir el abuso sexual.

Duración: 3 horas

OBJETIVO	SUBTEMA	PROCESO METODOLÓGICO	MATERIALES	TIEMPO	EVALUACIÓN
Lograr ambientarse al grupo y al tema de trabajo.		ACTIVIDADES INICIALES AMBIENTACIÓN: Saludo y Bienvenida (Abrazo del amor)		5 min	♥ De actitudes ♥ De sentimientos
		MOTIVACIÓN Proyección Análisis – reflexión del video "La verdad sobre los abrazos"	Diapositivas-Laptop-Infocus.	5 min	♥ De sentimientos ♥ ¿Cómo se sintió al verlo? ♥ ¿Qué mensaje aportó a su vida?
Introducir al tema y proporcionar una concepción integral de la sexualidad-	1.- Sexualidad Humana y sus funciones .Orientación sexual. Masturbación	Refuerzo teórico-conceptual.	Diapositivas-Laptop-Infocus.	15 min	

Aprender a reconocer nuestras zonas erógenas		SENSIBILIZACIÓN DINÁMICA “ Tocarte sin tocarte” (ANEXO) ♥ ¿Qué sintió al realizar el ejercicio? ♥ ¿Qué sintió cuando fue topada-o por su compañera-o? ♥ ¿Qué sintió al topar a su compañera/o? ♥ ¿Qué piensa del ejercicio? ♥ ¿Cómo se relacionó con los/las demás?	Muñeco y Muñeca sexuados Motas de algodón	15 MIN	♥ Participación ♥ De sentimientos ♥ De actitudes ♥ De relaciones con los-as otros
Reconocernos como seres que disfrutamos de la sexualidad de forma responsable y segura.	2. LAS CARICIAS EN LA RELACIÓN DE ENAMO-RAMIENTO EMBARAZO ADOLESCEN-TE	Refuerzo teórico CARICIAS ZONAS ERÓGENAS ENAMORAMIENTO PETTING EMBARAZO	Diapositivas Laptop Infocus	20 min	De actitudes De opiniones De sentimientos
Construir el conocimiento en base a sus propias experiencias, las de grupo y el apoyo de el o la facilitadora.		**ACTIVIDADES DE CONSTRUCCIÓN** 2.1..- TRABAJO EN GRUPOS ♥ Dividir al grupo en 5 subgrupos: ♥ Entregar a cada grupo una pregunta para analizar y luego exponer.(elegir un nombre, un coordinador (a) y un secretario (a) para que expongan.	Hojas para cada participante Esferos	15 min	

		Preguntas Generadoras: ♥ ¿QUE SENSACIONES SE DESPIERTAN EN NUESTRO CUERPO CUANDO OTRAS PERSONAS NOS TOCAN? ♥ ¿EXISTEN DIFERENCIAS ENTRE LA FORMA EN QUE NOS TOCAN: NUESTROS PADRES Y MADRES, AMIGOS, AMIGAS, HERMANOS, NOVIO (A)? ♥ ¿Qué TIPO DE CARICIAS CONSIDERAMOS, QUE NOS HARÍAN SENTIR INCOMODAS? ♥ ¿Qué HARÍA SI EXPERIMENTO CARICIAS QUE ME HACEN SENTIR INCOMODA? ♥ ¿SE EN QUE CONSISTE EL ACOSO, EL ABUSO Y LA VIOLACIÓN SEXUAL? PLENARIA	Papelotes Marcadores	20 minutos	♥ De trabajo en equipo Exposición : ♥ De criterios ♥ De opiniones ♥ De actitudes ♥ De sentimientos ♥ De pensamientos ♥ De acciones ♥ De relaciones.
Fortalecer y ampliar los conocimiento s, proponer conductas preventivas .		RECESO Video de abuso sexual. ¿Qué piensas? ¿Qué sientes? ¿Cómo actuarías?	Video, Infocus, Laptop	10 minutos 10 minutos	
		REFUERZO: **VIOLENCIA SEXUAL** _Conceptos: Abuso-acoso-violación, incesto, estupro. Construcción teórica-científica y psico-afectiva	Presentación Power Point	15 minutos	De actitudes De opiniones De sentimientos

Detectar debilidades en la construcción teórica científica y psico-afectiva y reforzarlas con el apoyo del grupo y facilitadora.	3.-¿Cómo detectar el abuso y cómo prevenirlo?	LLUVIA DE IDEAS- INTERROGATORIO ¿De qué hemos hablado ahora? ¿Qué son las caricias y como diferenciarlas de las que nos pueden hacer sentir mal? ¿Las zonas erógenas en las mujeres y en los hombres son las mismas? ¿Que diferencias existen entre acoso, abuso y violación sexual? ¿Quiénes cree que pueden ser abusadores sexuales? ¿Cómo podemos prevenir el acoso y abuso sexual?	Papelotes, marcadores, masking.	30 min	
Participar de los procesos evaluativos no solo como sujetos a ser evaluados, sino, como partícipes, actores-as y evaluadores de los procesos de aprendizaje	4.- Evaluación	AUTOEVALUACIÓN De sentimientos ¿Qué les pareció el tema? ¿Cómo se sintieron al trabajar en el mismo? HETEROEVALUACION. ¿Qué le pareció el taller? a.- Importante b.- poco importante c.- nada importante. ¿Las actividades fueron? a.- Dinámicas b.- poco dinámicas. C.- nada dinámicas ¿Los materiales fueron? a.- Adecuados b.- poco adecuadas c.- inadecuados? CO EVALUACIÓN ¿Las actitudes de tus compañeras		10 min	Evaluación final De actitudes De opiniones De relaciones De cohesión grupal

		fueron? a.- Positivas b.- poco positivas. c.- nada positivas ¿La relación con tu facilitador-a fue? a.- Dinámica b.- poco dinámica c.- nada dinámica. 7.1.- ABRAZO GRUPAL. Cada participante hará un compromiso consigo mismo en relación al tema : el cuidado de nuestro cuerpo como expresión de la sexualidad" (silencio) "abrazo grupal"			
Fortalecer la relación de los y las integrantes del grupo basadas en valores como el respeto y la responsabilidad	5.- Cierre y compromiso			10 minutos	

TALLER Nº 2 “MIS DESEOS Y YO”

TEMA: SEXUALIDAD HUMANA Y SUS FUNCIONES. PREVENCIÓN DE VIOLENCIA SEXUAL

JUSTIFICACIÓN

Muchos de los cambios que nos ocurren durante la pubertad y la adolescencia son de orden sexual y se manifiestan a través de conductas, afectos y pensamientos como el aumento de la curiosidad por temas sexuales y el deseo sexual con el cúmulo de sensaciones especiales que los acompañan, así vemos a los y las adolescentes que visten , hablan y pasan el tiempo libre de manera que nos orienta a ser lo más “sexuales” que podamos ser, a lo mejor debido a la invasión de información de naturaleza sexual sin formación, que inunda nuestra vida cotidiana por parte de los medios de comunicación. Se habla de una nueva adolescencia con una fuerte presencia sexual.

Es necesario superar los tabúes sobre la sexualidad, tratar con los /las adolescentes temas como enamoramiento, erotismo, relaciones sexuales, orientación sexual, violencia sexual, con libertad, oportunidad y claridad necesarias que nos permitan conocer la anatomía, funciones, sentimientos y actitudes de nuestro ser, para poder empoderarnos de decisiones que contribuyan a un desarrollo integral con proyección personal y social

Debemos sensibilizar, motivar y capacitar a los/las adolescentes porque necesitamos conocer y cuidar el cuerpo como medida protectora para evitar maltrato y violencia; ya que por lo general desconocemos las partes más sensibles al placer y no sabemos cómo reaccionar ante esas nuevas sensaciones.

La educación contribuye a la preparación para el ejercicio del derecho a una sexualidad saludable, plena y una salud sexual y reproductiva segura.

OBJETIVO GENERAL.

Sensibilizar a las adolescentes para que sean las protagonistas de una vivencia de su sexualidad armónica, libre, responsable y segura desarrollando capacidades de respeto hacia el propio cuerpo y el de los demás mediante la práctica de la comunicación y la afectividad.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Dar a conocer generalidades sobre sexualidad humana
- Conseguir que reconozcan las zonas erógenas de su cuerpo.
- Estimular la aceptación de su cuerpo como un continente de emociones, sensaciones y placeres.
- Lograr que valoren y cuiden su cuerpo como expresión de su sexualidad.

BENEFICIARIAS:

Estudiantes de primero de básica a tercero de bachillerato del Instituto Tecnológico “Riobamba”.

RECURSOS

- Laptop
- Presentaciones Power Point
- Infocus
- Pizarra de tiza líquida
- Marcadores
- Muñeca y muñeco sexuados
- Motas de algodón
- Hojas de papel Bond
- Esferos
- Papelotes
- Video
- Tijeras
- Papelotes

1. EJERCICIO DE AMBIENTACIÓN

Abrazo de el amor (individual).

REFLEXIÓN:
Se pregunta a las participantes: ¿Cómo se sintieron en la realización del ejercicio?

2. MOTIVACIÓN
Presentación Power Point: “La verdad sobre los abrazos”

REFLEXIÓN:
Se pregunta a las participantes: ¿Cómo se sintieron al mirar la proyección, que mensaje aportó a su vida?

3.-**DESARROLLO DEL TEMA:**
Para el desarrollo del tema se realizarán las siguientes actividades.
3.-1 La sexualidad humana y sus funciones. Orientación sexual. Masturbación. (Refuerzo teórico-conceptual).Presentación de Power Point.

3.-2.**- SENSIBILIZACIÓN**

Dinámica
TOCARTE SIN TOCARTE
PROCESO:

- ♥ Antes de iniciar el ejercicio es importante indicar a las estudiantes que para topar el cuerpo de su compañera debe pedir permiso.
- ♥ Se ubicarán las participantes en círculo, y en parejas,
- ♥ A cada quien se le entregará una mota de algodón.

- ♥ Que escojan quien empieza a trabajar.
- ♥ Que debe pedir permiso a la compañera para ser tocada.
- ♥ Quien inicie el ejercicio deberá cerrar los ojos.
- ♥ La otra persona rozará con el algodón el rostro, manos, pechos, caderas y piernas (sobre la ropa).
- ♥ Se invertirán los papeles.

REFLEXIÓN:

- ♥ Que sintió al realizar el ejercicio.
- ♥ Que sintió cuando fue topada por su compañera (o).
- ♥ Que sintió al topar a su compañera (o).
- ♥ Al final del ejercicio las estudiantes se agradecerán por haber participado con el abrazo del oso.

3.3. Caricias, zonas erógenas, enamoramiento, Petting, "La prueba de amor", Embarazo adolescente.

(Refuerzo teórico-conceptual)
Presentación Power Point (CD adjunto)

3.4 ACTIVIDADES DE CONSTRUCCIÓN:

TRABAJO EN GRUPOS

- ♥ Dividir al grupo en 5 subgrupos
- ♥ Entregar a cada grupo una pregunta para analizar y luego exponer. (elegir un nombre, una coordinadora y una secretaria para que expongan.

Planteamiento de preguntas:

- ♥ ¿Qué sensaciones se despiertan en nuestro cuerpo cuando otras personas nos tocan?
- ♥ ¿Existe diferencias entre la forma en que nos tocan? nuestros padres y madres, amigos, amigas, hermanos, novio(a)?
- ♥ ¿Qué tipo de caricias consideras que te harían sentir incómoda?
- ♥ ¿Qué harías si experimentas caricias que te hacen sentir incómoda?
- ♥ ¿Sabes en qué consiste, acoso, abuso y violación sexual?

Exposición de los trabajos en plenaria

3.5 Proyección de video sobre abuso sexual.

3.6 Violencia sexual
(Refuerzo teórico-conceptual) .Presentación de Power Point (CD adjunto)

3.7 ¿CÓMO DETECTAR EL ABUSO Y COMO PREVENIRLO?

Lluvia de ideas- Interrogatorio

- ¿De qué hemos hablado ahora?
- ¿Qué son las caricias y cómo diferenciarlas de las que pueden hacernos sentir mal?
- Las zonas erógenas en las mujeres y en los hombres son las mismas?
- ¿Qué diferencias existen entre acoso, abuso y violación sexual?
- ¿Cómo podemos prevenir la violencia sexual?

4.- EVALUACIÓN FINAL DE ACTITUDES, DE OPINIONES, DE RELACIONES, DE COHESIÓN GRUPAL.

5.- CIERRE Y COMPROMISOS

El compromiso será personal, a nivel de actitudes, es decir, el conocer su cuerpo, respetarlo, y a partir de ello ejercer una sexualidad libre, sana, responsable y entrenarse para el auto cuidado y protección de su cuerpo.
Se cierra con el abrazo grupal.

CONTENIDOS.

(SUSTENTO TEÓRICO DEL TALLER)

Los humanos somos seres socio—sexuales, que experimentamos y compartimos la sexualidad en medio de un grupo social (con otros).

Aunque el ejercicio de la sexualidad presupone una estructura y un comportamiento biológico, el comportamiento sexual está moldeado sutil y gradualmente por el aprendizaje social en el cual participan dimensiones religiosas, culturales, económicas, sociales y políticas.

La sexualidad humana, es preciso mirarla desde el punto de vista científico, holístico y humanista, como bases para el estudio de la sexualidad integral, que nos permitan mejorar no solo en conocimientos sino en cambios de actitud, de comportamiento, valorativos, afectivos ,de comunicación e interrelación de los seres humanos.

Sexualidad humana

Muchas veces nos hemos preguntado ¿Qué es la sexualidad?

La sexualidad no está determinada solamente por los factores biológicos (sexo); en ella también intervienen nuestros sentimientos, tiene que ver con

el origen de la vida, con el papel que desempeñamos en la sociedad hombres y mujeres, con las relaciones sociales y también es un vínculo de comunicación, placer y expresión de amor.

No es posible pensar en los seres humanos sin sexualidad es tan difícil como imaginarnos sin pensamientos.

Entonces: **"la sexualidad es como somos, pensamos, sentimos, actuamos y nos relacionamos con las otras personas".**

La sexualidad está presente a lo largo de la vida de todos los seres humanos. Su desarrollo armónico es fundamental para la formación integral de la persona. Su finalidad es la relación humana, en tanto que contempla dimensiones comunicativas, afectivas, de placer y reproductivas.

La sexualidad está íntimamente vinculada con los adolescentes quienes al transitar un período de cambios a nivel social, físico y psíquico somos conducidos a mantener relaciones sexuales. Lamentablemente muchas veces nos vemos influidos por una serie de desventajas, entre las que se encuentran la escasa información que brindan entre otros los padres, los docentes y los medios de comunicación. A raíz de este desconocimiento, el/la adolescente se convierte en protagonista activo del acto sexual sin la debida prevención.

Funciones de la sexualidad

- **Función erótica**: Es la capacidad natural de sentir placer sexual. No es malo, ni dañino. Sabemos cuando estamos excitados, tenemos deseos eróticos y reconocemos la diferencia con otras emociones y sensaciones. La sensualidad es la propensión al placer que ofrecen los sentidos y en especial la piel, el tacto, es parte fundamental de la sexualidad.

La educación sexual tradicional reprime y condena la función erótica de la sexualidad. Se ha satanizado el placer sexual: “deseos de la carne”, “pecados carnales”.

- **Función reproductiva**: es la función biológica de perpetuar la especie, es crear juntos un nuevo SER, “dar vida a una nueva vida”. La maternidad y paternidad son una opción y un derecho sexual.

- **Función comunicativa**: Sirve para satisfacer la necesidad de relación y afectividad. Somos sexuales para comunicar y compartir placer y afecto en comunión con otro ser humano, aquí juega un papel importante el emparejamiento, el enamoramiento, la atracción.

La orientación sexual

Es otra dimensión crítica de nuestra sexualidad que está basada en los sentimientos persistentes de atracción sexual y emocional hacia los varones o hacia las mujeres, o hacia ambos sexos. La mayoría de los seres humanos desarrollan atracción hacia el sexo opuesto, una proporción más pequeña hacia el mismo sexo y algunos hacia ambos sexos.

Cualquiera sea el caso, no es algo que ellos decidan conscientemente. Llega un momento en que los jóvenes toman conciencia de quién o qué los atrae y/o excita. Ellos se dan cuentan de que necesitan acercarse a alguien, que los arrasa una emoción poderosa. La atracción es impulsada por los cambios hormonales que vienen con la pubertad.

Optar por uno u otro sexo no es ninguna enfermedad, debemos respetar la orientación sexual de cada quien.

Zonas erógenas

El erotismo es la búsqueda del placer.

Es necesario que las y los adolescentes aprendamos**:**

Que existen partes de nuestro cuerpo que son muy sensibles al tacto y nos proporcionan placer y deben ser descubiertas por nosotras en la intimidad personal, al bañarnos y al cambiarnos de ropa.

Si no las conocemos nos exponemos a que:
Cuando estemos con nuestras parejas y nos acariciemos lleguemos a la excitación y tengamos relaciones sexuales cuando aún no estamos preparadas para tenerlas.

Las zonas que más responden a esta excitación son:

- Los genitales (glande, clítoris)
- La boca
- Lóbulos de las orejas.
- Los pezones
- Parte interna de los muslos
- Las nalgas.
- Columna vertebral.
- Nuca

Masturbación o autoerotismo

Es una práctica sexual caracterizada por la auto estimulación y sensación de placer. La pueden practicar tanto las chicas como los chicos.

La masturbación cumple en los adolescentes varias funciones de importancia, como son el alivio de la tensión sexual, el constituir una forma inocua de experimentación sexual, la mejora de la autoconfianza en el desempeño sexual, el dominio de los impulsos sexuales, la mitigación de la soledad y una válvula de escape de la tensión y el estrés generales.

La masturbación en la adolescencia es una práctica sana y normal siempre y cuando sea privada y no interfiera con el ritmo de vida, intereses y otras actividades propias de nuestra edad: estudios, deporte, TV, etc.

El enamoramiento

Es un encuentro entre dos personas que se sienten atraídas por emociones y sentimientos diferentes a los de una amistad. Llega como emoción pura pero también es un acto consciente.

¿Qué es el Petting?

Es el proceso del encuentro sexual en la pareja.

Palabra procedente del verbo "to pet", que alude al hecho de acariciar, mimar, besuquear, juguetear... Es la práctica sexual progresiva que se centra en el contacto físico entre los miembros de la pareja, encaminado a la excitación sexual mutua, que avanza progresivamente hasta llegar a realizar el coito.

Proceso del Petting:

El Petting se convierte en un intercambio de muestras de afecto, en una especie de juego amoroso y placentero que puede inclusive llegar al orgasmo sin penetración (Kinsey).

Fases del Petting

Petting I

Contacto en zonas no erógenas (mirarse, dialogar, cogerse la mano)

Petting II: (Necking) Contacto y caricias en zonas erógenas no genitales (besos en boca, cuello, busto...)

Petting III. Contacto y caricias en zonas genitales sin penetración con o sin ropa (manipulación, masturbación mutua, frotación...)

Una vez que la pareja ha llegado a la fase de Petting III el proceso se dirige irreversiblemente hacia el coito

Petting IV: Contactos sexuales con penetración.

Petting V: Actividad coital establecida.

Riesgos para el avance rápido del Petting

- Pasar largo tiempo juntos y a solas
- Autoestima baja y dificultad para poner límites y tomar decisiones
- Consumo de alcohol y otras substancias
- Falta de autocontrol emocional
- Deseo de embarazo

La famosa prueba de amor

Al principio del noviazgo, y después de un tiempo, el hombre se siente impaciente por tener relaciones sexuales con su pareja y se atreve a pedir la prueba de amor. La estrategia es casi siempre la misma. “Si me quiere de verdad, si nos queremos los dos, ¿Qué nos impide demostrarnos este amor?”.

La mujer, que está enamorada, no siempre sabe resistirse a esta propuesta. Puede pensar que si no le da la satisfacción que tanto quiere el novio éste pudiera pensar que es una egoísta, frígida e incapaz de amar. Pero, sobre todo, teme que el novio se enoje, que se canse de buscar lo que inútilmente quiere, y que la abandone para irse con otra, quizás más liberal.

La mayoría de las veces, esta prueba de amor se convierte en una prueba de inmadurez, de egoísmo y de engaño.

El hombre, piensa principalmente en satisfacer sus deseos sexuales, no se preocupa por las responsabilidades, y la mujer, incapaz de esperar un amor

maduro, personal y por miedo a perder a su enamorado, le concede la supuesta prueba de amor.

Embarazo adolescente

Es la gestación que ocurre durante la adolescencia y trae como secuelas niños y niñas desprotegidos, abandono de pareja, abortos clandestinos, estigmatización de las madres adolescentes, Infecciones de Transmisión Sexual, VIH/SIDA y en fin… pérdida del proyecto de vida.

Relaciones sexuales

El coito no solo significa la colocación del pene en la vagina, es una forma diferente de expresar emociones, demostrar amor, dar y recibir placer, es una forma especial de comunicación. Es un acto de amor que puede ser bonito si hay la voluntad, la preparación y las condiciones adecuadas.

Se entiende que una relación sexual asume plena aceptación de nuestro cuerpo y sus responsabilidades, se encuentra justificada en la armonía de dos seres que se consiguen en el tiempo. A menudo, los adolescentes no son los suficientemente maduros para emprender esta experiencia, conocen de una forma imperfecta el funcionamiento de su cuerpo y todavía no han adquirido el sentido de sus responsabilidades ni quieren conocer las consecuencias de sus actos. Muchas veces el “paso a la acción” da lugar a actos fallidos, desencantadores, a veces dramáticos por ser prematuros.

Estudios muestran que los adolescentes tienen tendencia a creer que hace falta haber tendido la experiencia de una relación sexual para “ser normales” y situarse en relación a los demás, para darse importancia a los ojos de los demás y para ser aceptado por los demás. La búsqueda de la uniformidad que se encuentra en la adolescencia y que algunos han de lamentar. Si bien no hay edad para tener la primera relación sexual, probablemente no se obtendrá nada satisfactorio, nada realmente positivo de una relación sexual

que se vive precipitadamente “para ser como los demás” o “para saber cómo es”, etc.

Hacer el amor no es un acto cualquiera, es uno de los más notables, de los más ricos en sensaciones y, para que sea satisfactorio debe estar acompañado de una gran dosis de amor, de sensibilidad, de emoción.

Para unirnos a nuestras parejas en el acto maravilloso de la relación sexual…

Es necesario tener en cuenta:

Sentimientos *afectividad*
Comunicación *erotismo*
Respeto *compromiso…y* ***ESTAR PREPARADAS*** *para asumir con responsabilidad nuestros actos y sus consecuencias.*

Violencia sexual

Es toda situación en la que una persona impone su voluntad sobre la otra que está en condición de desventaja.

La violencia sexual es un acto de sometimiento en donde mediante la fuerza, la amenaza de usarla, el chantaje emocional o económico, la presión, los engaños o sobornos y aprovechando la condición de superioridad física, de edad, de autoridad, económica o afectiva se obliga a otra persona a realizar actos sexuales en contra de su voluntad.

Factores de riesgo de la víctima

- Soledad y desprotección
- Sumisión.
- Necesidad de afecto y cariño.
- Personalidad débil, insegura. Baja autoestima.

- Niños y niñas con capacidades especiales.
- Falta de información.
- Carencia de adulto significativo.

Los abusadores son en su mayoría varones, su apariencia exterior no es distinta a la de otros hombres, pertenecen a todas las clases sociales, ejercen toda clase de oficios y profesiones, pueden ser de todas las razas, religiones y nacionalidades. Muchas de las veces son personas muy cercanas a nuestro círculo social e incluso familiares.

Algunas formas de violencia sexual son:

Acoso sexual: consiste en solicitar favores de naturaleza sexual para sí o para terceros, haciendo uso de la superioridad laboral, docente, religiosa, etc.

Abuso Sexual

Kempe lo define como "la implicación de un niño o de un adolescente menor en actividades sexuales ejercidas por los adultos y que buscan principalmente la satisfacción de éstos, siendo los menores de edad inmaduros y dependientes y por tanto incapaces de comprender el sentido radical de estas actividades ni por tanto dar su consentimiento real"

El acto sexual no está reducido sólo al aspecto genital, sino que recoge todos los actos o gestos por los cuales un adulto obtiene gratificación sexual.

Violación

Se define como el acceso carnal violento con introducción total o parcial de miembro viril, por vía oral, anal o vaginal; o de la introducción por vía vaginal o anal de objetos, dedos u órganos distintos del miembro viril, a una persona de cualquier sexo sin su consentimiento.

Incesto

En este caso el abusador es uno de los miembros de la familia del niño, niña o adolescente que lo manipula utilizando su poder y su rol, pervirtiendo de esta manera las relaciones familiares.

Estupro

El estupro es un delito de abuso sexual que comete un adulto al tener relaciones sexuales con una persona mayor de 12 años y menor de 18, puede que el hechor no utilice la violencia física para cometer el coito pero lo consigue con engaños, chantaje o una posición de poder o influencia.

¿Por qué es necesaria la prevención?

- La mayoría de los niños, niñas y adolescentes víctimas conocen a sus agresores y estos se aprovechan de la confianza y el poder que ejercen sobre ellos y ellas.
- Ningún adulto puede supervisar a sus hijos e hijas las 24 horas.
- Los adultos no ofensores desconocen la magnitud del problema.
- Muchas adolescentes son víctimas de violencia sexual al ser forzadas a mantener relaciones sexuales por su pareja adolescente.
- Como parte de la formación integral para la vida los niños, niñas y adolescentes, deben aprender a identificar y enfrentar situaciones de riesgo.

6.- BIBLIOGRAFÍA:

1. Organización Panamericana de la Salud . Manual de Salud para la atención del adolescente. Serie Paltex. 1999.
2. Zubarew T. : Evaluación sobre oportunidades perdidas de atención integral del adolescente. Washington .OPS/OMS 1996.

3. Guía didáctica para la capacitación de multiplicadores en salud integral para los Adolescentes con énfasis en salud sexual y reproductiva. Módulo 1 Quito-Ecuador 2000 MSP
4. Orientación sexual para adolescentes Módulo 1 Municipio del Distrito Metropolitano de Quito 2008-
5. Por la vía del tren Guía de formación a promotores en sexualidad Plan Internacional Chimborazo 2007
6. Paso a paso Manual Educativo sobre VIH SIDA comunicación y relaciones humanas UNICEF 2005
7. Autocuidado de la fertilidad y sexualidad para adolescentes medios Manual para el facilitador MEC 1998
8. La Adolescencia normal A. Aberasturi- Knobel Mauricio Editorial Paidós Buenos Aires 1991
9. Derecho a los derechos. Atención Integral a sobrevivientes de delitos sexuales. Londoño Vélez Argelia. UNFPA. Bogotá 2001.
10. El dolor invisible de la infancia. Jorge Barudy. Editorial PAIDOS. Barcelona. 1998.

¿Qué métodos podemos utilizar?

- **PREFERENTES:** Condón, Píldora, Parches.
- **ACEPTABLES:** Inyectables.
- **MENOS ACEPTABLES**: DIU, Ritmo, Coito interrumpido.
- Y además debemos conocer acerca de la **ANTICONCEPCION DE EMERGENCIA.**

No existe un "Método Ideal"

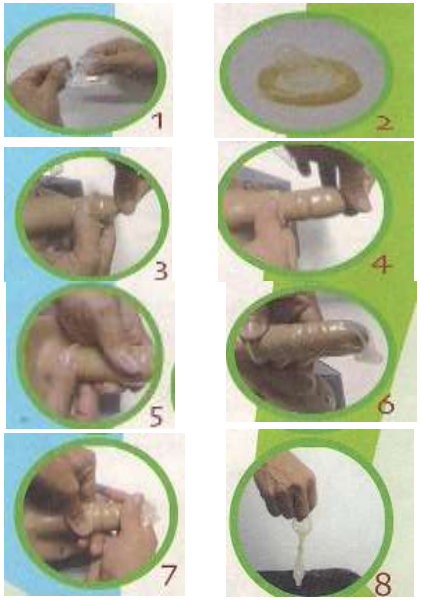
para las y los adolescentes....

Existen "Adolescentes Ideales"

para la anticoncepción.

INFECCIONES DE TRANSMISION SEXUAL (ITS)

Uso del condón en forma correcta:



INSTITUTO SUPERIOR

RIOBAMBA

HOSPITAL PROVINCIAL RIOBAMBA

EDUCACION EN LA SEXUALIDAD ENTRE PARES

Los adolescentes no solo somos el futuro, somos el presente construyendo nuestro futuro.

TALLER 3

MQM X ESO ME CUIDO

MATERNIDAD Y PATERNIDAD RESPONSABLES

Ser padre y madre es una experiencia maravillosa. Construir una familia requiere de mucha responsabilidad, implica estar dispuest@s a dar lo mejor de nosotros mismos para lograr que la vida tome forma en un nuevo ser humano:

Hacemos parte de sus cuerpos, si ustedes lo permiten o lo deciden podemos unirnos y formar un nuevo ser.

Producir una fecundación es una cosa

y ser **padre o madre** es otra diferente.

Podemos elegir, optar y decidir.

A que se refieren los derechos sexuales y reproductivos

Derechos sexuales:

Se refieren a la LIBERTAD para ejercer plenamente la sexualidad sin peligro de abuso, coerción, violencia, discriminación.

Derechos reproductivos:

Se refieren a las decisiones y libertades acerca de la cantidad y espaciamiento de los hijos, el acceso a servicios adecuados ante situaciones de infertilidad y el acceso a anticonceptivos.

¡Decidir cuándo y cuántos hijos

Métodos anticonceptivos

Evitan que las relaciones sexuales vayan ligadas a la reproducción, impidiendo que un óvulo sea fecundado por un espermatozoide.

Métodos mal llamados anticonceptivos

Lactancia Prolongada: Sí hay ovulación.

Lavados Vaginales: El agua no es factor inhibidor de espermatozoides, además estos llegan rápidamente al cérvix.

Coito Interrumpido: Consiste en retirar el pene justo antes de la eyaculación.
Exige un gran control del varón y puede con el tiempo producir trastornos sexuales.

Métodos poco seguros:

- Ritmo
- Temperatura Corporal.
- Moco Cervical o Billings.
- Solo espermicidas

Clasificación:

- **Barrera**
- **Hormonales**
- **Dispositivos intrauterinos**
- **Definitivos**
- **Emergencia**

EDUCACIÓN DE LA SEXUALIDAD ADOLESCENTE ENTRE PARES.

TALLER N. 3 " MQM X ESO ME CUIDO"

ME QUIERO MUCHO POR ESO ME CUIDO

TEMA: MATERNIDAD Y PATERNIDAD RESPONSABLE, ANTICONCEPCIÓN, ITS, VIH/SIDA

OBJETIVO GENERAL: Proporcionar información correcta y oportuna en temas como maternidad y paternidad responsable, anticoncepción, ITS, VIH/SIDA que nos permita asumir con naturalidad y madurez la responsabilidad que tenemos con nosotras mismas de cuidar la calidad de nuestras vidas.

Tiempo: 3 horas

OBJETIVO	TEMA	PROCESO METODOLÓGICO	MATERIALES	TIEMPO	EVALUACIÓN
		Saludo de bienvenida y que cada participante se coloque su nombre.	Tarjetas Marcadores	5 min	
• Romper el hielo y mejorar la relación inter-personal.		**Dinámica de la sombra:** • Pedir que formen parejas, una debe estar atrás de la otra e imitar todos sus movimientos cual si fuera su sombra. • La persona que esté al frente deberá actuar con la mayor naturalidad posible, no pueden hablar entre ellos, luego de algunos minutos se pide cambiar los roles. • Al final se reflexionará sobre cómo se sintieron siendo sombra y siendo persona REFUERZO: ¿Qué tan complicado puede resultar entender los movimientos de la otra persona y complementarse? **Recordando el taller anterior.** Voluntarias que expongan los temas que más les gustó	Comunidad de aprendizaje	10 min 5 min	✓ De actitudes ✓ De sentimientos De conocimientos

• Vivencia de sentimientos asociados con la posibilidad y la gran responsabilidad de tener hij@s.	1. Maternidad y paternidad responsable	**Ejercicio de reflexión y análisis.** **Juguemos a ser madre y padre.** • Se entrega a cada pareja uno o dos huevos con un pequeño agujero. • Pueden decorarlos, vestirlos y ponerles nombres. • Se les entrega una copia de las reglas a seguir para cuidar al bebé.	- Huevos - Marcadores - masking -papel brillante - copia de reglas	15 min	✓ De actitudes ✓ De relaciones ✓ De acciones ✓ De habilidades
	¿Qué significa ser madre o padre?	**Trabajo individual.** • Sentarse separadas, el trabajo es personal. • Se les proporciona hojas de papel, esferos y marcadores de colores. • Las participantes tendrán que escribir, graficar, e ilustrar lo que significa para cada uno SER MADRE o SER PADRE.	- Papel - Esferos - Marcadores	10 min	
		Trabajo grupal **Compartiendo experiencias de ser madres y padres.** • Formación de grupos de trabajo • Se les solicita que todas compartan en sus grupos sus experiencias y hagan una comparación entre todas las participantes del grupo. **Reflexión y refuerzo** ¿Se sienten preparadas para ser madres?	- Papelotes - Marcadores	10 min	✓ De opiniones ✓ De actitudes - De sentimientos - Pensamientos - De acciones - De relaciones. - De valores

• Contribuir a que las asistentes identifiquen la importancia del conocimiento de los métodos anticonceptivos y su uso adecuado para evitar embarazos no planificados o contagio de ITS.	2. Métodos anticonceptivos con enfoque de derechos sexuales y reproductivos.	1. **Trabajo en grupos.** • Formar un círculo. • Se les entrega un papelote. • Mediante una lluvia de ideas se les solicita que hablen sobre los métodos anticonceptivos que conocen. • Se entrega a cada grupo material de apoyo. (muestras de anticonceptivos) **REFUERZO:** • Explicar en lenguaje sencillo el uso de los métodos anticonceptivos. **RECESO**	- Papelotes - Marcadores - Masking - Diapositivas - Infocus - Computador	20 min **10 min**	✓ De conocimientos ✓ De contenidos ✓ De derechos.
Mejorar los conocimientos acerca de las infecciones de transmisión sexual-VIH/SIDA	3.-El VIH/SIDA E ITS	**Dinámica cadena de firmas:** • En tres tarjetas se dibuja una **x** pequeña en una esquina y en otras tres una **c** pequeña no se debe explicar a los participantes el por qué de la marca. • Se entrega una tarjeta para cada participante y un esfero (incluidas las tres tarjetas señaladas) • Se pide a las participantes que caminen y se mezclen entre sí, deben simular que no se conocen entre ellas, en cinco	tarjetas pequeñas de colores, una para cada participante	5 min	✓ De actitudes ✓ De relaciones

		minutos deberán recoger tres firmas o nombres de diferentes compañeras en las tarjetas (pueden cambiar • de nombres o ponerse nombres de varón), una persona no puede firmar dos veces en una misma tarjeta. • Luego de concluido el tiempo, se pide a cada participante guardar bien la tarjeta con los tres nombres solicitados y se indica que este ejercicio lo terminaremos al final del taller, ninguno debe mostrar su tarjeta ni perderla.			
	3.1 Infecciones de transmisión sexual	**REFUERZO TEÓRICO CONCEPTUAL** (Sífilis, Gonorrea, Herpes genital , Virus del Papiloma Humano…)	- Diapositivas - Infocus - Computador	10 min.	De conocimientos
	3.2 VIH/SIDA	**Ejercicio de análisis y reflexión**: Lluvia de ideas: • ¿Qué conoces sobre VIH/ SIDA? • ¿Qué sientes frente al VIH/SIDA?	- Papelotes - Marcadores	5 min	De conocimientos De actitudes De sentimientos

		Refuerzo del tema VIH/SIDA (teórico-conceptual): • Síntomas • Formas de transmisión	- Diapositivas - Infocus - Computador	10 min	
• Reconocer las formas de transmisión y no transmisión del VIH/SIDA		**Trabajo con tarjetas** • Colocamos dos papelotes en la pizarra, uno que dice "**si** DA" y otro "**no** DA" • Entregamos a cada una tarjetas donde se explican las formas de transmisión y de no transmisión del VIH/SIDA. • Se solicita que vayan colocando las tarjetas en los papelotes y expliquen sus razones de elección **Análisis , reflexión y refuerzo de las promotoras**		10 min	De conocimientos De actitudes De relaciones De acciones
• Al finalizar el taller las participantes serán capaces de manejar	• 3.3 Formas de prevención de ITS y VIH/SIDA	• Abstinencia sexual • Fidelidad	- Diapositivas - Infocus - Computador - Condón	25 min.	

información adecuada sobre ITS y VIH/SIDA, identificar factores de riesgo/ protección y colocar en forma correcta el condón masculino.	3.4 Uso adecuado del preservativo	• **Uso correcto del condón:** ♥ Refuerzo del uso del condón, forma pasos para usarlo correctamente. ♥ Se reparten condones a las participantes para que cada uno lo coloque en el dildo.	- Dildos		
Sensibilizar a las asistentes frente a la posibilidad de resultar personas viviendo con VIH/SIDA o seropositivas.	3.5 Actitudes y prácticas frente al VIH/SIDA	**EJERCICIO DE CIERRE** **Dinámica de cierre- recolección de firmas** • Formar un circulo • Continuando con el ejercicio de inicio, pedimos a las participantes que tomen en sus manos las tarjetas con las firmas (si alguien no pudo completar las tres firmas no hay inconveniente, es parte del ejercicio) • Se pide una voluntaria iniciar el ejercicio, presentando a las personas que firmaron en su tarjeta e indicando en que tarjetas firmó, así con todas. • Explicar que la tarjeta representa su persona y que cada firma son las personas que	- Papelotes - Marcadores	20 min.	

		mantuvieron relaciones sexuales con ella. • Se pide que revisen sus tarjetas y que pasen al frente aquellas participantes que tengan las tarjetas marcadas con una X, estas personas según el ejercicio tienen VIH/SIDA. • Se pide que pasen las que tengan marcada la letra C, quiere decir que usaron condón. **Reflexión** • ¿Cómo se sintieron al saber que portaban la tarjeta con VIH/SIDA, y que los que firmaron en tu tarjeta y en las tarjetas que tú firmaste se han convertido en una cadena y todas fueron infectadas, excepto las que usaron condón? • Sobre la importancia de conocer sobre el VIH/SIDA.			
		2. **EVALUACIÓN** • Que fue lo que más te gustó del taller. • Que parte del taller aplicarías en tu vida. • Cuál es tu opinión sobre las personas viviendo con VIH/SIDA. • Crees que es justo o injusto discriminar a la gente que vive con VIH/SIDA. ¿Por qué?		10 min	✓ De criterios ✓ De opiniones ✓ De actitudes ✓ De sentimientos ✓ pensamientos ✓ De acciones ✓ De relaciones. ✓ De valores ✓ ✓ De criterios ✓ De conoci-mientos ✓ De actitudes

TALLER Nº 3 "MQM X ESO ME CUIDO"
ME QUIERO MUCHO POR ESO ME CUIDO

TEMA: MATERNIDAD Y PATERNIDAD RESPONSABLE, ANTICONCEPCIÓN, ITS, VIH/SIDA.

INTRODUCCIÓN

Durante la adolescencia, la sexualidad surge con fuerza como parte del impulso hacia la madurez física y emocional, luego de haber permanecido latente en los años de la infancia.

L@s adolescentes dan sentido a las transformaciones de su cuerpo en dos direcciones: como vía de procreación y, lo que les resulta más importante, como vía de disfrute sexual y de atracción física erótica para otras personas.

Lejos de sentir temor ante las relaciones sexuales, muchos adolescentes las asumen como una necesidad a satisfacer en sus vidas.

"La actividad sexual en los adolescentes se ha convertido en una norma; la mayoría considera que es necesario realizarla –como si fuera una moda-, y así tratan de buscar aceptación del grupo"

El incremento de la fecundidad adolescente, tema ligado al comportamiento sexual, ha venido poniendo de relieve a la adolescencia ante la opinión pública desde mediados de la década del 80, más aún si consideramos que la población adolescente sería el segmento de mayor crecimiento demográfico y que la tasa de fecundidad habría aumentado en ésta población.

Se ha señalado que la mayor liberalidad en las relaciones sexuales, el inicio sexual más temprano y el incremento del comportamiento riesgoso ocurridos en las últimas décadas se ha asociado directamente con el aumento de los

embarazos no deseados en adolescentes, enfermedades sexualmente transmitidas (ETS), incluyendo VIH/SIDA, y el aborto., (OPS & OMS, 2001)

JUSTIFICATIVO

L@s adolescentes nos encontramos preparados biológicamente para sostener relaciones sexuales pero no psicológicamente, por lo menos la mayoría. Llegamos a ser fértiles aproximadamente 6 ó 7 años antes de ser maduros emocionalmente, y crecemos en una cultura donde los compañeros, la televisión, el cine y la música transmiten mensajes manifiestos a propósito de las relaciones sexuales que son comunes y aceptados. Normalmente no se ofrece educación, ni orientación sobre el comportamiento sexual saludable, responsable e información clara en el hogar, la escuela y la comunidad; por lo tanto, la educación en sexualidad que recibimos viene a través de personas muchas veces desinformadas.

Por eso queremos tratar entre adolescentes estos temas en palabras claras y directas para evitar que el inicio sexual siga dándose en condiciones de riesgo debido a la "clandestinidad" en que se practican y a la falta de madurez psicológica requerida para llevarlas responsablemente.

OBJETIVO GENERAL:

Proporcionar información correcta y oportuna en temas como maternidad y paternidad responsable, anticoncepción, ETS, VIH/SIDA que nos permita asumir con naturalidad y madurez la responsabilidad que tenemos con nosotras mismas de cuidar la calidad de nuestras vidas.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Reflexionar sobre los sentimientos asociados a la posibilidad de tener un hij@.
- Ofrecer opciones en métodos de control de la fecundidad con enfoque de derechos.

- Mejorar los conocimientos acerca de las infecciones de transmisión sexual-VIH/SIDA
- Lograr que las participantes adquieran la destreza de colocar correctamente el condón masculino.

BENEFICIARIAS:

Estudiantes de primero de básica a tercero de bachillerato del Instituto Tecnológico “Riobamba”.

RECURSOS:

- Huevos
- Marcadores
- Masking
- Copias
- Hojas de papel
- Esferos
- Papelotes
- Láminas
- Muestras de métodos anticonceptivos
- Preservativos
- Dildos
- Computador

1. EJERCICIO DE SALUDO Y AMBIENTACIÓN

Saludo de bienvenida y que cada participante se coloque su nombre.

1.1 Dinámica de la sombra:

- Pedir que formen parejas, una adolescente debe estar atrás de la otra e imitar todos sus movimientos cual si fuera su sombra.

- La persona que esté al frente deberá actuar con la mayor naturalidad posible, no pueden hablar entre ellos, luego de algunos minutos se pide cambiar los roles.
- Al final se reflexionará sobre cómo se sintieron siendo sombra y siendo persona

  REFUERZO:

  ¿Qué tan complicado puede resultar entender los movimientos de la otra persona y complementarse?

2. RECORDANDO EL TALLER ANTERIOR.

Voluntarias que expongan los temas que más les gustaron.

3. MATERNIDAD-PATERNIDAD RESPONSABLE

Ejercicio de reflexión y análisis.

3.1 Juguemos a ser madre y padre.

- Se entrega a cada pareja uno o dos huevos con un pequeño agujero.
- Pueden decorarlos, vestirlos y ponerles nombres.
- Se les entrega una copia de las reglas a seguir para cuidar al bebé.

Trabajo individual.

- Sentarse separadas, el trabajo es personal.
- Se les proporciona hojas de papel, esferos y marcadores de colores.
- Las participantes tendrán que escribir, graficar, e ilustrar lo que significa para cada uno SER MADRE o SER PADRE.

Trabajo grupal

Compartiendo experiencias de ser madres y padres.

- Formación de grupos de trabajo
- Se les solicita que todas compartan en sus grupos sus experiencias y hagan una comparación entre todas las participantes del grupo.

Reflexión y refuerzo ¿Se sienten preparadas para ser madres?

4. MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

4.1Trabajo en grupos.

- Formar un círculo.
- Se les entrega un papelote.
- Mediante una lluvia de ideas se les solicita que hablen sobre los métodos anticonceptivos que conocen.
- Se entrega a cada grupo material de apoyo. (muestras de anticonceptivos)

4.2 REFUERZO:

- Explicar en lenguaje sencillo el uso de los métodos anticonceptivos.

4.3 Dinámica cadena de firmas:

- En tres tarjetas se dibuja una **x** pequeña en una esquina y en otras tres una **c** pequeña no se debe explicar a los participantes el por qué de la marca.
- Se entrega una tarjeta para cada participante y un esfero (incluidas las tres tarjetas señaladas)
- Se pide a las participantes que caminen y se mezclen entre sí, deben simular que no se conocen entre ellas, en cinco minutos deberán recoger tres firmas o nombres de diferentes compañeras en las tarjetas (pueden cambiar de nombres o ponerse nombres de varón), una persona no puede firmar dos veces en una misma tarjeta.
- Luego de concluido el tiempo, se pide a cada participante guardar bien la tarjeta con los tres nombres solicitados y se indica que este ejercicio lo terminaremos al final del taller, ninguno debe mostrar su tarjeta ni perderla.

4.4 ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

Refuerzo teórico conceptual

(Sífilis, Gonorrea, Herpes genital, Virus del Papiloma Humano…)

5. VIH/SIDA

5.1 Ejercicio de análisis y reflexión:

Lluvia de ideas:

- ¿Qué conoces sobre VIH/ SIDA?
- ¿Qué sientes frente al VIH/SIDA?

5.2 Refuerzo del tema VIH/SIDA (teórico-conceptual):

- Síntomas
- Formas de transmisión

5.3 Trabajo con tarjetas

- Colocamos dos papelotes en la pizarra, uno que dice "**si** DA" y otro "**no** DA"
- Entregamos a cada una tarjetas donde se explican las formas de transmisión y de no transmisión del VIH/SIDA.
- Se solicita que vayan colocando las tarjetas en los papelotes y expliquen sus razones de elección.

Análisis, reflexión y refuerzo de las promotoras

5.4 Formas de prevención de ETS y VIH/SIDA

- Abstinencia sexual
- Fidelidad
- **Uso correcto del condón:**

♥ Refuerzo del uso del condón, pasos para usarlo correctamente.

♥ Se reparten condones a las participantes para que cada una lo coloque en el dildo (pene didáctico).

6. EJERCICIO DE CIERRE

6.1 Dinámica de cierre- recolección de firmas

- Formar un circulo
- Continuando con el ejercicio de inicio, pedimos a las participantes que tomen en sus manos las tarjetas con las firmas (si alguien no pudo completar las tres firmas no hay inconveniente, es parte del ejercicio)
- Se pide una voluntaria iniciar el ejercicio, presentando a las personas que firmaron en su tarjeta e indicando en que tarjetas firmó, así con todas.
- Explicar que la tarjeta representa su persona y que cada firma son las personas que mantuvieron relaciones sexuales con ella.
- Se pide que revisen sus tarjetas y que pasen al frente aquellas participantes que tengan las tarjetas marcadas con una X, estas personas según el ejercicio tienen VIH/SIDA.
- Se pide que pasen las que tengan marcada la letra C, quiere decir que usaron condón.

Reflexión

- ¿Cómo se sintieron al saber que portaban la tarjeta con VIH/SIDA, y que los que firmaron en tu tarjeta y en las tarjetas que tú firmaste se han convertido en una cadena y todas fueron infectadas, excepto las que usaron condón?
- Sobre la importancia de conocer sobre el VIH/SIDA.

7. EVALUACIÓN

- Que fue lo que más te gustó del taller.
- Que parte del taller aplicarías en tu vida.
- Cuál es tu opinión sobre las personas viviendo con VIH/SIDA.
- Crees que es justo o injusto discriminar a la gente que vive con VIH/SIDA. ¿Por qué?

CONTENIDOS:

(SUSTENTO TEÓRICO DEL TALLER)

MATERNIDAD Y PATERNIDAD RESPONSABLES

Ser padre y madre es una experiencia maravillosa. Construir una familia requiere de mucha responsabilidad, implica estar dispuest@s a dar lo mejor de nosotros mismos para lograr que la vida tome forma en un nuevo ser humano: un hijo o una hija.

En la adolescencia la maternidad o la paternidad es algo que no se espera en las sociedades occidentales, sin embargo se ve influenciado por los mensajes televisivos y del medio. Durante esta etapa por lógica, el organismo humano tiene requerimientos especiales que van desde los que le permitan un adecuado crecimiento como: alimentación, descanso y ejercicio físico; requerimientos materiales, como el vestido o los zapatos, que por el crecimiento deben cambiarse frecuentemente; emocionales que surgen ante la atracción sexual y las nuevas sensaciones y los sociales que permiten consolidar sentimientos, relaciones y amistades.

La maternidad precoz acarrea dificultad para independizarse económicamente, quedando expuestas a la explotación, violencia y dependencia familiar, con todas sus consecuencias.

La mayoría de estos embarazos no planeados son consecuencia de la desinformación. Los adolescentes necesitan que sus padres y madres (y no la responsabilidad de la escuela y el Estado) les hablen de las enfermedades de transmisión sexual, de la responsabilidad de convertirse en padres cuando aún ni sus cuerpos, ni sus mentes ni sus bolsillos están listos.

El rol de madre y padre es complejo. Las niñ@s necesitan de la protección materna y paterna en su desarrollo, que va desde la completa dependencia

hasta la autonomía. Este rol requiere asumir diversas tareas y compromisos, lo que implica veinticuatro horas diarias de dedicación durante los 365 días del año y durante muchos años.

La madre y el padre son responsables del desarrollo de la niñ@ en su dimensión física, psicológica, social y espiritual, desde que nace, hasta que se convierte en adulto. La familia tiene una influencia decisiva en el desarrollo afectivo y moral de la niñ@.

La mayor parte de l@s adolescentes no dimensiona la magnitud de la responsabilidad de ser madre y padre l@s muchach@s que se enfrentan a esta situación, atraviesan por una serie de problemas: hij@s prematuros, abortos, desorganización familiar, matrimonios forzados, deserción escolar, frustración de sus planes, desajuste económico, vivienda insuficiente, poco cuidado y poca atención hacia l@s hij@s , problemas emocionales en la familia, mala salud de la madre y/o niñ@, ocasionando muchas veces una crisis profunda con ellos mismos, con su medio social y familiar, sumergiéndose en el círculo de la pobreza.

Producir una fecundación es una cosa y ser padre o madre es otra diferente. Podemos elegir, optar y decidir. La paternidad y la maternidad son una opción y un derecho.

DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS

Estos derechos sexuales y reproductivos son parte de los Derechos Humanos que involucran a toda la humanidad y crean condiciones favorables para asegurar una calidad de vida digna a todas y todos mediante prácticas de sexualidad y reproducción SANAS Y LIBRES.

DERECHOS SEXUALES

Se refieren a la LIBERTAD para ejercer plenamente la sexualidad sin peligro de abuso, sometimiento, violencia, discriminación y buscan ubicar al individuo y a su cuerpo como el centro de donde parte la capacidad de tomar decisiones.

Los seres humanos tenemos estos derechos sexuales:

- A gozar de la sexualidad y la decisión de tener o no relaciones sexuales.
- A vivir la sexualidad de manera placentera libre de violencia y culpas.
- A ejercer la sexualidad plenamente, el autoerotismo.
- A información veraz, científica, oportuna y libre de prejuicios.
- A información libre de prejuicios y atención médica de calidad para tratar ETS y VIH/SIDA.
- A la aplicación consentida e informada de los exámenes de VIH/SIDA y embarazo y a la confidencialidad de los resultados.

DERECHOS REPRODUCTIVOS

Estos derechos van desde las decisiones acerca de la cantidad y espaciamiento de los hijos, al acceso a servicios adecuados ante situaciones de infertilidad y el acceso a anticonceptivos apropiados.

Se entiende como derechos reproductivos:

- La atención en salud integral para jóvenes con calidad y calidez.
- La educación sexual veraz, oportuna, científica y libre de prejuicios.
- No ser rechazada en el trabajo o en el colegio por estar embarazada.
- Acceso e información a métodos anticonceptivos seguros, eficaces, asequibles y aceptables.
- Participar con voz y voto en la creación de programas y políticas de salud sexual y reproductiva para jóvenes.

- Acceso a información y al uso de la Píldora Anticonceptiva de Emergencia.

"Decidir cuándo y cuántos hijos tener"

MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

Son aquellos que evitan que las relaciones sexuales conduzcan a un embarazo, impidiendo que un óvulo sea fecundado por un espermatozoide.

Es importante saber que no existe ningún método perfecto que vaya bien a todas las mujeres u hombres a todas las edades y en todas las situaciones.

Si bien la finalidad de los métodos anticonceptivos es evitar el embarazo, actualmente es importante fomentar, sobre todo entre los jóvenes, aquellos métodos que además del embarazo evitan infecciones de transmisión sexual (los preservativos).

Excepto el preservativo femenino y masculino los demás requieren consulta previa y asesoramiento médico.

Los distintos métodos se pueden clasificar basados en su seguridad y eficacia en:

Métodos mal llamados anticonceptivos:

Lactancia Prolongada: Durante la misma se producen ovulaciones y por tanto puede ocurrir un embarazo.

Lavados Vaginales: Los lavados después de un coito no sirven de nada, pues los espermatozoides llegan rápidamente al cuello del útero y el agua no es factor inhibidor de espermatozoides.

Coito Interrumpido (marcha atrás) : Consiste en retirar el pene justo antes de la eyaculación. Este método conlleva varios inconvenientes; exige un gran

control por parte del varón, puede haber embarazo porque el líquido pre seminal si puede contener espermatozoides. Puede producir insatisfacción.

La lactancia prolongada, lavados vaginales y el coito interrumpido, no son métodos anticonceptivos y no protegen de las Infecciones de Transmisión Sexual y VIH/ SIDA.

Métodos poco seguros:

Requieren un gran conocimiento del funcionamiento del organismo femenino. Se debe estar bien informad@ y abstenerse de tener relaciones sexuales en los días fértiles.

Ritmo: Se calcula en base al conocimiento del día de ovulación. Los días fértiles de cada ciclo se calculan por medio del análisis de las fechas de las menstruaciones de los últimos 8-10 meses.

El período fértil es variable, el ciclo menstrual se cuenta desde el primer día del sangrado. En la mayoría de mujeres dura entre 28 y 30 días. La ovulación ocurre 14 días antes de la siguiente menstruación y es el día en que las mujeres tienen más probabilidad de embarazo si tienen contacto sexual sin protección. No obstante, es muy difícil saber con precisión cuando "cae" la ovulación y de todas maneras el periodo fértil empieza unos días antes y termina unos días después.

Pos esta razón y como el óvulo vive 12 horas y los espermatozoides entre 48 a 72 horas en el útero hay que evitar el coito 3 días antes y 3 días después de la fecha de la posible ovulación

Inconvenientes: **no protege de ETS y VIH/SIDA**

- *Temperatura Corporal:* consiste en calcular el momento de la ovulación a través del aumento de la temperatura que se produce después de ésta

(la temperatura basal aumenta de 0,3 a 0,5 centígrados). Este método trata de averiguar los días fértiles para abstenerse de realizar un coito durante los mismos.

Inconveniente: cualquier tensión nerviosa o resfriado puede producir alteraciones en la temperatura. Condiciona la sexualidad. Es incómodo al tener que tomar la temperatura todos los días. Es poco fiable. Existe la posibilidad de ovulaciones en momentos de tensión emocional. **No protege de ITS y VIH/SIDA.**

- *Moco Cervical o Billings*: se basa en calcular el momento de la ovulación por medio del conocimiento del moco cervical, cuando el moco cervical es transparente y se puede estirar entre dos dedos sin romperse, es un signo de que la mujer se encuentra en sus días fértiles.

  Inconvenientes: es un método poco seguro sin la participación del especialista. No deben utilizarse preservativos, diafragmas, espermicidas, DIU o píldora, pues todos ellos producen alteraciones en el moco cervical. El estrés puede retrasar la ovulación y las ITS producen alteraciones del moco. **No protege de ITS y VIH.**

- *Espermicida utilizado solo*: los espermicidas son sustancias químicas (geles, espumas, esponjas, cremas, óvulos) que destruyen los espermatozoides en la vagina se introducen en la vagina 10 a 60 minutos antes de un coito, lo que quita la espontaneidad.

  Inconvenientes: no elimina todos los espermatozoides, por lo que no es conveniente utilizarlos solos. Tienen un tiempo limitado de seguridad. Pueden producir irritaciones en el pene y en la vagina. **No protegen de ITS y VIH.**

Métodos anticonceptivos más seguros

Preservativo masculino: Es una funda de goma sintética (látex) fina y elástica, que se debe de colocar sobre el pene erecto antes del inicio de la penetración. Después de la eyaculación se debe retirar el pene de la vagina cuando todavía está erecto, para evitar que el preservativo se quede en el interior de la vagina o ano. Su efectividad aumenta si se usa con espermicidas. **Este método protege del embarazo e ITS/VIH.**

Inconvenientes: se debe colocar antes de la relación sexual. Algunos hombres refieren pérdida de sensibilidad.

Preservativo femenino: Es una funda de goma sintética (poliuretano) que la mujer debe introducirse en la vagina, colocando el anillo flexible sobre el cuello del útero y dejando el anillo rígido en el exterior. Se debe colocar antes de la penetración y retirar al acabar la misma. **Este método protege del embarazo e ITS/VIH.**

Inconveniente: su elevado precio y exige un entrenamiento previo para su correcta utilización.

Dispositivo intrauterino (DIU): Es un dispositivo pequeño de plástico o cobre que se introduce en el útero para impedir la implantación del óvulo fecundado. El DIU debe ser prescrito y colocado por personal médico.

Inconvenientes: la aparición de cólicos menstruales y mayor cantidad de sangrado durante la misma, e incluso presencia de sangre entre las reglas. Si la mujer queda embarazada debe ser retirado. **No previene ITS/VIH.**

Métodos hormonales: La presentación más conocida es en comprimidos (píldoras), pero existen también anticonceptivos hormonales en forma de inyectables e implantes

Son el método más seguro y eficaz para evitar un embarazo. Es un método a base de hormonas (estrógenos y progesterona) que impiden la ovulación. Se inicia al primer día del inicio de la menstruación se prosigue durante 21 días luego se descansa una semana durante la cual aparece la menstruación, generalmente menos intensa y más corta de lo normal. Son recetadas por el médico de forma que el tratamiento sea adecuado para cada mujer, recomendándose revisiones periódicas.

El implante: Consiste en una serie de varillas plásticas (de 1 a 5) de igual tamaño, que el ginecólogo inserta debajo de la piel en la parte superior del brazo, utilizando un anestésico local. Las varillas liberan una dosis constante de hormonas que impiden la ovulación. Una vez colocado tiene una duración de 3 a 5 años. Durante ese tiempo proporciona protección ante un embarazo con un rango de eficacia del 99.8% o incluso más.

Inconvenientes: puede haber cambios de peso, cambios de humor, presencia de más infecciones vaginales y puede salir algo de sangre entre las reglas. **No protege contra ITS/VIH.**

Métodos de emergencia: Es un método hormonal, también llamado "píldora del día después o píldora anticonceptiva de emergencia" que debe ser utilizado como método de emergencia y no como un método anticonceptivo rutinario, debido a que supone una ingesta alta de estrógenos. Su acción no es abortiva, sino que evita que anide un óvulo posiblemente fecundado.

Debe ser utilizado como recurso excepcional, siguiendo las indicaciones y plazos establecidos para que sea eficaz, los mismos que implican tomarla hasta 72 horas después de haber tenido una relación sexual penetrativa de riesgo, contar con asistencia médica y consejería.

Tanto el preservativo femenino como el masculino son los únicos que protegen de las ITS y VIH/SIDA.

Métodos definitivos:

Vasectomía: Se realiza mediante una operación simple, con anestesia local, que no requiere hospitalización. Consiste en cortar los conductos deferentes (que son los canales por donde pasan los espermatozoides) para evitar que los espermatozoides formen parte del semen. No interfiere ni la actividad ni la capacidad sexual.

Ligadura de trompas: Se realiza mediante una pequeña incisión en el abdomen y consiste en la sección de las trompas de Falopio para impedir que los óvulos pasen y sean fecundados. Requiere hospitalización.

Clasificación de los métodos anticonceptivos:

- Barrera (condón masculino y condón femenino).
- Métodos químicos locales (geles, espumas, esponjas, cremas o tabletas vaginales).
- Hormonales (píldoras, inyectables, parches, implantes, píldora del día después o de emergencia).
- Dispositivos intrauterinos (DIU- T de cobre).
- Definitivos (ligadura de trompas- Vasectomía).
- De emergencia

¿Qué métodos podemos utilizar l@s adolescentes?

Existen muchos y variados métodos anticonceptivos, siendo el mejor aquel que es aceptado por la pareja, tolerado y bien utilizado.

Preferentes: Preservativo. Contracepción hormonal oral.

Aceptables: Diafragma. Esponja. Espermicidas. Inyectables

Menos aceptables: DIU. Abstinencia periódica. Contracepción quirúrgica

De emergencia: Contracepción postcoital.

Además podemos optar por la **abstinencia sexual** que es la privación voluntaria de la satisfacción total o parcial de algo, en este caso del sexo.

No existe un "método ideal" para l@s adolescentes…existen "adolescentes ideales" para la anticoncepción

ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ETS)

Más conocidas como "enfermedades de transmisión sexual" o "enfermedades venéreas", son producidas por pequeños gérmenes, bacterias, hongos o virus que se contagian de una persona a otra.

¿Cómo se transmite una ETS?

La mayoría a través de relaciones sexuales sin protección ya sean por contacto pene- ano o contacto de los genitales con la boca; con personas que ya tienen una o varias ETS.

Constituyen un peligro para l@s adolescentes, puesto que pueden afectar nuestra vida. Si no se cura este tipo de infecciones, pueden producirse consecuencias graves, una de las cuales es la infertilidad (no poder tener hijos).

Todas las personas tenemos derecho a vivir nuestra sexualidad de forma saludable y a conocer las posibilidades de contraer enfermedades de transmisión sexual. Toda persona sexualmente activa puede infectarse. Por eso es sumamente importante que l@s adolescentes conozcamos las consecuencias y que aprendamos las destrezas y la información que pueden ayudar a protegernos.

Síntomas tanto en las mujeres como en los hombres:

- Ulcera genital: puede ser una sola llaga con o sin dolor en los genitales o ano; o puede ser alguna o muchas ampollas pequeñitas o verrugas.
- Ganglios o pequeñas masas duras y dolorosas en una o ambas ingles.
- Fiebre por encima de los 38 grados centígrados, sin otra infección y acompañada de los otros síntomas.

Síntomas en las mujeres:

- Flujo vaginal: por la vagina sale un líquido abundante, puede ser amarillento, verdoso o lechoso y hay comezón.
- Dolor en la parte inferior del abdomen
- Sangrado vaginal, que no sea el menstrual.
- Dolor del cuello del útero, al tacto vaginal.

Síntomas en los hombres:

- Secreción uretral: por el agujero del pene sale un líquido un tanto espeso y amarillento y hay dolor o ardor al orinar.
- Dolor e hinchazón en una o ambas bolsas escrotales que cubren los testículos.

Todas estas molestias pueden aparecer días, meses y aún años después de haberse producido la infección.

¿Cuáles son las ETS más comunes?

Por bacterias: Sífilis, Gonorrea, Chancro, Clamidia, Linfogranuloma venéreo.

Por parásitos: Tricomoniasis y ladilla.

Por hongos: Candidiasis.

Por virus: Herpes genital, Hepatitis B, Virus del Papiloma Humano (HPV) y el Virus de la Inmunodeficiencia humana (VIH/SIDA).

Existe un tratamiento con antibióticos para la mayoría de estas infecciones y es muy importante tratar a la vez a ambos miembros de la pareja sexual. Los remedios caseros no son útiles para estas infecciones.

VIH/SIDA

(**V**irus de **i**nmunodeficiencia **h**umana/ **s**índrome de **i**nmuno**d**eficiencia **a**dquirida)

Cuando el VIH penetra en el organismo destruye los glóbulos blancos y daña el sistema inmunológico que habitualmente nos protege de las infecciones.

Esta enfermedad tiene dos condiciones:

- Las personas infectadas por el VIH conocidas como *seropositivas o personas viviendo con el VIH y SIDA* **(PVVS)** no presentan síntomas evidentes durante largo tiempo. Parecen y se sienten totalmente sanas, no saben que están infectadas y contagian a otras personas con las que tienen sexo.
- El SIDA se produce cuando el virus entra en acción, destruye el sistema de defensa del cuerpo y la persona infectada cae enferma. El tiempo que pasa entre contagiarse con el virus y el comienzo de los síntomas varía, en algunas personas puede ser seis meses después y en otra puede ser en cinco y hasta diez años.

La palabra SIDA se forma con las iniciales de la expresión Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.

- Síndrome: conjunto de signos y síntomas en vez de una sola enfermedad.
- Inmuno: defensa ante enfermedades.
- Deficiencia: disminución.

- Adquirida: algo que se contrae en el transcurso de la vida.

  Los síntomas principales son:

  - Pérdida de peso superior al 10% de su peso corporal
  - Estado febril durante más de un mes.
  - Diarrea crónica durante más de un mes.
  - Cansancio persistente y agudo (fatiga)

  Los síntomas secundarios son:

  - Tos persistente durante más de un mes.
  - Transpiración abundante durante la noche.
  - Lesiones en la piel con picazón.
  - Infecciones por hongos en boca y garganta
  - Infección por herpes
  - Inflamación de los ganglios.

¿Cómo se contrae el VIH?

Se ha constatado que el VIH pasa de una persona infectada a otra no infectada de tres maneras:

- Durante *relaciones sexuales sin protección*, el VIH puede penetrar en la corriente sanguínea a través de los fluidos corporales que se encuentran en la vagina, el pene o el ano, es decir fluidos vaginales, semen y sangre. Por tanto podemos decir que el VIH/SIDA es una infección de transmisión sexual.
- A *través de la sangre* , de productos sanguíneos(sangre donada) o de órganos trasplantados que contienen el virus;
- De una *madre seropositiva a su hijo* durante el embarazo, el parto o la lactancia.

La vía sexual es la más habitual forma de contagio (75% de los casos).

Otro factor de riesgo de gran importancia es el uso compartido de jeringas infectadas en el caso de consumidores de drogas por vía intravenosa.

Otras vías abiertas para el contagio del SIDA son aquellas que por prácticas irresponsables, accidentes, o no suficientemente controladas pueden en forma ocasional, transmitir el virus de un portador a una persona no portadora.

Ejemplos:

1. Intercambiar máquinas de afeitar y otros objetos cortantes personales.
2. Intercambiar el cepillo de dientes.
3. Tatuarse con agujas sin esterilizar

El VIH no está en cantidades suficientes para ser transmitido en el sudor, las lágrimas ni la orina, tampoco se transmite por picadura de insectos.

El VIH no puede transmitirse de una persona a otra en las siguientes situaciones:

- Utilizar ropa o las pertenencias de una PVVS (toallas, ropa de cama)
- Abrazar o jugar con un bebé o un niño PVVS
- Cuidar niños cuando el adulto es PVVS
- Nadar en una piscina, un río o una alberca con una o varias PVVS
- Viajar en autobuses con una o varias PVVS
- Estar cerca de una PVVS que tose o estornuda.
- Compartir alimentos, tazas o platos con una PVVS
- Compartir servicios higiénicos.
- Atender a una persona enferma de SIDA siempre y cuando se observen normas elementales de higiene.
- Prestar primeros auxilios si se observan las prácticas de seguridad adecuadas.
- Donar sangre si no se es PVVS
- Por la picadura de un mosquito.
- Por un beso largo y prolongado en la boca.
- Por abrazar, acariciar o jugueteos sexuales con una PVVS.

¿Existe algún tratamiento para la infección por el VIH/SIDA?

Por el momento ninguna vacuna protege del virus ni existe cura alguna para las personas infectadas. No obstante se siguen experimentando terapias nuevas que consisten en la combinación de medicamentos antirretrovirales que han prolongado la esperanza de vida de las personas infectadas. En Ecuador el tratamiento antirretroviral es completamente gratuito, eso gracias a la Ley de VIH/SIDA y a la gestión del Ministerio de salud Pública.

¿Cómo prevenir las enfermedades de transmisión sexual (ETS)?

Para evitar la infección por contacto sexual:

- ✓ **La abstinencia**, que significa no tener relaciones sexuales con ninguna persona por un largo periodo en la vida e incluso nunca.
- ✓ **La fidelidad**, implica tener relaciones sexuales con una sola persona que sea fiel y serle fiel igualmente durante toda la vida.
- ✓ **Relaciones sexuales seguras,** es cualquier actividad sexual que proteja contra el riesgo de infección, es decir evitar el contacto con el semen o las secreciones vaginales.

La única forma de prevenir el contraer una ETS es utilizando correctamente y consistentemente el preservativo o condón en todas tus prácticas sexuales. El condón es el único que te protege de las ETS, incluido el VIH – SIDA y también de un embarazo no planificado. Es el método al alcance de los adolescentes, no tiene ninguna contraindicación, es relativamente barato y se encuentra en cualquier farmacia y en algunas tiendas y supermercados.

EL CONDÓN TE DA DOBLE PROTECCIÓN

Forma correcta de la utilización del Preservativo o condón.-

1. Revisar si el preservativo está al derecho (“sombrero mejicano”), contiene aire y tiene una fecha de caducidad válida.

2. Abrimos el estuche solo con las yemas para no dañarlo.

3. Cogemos la punta del preservativo con la yema de los dedos y lo ponemos en el pene erecto.

4. Una vez colocado en la cabeza del pene lo deslizamos suavemente con las yemas de los dedos.

5. Hasta llegar a la base del pene.

6. Una vez colocado debe tener la precaución de dejar libre 2 cm en la punta para evitar que se rompa con el roce.

7. Después de eyacular (terminar) retirar el pene de la vagina antes que se ponga blando, sujetando el preservativo de la base para evitar que se quede dentro.

8. Amarramos con cuidado de que no se derrame el semen y botamos en la basura.

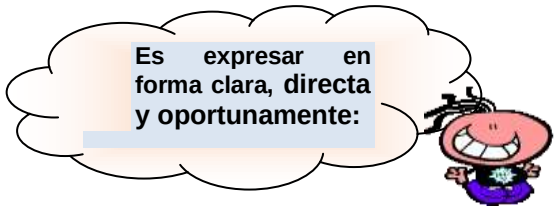
Se debe utilizar un solo preservativo y desecharlo después de cada relación sexual.

BIBLIOGRAFÍA

1. Arias, R. (2001). Connotaciones del uso del condón en hombres de la clase media de la Ciudad de México. *Redes Jóvenes*, *2*(4), 30-34.
2. Barros, T.; Barreto, D.; Pérez, F.; Santander, R.; Yépez, E.; Abad-Franch, F. & Aguilar, M. (2001). Un modelo de prevención primaria de las enfermedades de transmisión sexual y del VIH/SIDA en adolescentes. *Revista Panamericana de Salud Pública. 10(2)*, 86-94.
3. Calero, J. L.& Santana, F. (2001). Percepciones de un grupo de adolescentes. sobre iniciación sexual, embarazo y aborto. *Revista Cubana de Salud Pública. 27 (1)*, 51-57.
4. Organización Panamericana de la Salud . Manual de Salud para la atención del adolescente. Serie Paltex. 1999.
5. Zubarew T. : Evaluación sobre oportunidades perdidas de atención integral del adolescente. Washington .OPS/OMS 1996.
6. Guía didáctica para la capacitación de multiplicadores en salud integral para los Adolescentes con énfasis en salud sexual y reproductiva. Módulo 1 Quito-Ecuador 2000 MSP
7. Orientación sexual para adolescentes Módulo 1 Municipio del Distrito Metropolitano de Quito 2008-
8. Por la vía del tren Guía de formación a promotores en sexualidad Plan Internacional Chimborazo 2007
9. Paso a paso Manual Educativo sobre VIH SIDA comunicación y relaciones humanas UNICEF 2005
10. Autocuidado de la fertilidad y sexualidad para adolescentes medios Manual para el facilitador MEC 1998
11. La Adolescencia normal A. Aberasturi- Knobel Mauricio Editorial Paidós Buenos Aires 1991
12. Derecho a los derechos. Atención Integral a sobrevivientes de delitos sexuales. Londoño Vélez Argelia. UNFPA. Bogotá 2001.
13. El dolor invisible de la infancia. Jorge Barudy. Editorial PAIDOS. Barcelona. 1998.

ASERTIVIDAD:

Es respetarse a sí mism@ y a los demás, ser direct@, honest@ y apropiad@. Mantener el equilibrio emocional. Saber decir y saber escuchar, ser muy positiv@ y usar correctamente el lenguaje.



- ✓ **Mis pensamientos**
- ✓ **Mis sentimientos**
- ✓ **Mis creencias**
- ✓ **Mis derechos**
- ✓ **Mi habilidad de defensa**

***Sin afectarme a mí mism@ ni a los demás*.**

TOMA DE DESICIONES:

Tomar tus propias decisiones es un tema difícil. Tu fortaleza interna y la confianza en ti mism@ pueden ayudarte a mantenerte firme, rechazar los intentos de otros para convencerte, y resistirte a hacer algo que tu consideras incorrecto.

Me pertenezco
Y, por tanto puedo,
Construir y construirme,
Yo soy yo… y estoy bien.

LA FELICIDAD ES UN TRAYECTO, NO UN DESTINO.

TRABAJA COMO SI NO NECESITARAS DINERO.

AMA COMO SI NUNCA TE HUBIERAN HERIDO.

Y BAILA ..COMO SI NADIE TE ESTUVIERA VIENDO.

INSTITUTO SUPERIOR RIOBAMBA

HOSPITAL PROVINCIAL RIOBAMBA

EDUCACION DE LA SEXUALIDAD ENTRE PARES

"Los adolescentes no solo somos el futuro, somos el presente construyendo nuestro futuro"

TALLER # 4

TIEMPO DE DECIDIR:

AUTOESTIMA

Es el conjunto de ideas, percepciones e imágenes que una persona tiene sobre sí misma y que se expresa en la valoración positiva o negativa de su propio ser.

LA AUTOESTIMA SE COMPONE DE:

AUTOACEPTACION: Es ser responsables de los propios pensamientos, sentimientos y acciones sin evadirse, negarse o desentenderse de ello. Tener pensamientos propios para experimentar mis emociones y evaluar mis acciones aunque no sean de mi gusto.

Si uno sabe aceptarse no se sentirá a la defensiva o a prueba, sabrá recibir las ideas y/o comentarios de los otros sin volvernos agresivos u hostiles.

AUTORESPONSABILIDAD: Es darnos cuenta de que somos autores de nuestras acciones y elecciones, de que somos responsables de nuestra vida y bienestar, no culpar al resto por esto o aquello, reconocer que yo tengo parte en eso. Es la expresión de madurez y comprensión de los hechos que me involucran.

AUTOAFIRMACION: Es ser atent@ con el trato con los demás, tratarse uno mismo con respeto en el grupo, no ocultar la realidad de quien soy yo , solo para que otro me apruebe o aprecie.

Requiere coraje para vivir con los propios valores en la realidad, no dejarse controlar por temor a la desaprobación de alguien.

AUTODETERMINACION: Es identificar los propósitos y objetivos personales a corto y largo plazo y las acciones para ello. Admiremos el éxito de los demás y reconozcamos también los nuestros. Las raíces de nuestra autoestima no están en los logros mismos, sino en lo que hacemos para conseguirlos.

EJERCICIOS PARA FORTALECER NUESTRA AUTOESTIMA:

1. **Cuidar nuestro cuerpo**
2. **Reconocer nuestros errores**
3. **Aceptarnos ante el espejo**
4. **Amarnos significa apoyarnos**
5. **Elogiarnos**
6. **Tener mente positiva.**
7. **Ser amables, cariñosas pacientes con nosotr@s mism@s.**
8. **Dejar de asustarnos**
9. **Dejar de criticarnos**
10. **Amémonos ya, y ahora mismo.**

EDUCACIÓN DE LA SEXUALIDAD ADOLESCENTE ENTRE PARES.

TALLER Nº 4 "TIEMPO DE DECIDIR"

TEMAS: AUTOESTIMA, ASERTIVIDAD, PRESIÓN DEL GRUPO PAR Y TOMA DE DECISIONES

OBJETIVO GENERAL: Sensibilizar y motivar a las adolescentes para que a través de la toma de decisiones asertivas expresemos nuestra sexualidad como una maravillosa dimensión de la vida que merece ser vivida de manera responsable, constructiva, autónoma y gratificante.

Duración: 3 horas

OBJETIVO	TEMA	PROCESO METODOLÓGICO	MATERIALES	TIEMPO	EVALUACIÓN
		♥ Saludo y bienvenida. Cada participante se coloca su nombre en el hombro derecho.	Tarjetas Marcadores Masking	5 min	
Recordar lo aprendido		Lluvia de ideas Preguntas directrices ¿Cuánto he aprendido? ¿Qué sensaciones tengo ante este último taller de preparación? ¿Qué espero lograr al terminar esta etapa de formación? Entregar marcadores y pedir que cada participante escriba en los papelotes sus respuestas.	Comunidad de aprendizaje	5 min	✓ De actitudes ✓ De sentimientos ✓ De conocimientos

Construir una valoración positiva en relación consigo misma y las demás	*RESPETO Y TOLERANCIA*	**AMBIENTACIÓN** ❤Dinámica las tres flores y las abejas Antes de iniciar el ejercicio se dibujará en el piso tres flores, una grande una mediana y una pequeña <u>CONSIGNAS:</u> 1. Se les dice a las adolescentes que de ahora en adelante, serán abejas. 2. Asumir por un momento el comportamiento de estos insectos alrededor de las flores 3. Luego se pedirá que todas las abejas ingresen a la flor más grande 4. Se pedirá que salgan de la flor grande e ingresen a la flor mediana 5. Finalmente se solicitará a las abejitas que abandonen la flor mediana para trasladarse a la pequeñita.	Flores con espinas dibujadas en el piso con taipe rojo. Ropa (para simular las alas)	10 min	✓ De actitudes ✓ De relaciones ✓ De acciones ✓ De habilidades
		Reflexiones ❤Sentimientos ante el ejercicio ¿Qué les gusto y les disgustó? ¿Y el trabajo en equipo? EXTRAPOLAR LAS ACTIVIDADES Y ELEMENTOS UTILIZADOS EN LOS EJERCICIOS CON LA VIDA DE LAS SEÑORITAS ABEJAS: Laboriosas Equipo-organizadas FLORES: Ambiente en el cual van a desenvolverse ESPINAS: Dificultades Amenazas Riesgos	- Papelotes - Marcadores - Masking	10 min	✓ De opiniones ✓ De actitudes ✓ De sentimientos ✓ Pensamientos ✓ De acciones ✓ De relaciones. ✓ De valores

Conocer nuestros defectos y debilidades y saber aprovechar nuestras cualidades para valorarnos más.	*AUTOESTIMA*	REFUERZO TEÓRICO-CONCEPTUAL (los componentes de la autoestima: ✓ Auto aceptación ✓ Autorresponsabilidad ✓ Autoafirmación ✓ Autodeterminación Presentación Power Point.	- Diapositivas - Infocus - Computador	10 min	
		TRABAJO GRUPAL Trabajar en tres grupos Partir de la presentación realizar un collage y lucir REFLEXIÓN-SIGNIFICADO DE LOS MATERIALES UTILIZADOS GOMA Unión apoyo TIJERAS Herramientas de construcción REVISTAS Ideas	tijeras goma revistas marcadores	20 in	♥ Las competencias emocionales ♥ Individualidades y Potencialidades
		PLENARIA ¿Qué es la autoestima? - Construir una definición ¿Qué harías para alimentar la autoestima? Elaborar mensajes positivos.	- Papelotes - Marcadores	10 min	conocimientos contenidos derechos relaciones de actitudes

Dar pautas de acción para lograr un comportamiento asertivo en el ejercicio de sus derechos y de su sexualidad	*ASERTIVIDAD*	◎ **EJERCICIO** "TIRO AL BLANCO ❖ Entregar a cada adolescente una paleta de helado • Un trozo de esponja o algodón • Una porción de hilo • Un tarrito de pintura. ❖ Siga las instrucciones • Solicitar que con la paleta construyan un pincel rudimentario sujetando en una punta el algodón con el hilo • Empapar en la pintura el pincel • Pedir que las estudiantes formen un círculo lejos del tiro al blanco y que traten de acertar en el centro. • Recoger los pinceles, acercarse más al tiro al blanco y repetir la acción. • Levantar el tiro al blanco.	Papelote (con la imagen de un tiro al blanco) Paleta de helado Esponja Hilo pinturas Marcador Masking	10 min.	De actitudes De relaciones De acciones
		REFLEXIÓN Extrapolar Paleta Conocimientos previos Hilo Emociones Sentimientos Algodón Asertividad Tiro al blanco cada una de las compañeras Tinta ideas Lanzar Forma como se llega con el mensaje Pintura Nuevos conocimientos Papel su entorno	Papelotes Marcadores	10 min	✓ De criterios ✓ De opiniones ✓ De actitudes ✓ De sentimientos ✓ pensamientos ✓ De acciones ✓ De relaciones. ✓ De valores

		◎ Partimos de la observación del tiro al blanco y de las manchas que se plasmaron en la hoja ◎ Relacionar los pinceles con la actitud asertiva con ejemplos de la vida diaria. ◎ Qué es la asertividad? Construir la definición ◎ Ahora formar tres grupos de estudiantes y pedir que con los mismos pinceles dibujen lo que desean obtener con la asertividad en su vida.			
		REFUERZO TEÓRICO-CONCEPTUAL (ASERTIVIDAD)	- Diapositivas - Infocus - Computador	5 min.	
		RECESO		10 min.	
Concienciar en nuestros pares el ejercicio de toma de decisiones como parte fundamental de la vida y como resultado de una autoestima y asertividad sólidas.	TOMA DE DECISIONES Y PRESIÓN DEL GRUPO PAR	VIDEO "NICK" Refuerzo teórico- conceptual (Toma de decisiones-Presión del grupo par)	- - - - Diapositivas - Infocus - Computador	10 min	

		Reflexiones ➢ ¿Qué les inspira el video**?** ➢ ¿Cuál es la actitud del joven? ➢ ¿Nick tiene autoestima elevada, en qué momento se percibe? ➢ ¿Nick toma decisiones?... ➢ Escribir en la tarjeta los sentimientos que despertaron con este video y pegarlas en el corazón proyectado.	- Tarjetas - Masking - Diapositiva -	10 min	✓ De criterios ✓ De opiniones ✓ De actitudes ✓ De sentimientos ✓ pensamientos ✓ De acciones ✓ De relaciones. ✓ De valores
		REFUERZO Presentación Power "Vive el momento. "	- - Diapositivas - Infocus - Computador	5 min	✓ De sentimientos
	MIS PRIORIDADES	🏆 Ejercicio de cierre **"EL JARRÓN"** 🏆 Dividir en tres grupos que se colocan en semicírculo. 🏆 A cada grupo de participantes se le entrega una Pecera, tazón o jarrón 🏆 Piedras grandes, grava, arena, agua Pedimos a cada grupo que sigan las instrucciones, siempre preguntando ¿aún queda espacio en la pecera? 🕐 Coloque en cada pecera las piedras grandes 🕐 Ahora coloque la grava 🕐 Ponga la arena 🕐 Vierta el agua de colores de las botellas una a una.	Pecera (jarrón, tazón) piedras grava arena agua	15 min.	

		REFLEXIÓN Relacionar la pecera con su vida y pedir opiniones al respecto: • ¿Cuáles son mis prioridades: estudio, familia,(**piedras grandes**),amig@s, enamorados, vaciles(**grava**) , deporte, danza, pasear conocer el mundo, cuidar la naturaleza,(**arena**) …? En la botella anotar el significado del cada color y analizar ❈rojo AMOR ❈amarillo DERECHOS ❈verde ILUSIONES ❈azul EDUCACIÓN ❈café VALORES ❈negro PROBLEMAS ***Reforzar que siempre hay un tiempo y un espacio para vivir y ello implica:*** • Tener autoestima para valorarnos como mujeres únicas y valiosas • Ser asertivas y SABER decir no (pensar en nosotras y en los demás) • Tomar decisiones correctas a tiempo. Si nos saltamos los procesos y los ciclos vitales de adelantan o reducen se PERJUDICA el cumplimiento de las metas y nuestro “proyecto de vida”.	- Papelotes - Marcadores	10 min.	

		EVALUACIÓN Lluvia de ideas **Su proyecto de vida** La familia y las decisiones Los-las amigas y su influencia en la toma de decisiones Importancia de estar acompañadas cuando se decide. Los VALORES Y DERECHOS en la toma de decisiones La AUTOESTIMA y la ASERTIVIDAD en la toma de decisiones	- Papelotes - Marcadores	10 min.	✓ De criterios ✓ De opiniones ✓ De actitudes ✓ De sentimientos ✓ pensamientos ✓ De acciones ✓ De relaciones. ✓ De valores
		PREGUNTAS GENERADORAS: 🕊 ¿En la práctica de su sexualidad es importante asumir una conducta asertiva? 🕊 ¿En este momento se sienten preparadas para tomar decisiones fundamentales en su vida? **Clausura y agradecimiento**		10 min.	

TALLER “TIEMPO DE DECIDIR”

TEMAS: AUTOESTIMA ASERTIVIDAD Y TOMA DE DECISIONES

INTRODUCCIÓN

En la actualidad en nuestra sociedad se relega el hecho de que la formación personal es fundamental para que los seres humanos puedan enfrentar las situaciones nuevas que la vida les presenta, se ha maximizado la función de la educación como dadora de conocimientos y se ha olvidado el tratamiento de temas que permiten el desarrollo de la personalidad.

Hablar de autoestima, asertividad y toma de decisiones en las instituciones educativas no forma parte de la planificación curricular, si se lo hace es de manera teórica, lo importante es interiorizar en l@s adolescentes estos temas, para que se complementen en los hogares, de esta manera se fortalecerán los vínculos de la escuela con la familia con el fin de FORMAR INTEGRALMENTE, seres humanos con mente (conocimientos), corazón (sentimientos, emociones) y acción (toma de decisiones).

JUSTIFICACIÓN

Consideramos necesaria la realización del presente taller:

Para contribuir al proceso de formación integral de las adolescentes, pues además de fundamentarse en la teoría se debe ejercitar destrezas y habilidades de desarrollo personal.

Constituye en este proceso de capacitación y empoderamiento de la información de las adolescentes y sobre todo en su formación un tema muy importante, puesto que el ejercicio de una autoestima positiva promoverá una conducta asertiva y las dos permitirán que la toma de decisiones informadas basadas en derechos y valores las lleve a vivir esta etapa de

cambios bio-psico-sociales de manera libre pero responsable y construir cada día su proyecto de vida.

Al mejorar las competencias personales se pretende preparar a l@s adolescentes para que sean el núcleo que genere cambios en sí mism@s, en los padres y madres de familia, profesores y profesoras, en la institución educativa pero fundamentalmente en la sociedad a la que pertenecen.

OBJETIVO GENERAL. Sensibilizar y motivar a las adolescentes para que a través de la toma de decisiones asertivas expresemos nuestra sexualidad como una maravillosa dimensión de la vida que merece ser vivida de manera responsable, constructiva, autónoma y gratificante.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Construir una valoración positiva en relación consigo misma y las demás.
- Fortalecer la autoestima y autoafirmarse.
- Dar pautas de acción para lograr un comportamiento asertivo en el ejercicio de sus derechos y de su sexualidad.
- Motivar la toma de decisiones informadas.

BENEFICIARIAS

Estudiantes de primero de básica a tercero de bachillerato del Instituto Tecnológico “Riobamba”.

RECURSOS

- Tarjetas
- Marcador
- Masking
- Taipe rojo

- Papelotes
- paletas de helado
- hilo
- algodón o esponja
- temperas
- Papelotes
- Laptop
- Proyector
- piedras
- arena
- grava
- agua
- anilinas
- recipientes (peceras)
- Marcadores

1. EJERCICIO DE SALUDO Y AMBIENTACIÓN

Se iniciará el Taller con una interrogante ¿Cuánto he aprendido? (En el proceso de formación y capacitación)

Inmediatamente se entregará a cada participante un marcador y se pedirá que escriba la respuesta a esta pregunta.

Lluvia de ideas
Preguntas directrices

¿Qué sensaciones tienen ante este último taller de preparación?

¿Qué esperan lograr al terminar esta etapa de formación?

1.1 EJERCICIO DE ANÁLISIS REFLEXIÓN Y CONSTRUCCIÓN.

Dinámica : **"LAS TRES FLORES Y LAS ABEJAS"**

Antes de iniciar el ejercicio se dibujará con el taipe rojo, en el piso tres flores con espinas, una grande una mediana y una pequeña.

Consignas:

3. Se les dice a las adolescentes que de ahora en adelante, se llamarán abejas(itas)
4. Imitar por un momento el comportamiento de estos insectos alrededor de las flores.
5. Luego se pedirá que todas las abejas ingresen a la flor más grande.
6. Se pedirá que salgan de la flor grande e ingresen a la flor mediana.
7. Finalmente solicitará a las abejitas que abandonen la flor mediana para trasladarse a la pequeñita.

Reflexión:

Se pregunta a las participantes: cómo se sintieron en la realización del ejercicio, que les gustó y que no les gustó, qué pasó cuando estaban en la flor más grande, qué pasó cuando estaban en la flor mediana, qué pasó cuando estaban en la flor pequeña, ¿cómo se relacionaron con las demás y cuál fue su aporte para cumplir con la consigna, podemos compartir nuestro espacio con respeto y tolerancia?

Cerramos la dinámica motivando a cada participante extrapolando el ejercicio de las abejas con la tarea que emprenderán y la relación con la asertividad y autoestima utilizando sus competencias emocionales, que les llevarán a conseguir el objetivo que es trabajar en equipo tomando en cuenta las individualidades y potencialidades de cada una, estar dispuestas a dar y recibir ideas y conocimientos que se compartirán en este taller.

Extrapolar las actividades y elementos utilizados en los ejercicios con la vida de las adolescentes.

ABEJAS: Laboriosas- Organizadas
Equipo

FLORES: Ambiente en el cual van a desenvolverse

ESPINAS: Dificultades - amenazas- riesgos

2.- AUTOESTIMA

Refuerzo teórico-conceptual: Autoestima y sus componentes: auto aceptación, autorresponsabilidad, autoafirmación, autodeterminación

2.1 Trabajo grupal:

Trabajar en tres grupos

Partir de la presentación, realizar un collage y lucirlo.

Plenaria:

Preguntas generadoras:

- ✓ ¿Qué es la autoestima?
- ✓ Construir una definición
- ✓ ¿Qué haría para alimentar la autoestima?
- ✓ Elaborar mensajes positivos

Reflexión-significado de los materiales utilizados:

goma unión apoyo

tijeras herramientas de construcción

revistas ideas

2.2 TIRO AL BLANCO

Entregar a cada adolescente una paleta de helado

Un trozo de esponja o algodón

Una porción de hilo

Un tarrito de pintura.

Siga las instrucciones:

- Solicitar que con la paleta construyan un pincel rudimentario sujetando en una punta el algodón con el hilo.
- Empapar en la pintura el pincel.
- Pedir que las estudiantes formen un círculo lejos del tiro al blanco y que traten de acertar.
- Recoger los pinceles, acercarse más al tiro al blanco y repetir la acción.
- Levantar el tiro al blanco.

Extrapolar

Paleta	Conocimientos previos
Hilo	Emociones sentimientos
Algodón	Asertividad
Tiro al blanco	Cada una de las compañeras
Tinta	Ideas
Lanzar	Forma como se llega con el mensaje
Pintura	Nuevos conocimientos
Papel	Su entorno

Reflexión

Partimos de la observación del tiro al blanco y de las manchas que se plasmaron en la hoja.

Relacionar la hoja con las situaciones y los pinceles con la actitud asertiva .
Qué es la asertividad? Construir la definición

◎Ahora formar tres grupos de estudiantes y pedir que con los mismos pinceles dibujen lo que desean obtener con la asertividad en su vida.

3.- TOMA DE DECISIONES-PRESIÓN DEL GRUPO PAR

3.1 Video "NICK"

3.2 Refuerzo teórico- conceptual

Reflexiones:

- ✓ Qué les inspira el video?
- ✓ ¿Cuál es la actitud del joven?
- ✓ ¿Nick tiene autoestima elevada, en qué momento se percibe?
- ✓ ¿Nick toma decisiones?...
- ✓ Escribir en una tarjeta los sentimientos que despertaron con este video y pegarlas en un gran corazón proyectado.

4.-EJERCICIO DE CIERRE DEL TALLER

4.1 MIS PRIORIDADES

"EL JARRÓN"

Formar tres grupos que se colocan en semicírculo.

A cada grupo de participantes se le entrega

- ➢ Una pecera, tazón o jarrón
- ➢ Piedras grandes, grava, arena y agua.

Instrucciones:

Pedimos a cada grupo que sigan las instrucciones, siempre preguntando ¿aún queda espacio en la pecera?

- ❖ Coloque en cada pecera las piedras grandes
- ❖ Ahora coloque la grava
- ❖ Ponga la arena
- ❖ Vierta el agua de colores de las botellas una a una.

Reflexión

Relacionar la pecera con su vida y pedir opiniones al respecto:

- ¿Cuáles son mis prioridades: estudio, familia,(**piedras grandes**), amig@s, enamorados, vaciles(**grava**) , deporte, danza, pasear conocer el mundo, cuidar la naturaleza,(**arena**) …?

En la botella anotar el significado del cada color y analizar.

❈rojo AMOR
❈amarillo DERECHOS
❈verde ILUSIONES
❈azul EDUCACIÓN
❈café VALORES
❈negro PROBLEMAS

Reforzar que siempre hay un tiempo y un espacio para vivir y ello implica:

- Tener autoestima para valorarnos como mujeres únicas y valiosas
- Ser asertivas y SABER decir no (pensar en nosotras y en los demás)
- Tomar decisiones correctas a tiempo. Si nos saltamos los procesos y los ciclos vitales se adelantan o reducen se PERJUDICA el cumplimiento de las metas y nuestro “proyecto de vida”.

4.2 Refuerzo

Lluvia de ideas

Su proyecto de vida

La familia y las decisiones

Los-las amigas y su influencia en la toma de decisiones

Importancia de estar acompañadas cuando se decide.

Los valores y los derechos en la toma de decisiones

La autoestima y la asertividad en la toma de decisiones

5. EVALUACIÓN

- ¿En la práctica de su sexualidad es importante asumir una conducta asertiva?
- ¿En este momento se sienten preparadas para tomar decisiones fundamentales en su vida?

6.-CLAUSURA Y AGRADECIMIENTO

CONTENIDOS.

(SUSTENTO TEÓRICO DEL TALLER)

LA AUTOESTIMA.

Es el conjunto de ideas, percepciones e imágenes que una persona tiene sobre sí misma y que se expresa en la valoración positiva o negativa de su propio ser.

CONCEPTOS BÁSICOS

- Autoestima, es la idea que cada persona tiene de sí misma; cuánto se valora.
- Es importante conocerse mejor para corregir nuestros defectos, aprovechar nuestras cualidades y así valorarnos más.
- El querernos más o el querernos menos, influye en cómo nos comportamos y relacionamos con los demás
- La autoestima se relaciona con la confianza que uno tiene en sí mismo y por lo tanto, es una herramienta importante para lograr la meta que nos proponemos.
- El querernos más o el querernos menos también nos afecta en la manera de dar o recibir cariño y, en consecuencia, afecta nuestra sexualidad.
- La autoestima siempre se puede mejorar.

ELEMENTOS DE LA AUTOESTIMA

COMPONENTES DEL AUTOESTIMA

- AUTO ACEPTACIÓN.-ser responsable de los propios pensamientos, sentimientos y acciones sin evadirse, negarse o desentenderse de ello. Tener pensamientos propios para experimentar sus emociones y mirar mis acciones aunque no sean de mi gusto.
  Si uno sabe aceptarse no se sentirá a la defensiva o a prueba, sabrá recibir las ideas y/o comentarios de los otros sin volvernos agresivos u hostiles.

- AUTODETERMINACIÓN.-Darnos cuenta de que somos autores de nuestras acciones y elecciones, de que somos responsables de nuestra vida y bienestar, no culpar al resto por esto o aquello, reconocer que yo tengo parte en eso. Expresión de madurez y comprensión de los hechos que me involucran.

- AUTOAFIRMACIÓN.-ser atento con el trato con los demás, tratarse una misma con respeto en el grupo, no ocultar la realidad de quién soy yo para que otro me apruebe o aprecie.
  Requiere coraje para vivir con los propios valores en la realidad, no dejarse controlar por temor a la desaprobación de alguien.

- AUTODETERMINACIÓN.-identificar los propósitos y objetivos personales a corto y largo plazo y las acciones para ello. Admiremos el éxito de los demás y reconozcamos también los nuestros. Las raíces de nuestra autoestima no están en los logros mismos, sino en las prácticas generadas para lograrlos.

10 MANERAS DE AMARNOS

11. Cuidar nuestro cuerpo
12. Aceptar nuestros errores
13. Trabajar con el espejo

14. Amarnos significa apoyarnos
15. Elogiarnos
16. Seamos cariñosas con nuestra mente
17. Seamos amables, cariñosas pacientes con nosotras mismas.
18. Dejemos de asustarnos
19. Dejemos de criticarnos
20. Amémonos ya ahora mismo. YO SOY… YO

MI DECLARACIÓN DE AUTOESTIMA

Toda yo me pertenezco…
Me pertenecen mis fantasías y mis sueños,
Mis esperanzas y mis temores.
Me pertenecen mis triunfos y mis éxitos,
Mis fracasos y mis errores
Hay cosas en mí que me confunden y otras que no conozco,
Pero, porque toda yo me pertenezco,
Corrijo… me amo…
Y soy mi amiga….
Toda yo me pertenezco…
Mi apariencia
La manera como soy ante los demás,
Lo que digo o lo que hago,
Soy responsable de lo que digo y de lo que pienso.
Puedo conservar las cosas buenas.
Puedo ver, oír, sentir,
Pensar, hablar y actuar
Tengo herramientas para sobrevivir,
Para acercarme a los demás,
Para ser productiva
Y encontrar armonía y orden
En el mundo de la gente y de las cosas.

Me pertenezco
Y, por tanto, puedo
Construir y construirme,
Yo soy… y estoy bien
¡POR ESO YO SOY… YO!

LA ASERTIVIDAD

Es respetarse a sí misma/o. Respetar a las demás, ser directa, honesta y apropiada. Mantener el equilibrio emocional. Saber decir y saber escuchar, ser muy positiva y usar correctamente el lenguaje no verbal.

Es la habilidad para defender los derechos propios expresando las creencias, mis pensamientos y mis sentimientos de manera clara directa y oportuna sin maltratar mi persona ni a los que me rodean.

El logar comunicarse asertivamente también requiere de un grado de madurez que permita:

1. Saber en forma clara lo que se está sintiendo.
2. Manejar en forma adecuada estas emociones y/o sentimientos.
3. Expresar en forma clara, directa, honesta lo que se está sintiendo en el momento oportuno y sin menospreciar a los demás.

En la pubertad y adolescencia, debido a los rápidos y profundos cambios físicos y psicológicos, puede producirse en los jóvenes un sentimiento de inseguridad y debilitamiento de su autoimagen y autoestima lo que junto a la impulsividad y sensibilidad emocional propias de esta etapa, puede llevarlos a comunicarse de manera poco asertiva, es decir, en forma pasiva, poco directa o muy agresiva. Ser asertivo no significa ser agresivo ni pasivo. La agresividad rompe la comunicación, la pasividad es dejar que otros decidan.

El promover una buena comunicación y reforzar el desarrollo emocional redundará en una mejor calidad de vida, en lo personal, familiar y social.
Ser asertivo es tener la habilidad para decir SI o NO de acuerdo a lo que se quiera.

Requisitos para un dialogo asertivo

1. Actuar solo sobre hechos concretos.
2. Manifestar nuestros sentimientos y pensamientos en forma clara y como nos hace sentir aquello que ha ocurrido.
3. Pedir de forma concreta lo que queremos que hagan. No se trata de hablar de forma general : “quiero que seas más educado”, “quiero que me respetes” “quiero que no seas vago”;

Hay que ser concretas: “quiero que quites los pies de mi mesa”, “quiero que cuando hablo me mires a los ojos y contestes a lo que te pregunto”, “quiero que cumplas tus tareas”.

Son conductas concretas que el otro puede entender y hacer.

4. Decir las consecuencias
5. Anticipar lo que va a ocurrir cuando haga o no haga lo que se le ha pedido.

La asertividad consiste en atreverse a mostrar nuestros deseos de forma amable, franca, etc., pero el punto fundamental consiste en decidirse a hacerlo.

TOMA DE DECISIONES Y PRESIÓN DEL GRUPO PAR

Tomar tus propias decisiones es un tema difícil. Tu fortaleza interna y la confianza en tí misma pueden ayudarte a mantenerte firme, rechazar los

intentos de otros para convencerte y resistirte a hacer algo que tú consideras incorrecto.
Cuando otr@s compañer@s intentan influir en tus decisiones, esto se denomina presión de grupo par.

Es un tema con el que todas las personas tienen que lidiar - incluso los adultos.

Tomar tus propias decisiones es lo suficientemente difícil, pero cuando otras personas intentan influenciarte presionándote para que tomes una decisión en lugar de otra, puede resultar más difícil.

¿Por qué ceder ante la presión del grupo?
Porque queremos:

- Caer bien.
- Ser aceptad@s
- Que no se burlen de nosotros si no nos unimos al grupo.
- Probar algo nuevo que estos compañer@s ya están haciendo.
- Estar en “la onda”

La noción de que "todo el mundo lo hace" puede influenciar a que otr@s chic@s se olviden de su buen juicio, de sus valores y de su sentido común.

¿Qué te ayuda a no ceder frente a la presión del grupo?

- Tu fortaleza interna
- La confianza en ti mism@
- Mantenerte firme
- Rechazar los intentos de otr@s para convencerte.
- Resistirte a lo que tú consideras incorrecto

Es difícil ser el únic@ que rechaza la presión de grupo,
¡pero tú puedes lograrlo..!

¿En qué puedes apoyarte?

- En otr@ compañer@ o amig@ que también esté dispuest@ a decir "no".
- Esta medida le quita mucho poder a la presión de grupo y hace mucho más fácil resistir a sus influencias.
- Es muy bueno que tengas amig@s con VALORES similares a los tuyos quienes te respaldarán cuando no quieres hacer algo que tú consideras incorrecto.
- Si escoges amig@s que no tomen drogas, que no se escapen de clase, y que no le mientan a sus padres, entonces es probable que tú no hagas ninguna de estas cosas, aunque otros quieran hacerlo.
- Hablar con tu madre tu padre, tus maestr@s o tu consejer@ en la escuela puede ayudar a que te sientas mucho mejor y a prepararte para la próxima vez que tengas que enfrentarte a la presión de grupo.

¡SÉ TÚ MISMA!
LAS CONSECUENCIAS DE TUS DECISIONES SON TU RESPONSABILIDAD

6.- BIBLIOGRAFÍA:

1. Aprendiendo a quererse a sí mismo. Walter Riso. Grupo editorial Norma Medellín Colombia.
2. Asertividad Walter Riso - Grupo editorial Norma Medellín Colombia.
3. Por la vía del tren Guía de formación a promotores en sexualidad Plan Internacional Chimborazo 2007
4. adolescencia Tiempo de Decisiones. Actividades de apoyo para el desarrollo integral

10 BIBLIOGRAFIA

10 BIBLIOGRAFÍA

1. Barragán. F. y otros, La Educación sexual Guía Teórica y Práctica, Paidos – Barcelona, 1991.
2. Soto Martínez O. y otros., Embarazo en la adolescencia y conocimientos sobre sexualidad, Rev Cubana Med Gen Integr, Cuba. Mayo 2003.
3. García R, Brea A. Concepciones y comportamiento sexual de adolescentes atendidos por el médico de familia. Rev. Cubana Med Gen Integr 1997.
4. Chapaz D. Marginalidad y Adolescentes en Riesgo. Construcción Urbana. Sur. 2001.
5. Panos. Vidas Jóvenes en Riesgo, Informe No 35, 1999.
6. Bernal Martínez S, Olivares Valencia C. Embarazo en la adolescencia. México; Nueva Síntesis; 2001.
7. López Nodarse M, Flores Madan L, Roche Pérez C. Embarazo en la adolescencia. Sex Soc 1996.
8. Datos CEPAR 2005.
9. N. Marta Díaz-Gómez, Antonio Barroso, Carmen Hernández, Ana Romero, Purificación Daroqui, Mercedes Novo. Sexualidad en adolescentes. Publicación Universidad de la Laguna, Tenerife, 2005.
10. Romero Leonardo (2003) .Elementos de sexualidad y educación sexual. Editorial Calendario Espriellabe. Colombia (cáp. 3 pág 62. Cáp.5 pág 102-104)
11. Castelo Graciela S.C. OPS/OMS Hinojosa Miguel MSP. (1995) Manual de normas y procedimientos para la atención integral a la salud de los/las adolescentes con énfasis en salud reproductiva. Editorial Imprex. Quito (pág.17,20,56,57,64,65)
12. Naranjo Jorge (1997) Factores de riesgo psicosocial para el hijo de la madre adolescente-El impacto del nacimiento en el rol materno . Realizado en el Hospital Gíneco-Obstétrico Isidro Ayora (HGOIA) de Quito .

13. Naranjo Jorge (2008) Formas más frecuentes de presentación del embarazo en la adolescencia Documento de apoyo. Maestría de Hebeatría Universidad Nacional de Loja Riobamba 2008.
14. Adolescencia y sexualidad conceptos básicos, taller de educación de la sexualidad adolescente (2008) Universidad Nacional de Loja Área de la Salud Humana Nivel de Postgrado Maestría en Hebeatría Riobamba. Módulo III (pág. 8 y 9 - 15 y 16)
15. Issler Juan (2001) Embarazo en la adolescencia Revista de posgrado de la Cátedra V la medicina Nº 107 (pág. 11-23)
16. Minist Mabel (1998) Manual de identificación y promoción de la resiliencia en niños y adolescentes. Fundación W:K: Kellogg Autoridad Sueca para el Desarrollo Internacional (ASDI)
17. Hernández. R., Fernández. C., Baptista. P. Metodología de la Investigación Segunda Edición, Mc Graw Hill, México. 1998.
18. Hopkins K., Estadística Básica para las Ciencias Sociales y del Comportamiento Tercera Edición, Prentice Hall Hispanoamericana S.A., México. 1997.
19. Colectivo de Autores. Manual de Prácticas Clínicas para la atención integral a la Salud en la Adolescencia, MINSAP, 1996.
20. Guía didáctica para la capacitación de multiplicadores en salud integral para los Adolescentes con énfasis en salud sexual y reproductiva
21. Módulo 1 Quito-Ecuador 2000 MSP
22. Orientación sexual para adolescentes Módulo 1 Municipio del Distrito Metropolitano de Quito 2008-
23. Por la vía del tren Guía de formación a promotores en sexualidad Plan Internacional Chimborazo 2007
24. Paso a paso Manual Educativo sobre VIH SIDA comunicación y relaciones humanas UNICEF 2005
25. Auto cuidado de la fertilidad y sexualidad para adolescentes medios Manual para el facilitador MEC 1998
26. La Adolescencia normal A. Aberasturi- Knobel Mauricio Editorial Paidós Buenos Aires 1991

27. Organización Panamericana de la Salud . Manual de Salud para la atención del adolescente. Serie Paltex. 1999.
28. Zubarew T. : Evaluación sobre oportunidades perdidas de atención integral del adolescente. Washington .OPS/OMS 1996.
29. Guía didáctica para la capacitación de multiplicadores en salud integral para los Adolescentes con énfasis en salud sexual y reproductiva. Módulo 1 Quito-Ecuador 2000 MSP
30. Orientación sexual para adolescentes Módulo 1 Municipio del Distrito Metropolitano de Quito 2008-
31. Por la vía del tren Guía de formación a promotores en sexualidad Plan Internacional Chimborazo 2007
32. Paso a paso Manual Educativo sobre VIH SIDA comunicación y relaciones humanas UNICEF 2005
33. Auto cuidado de la fertilidad y sexualidad para adolescentes medios Manual para el facilitador MEC 1998
34. La Adolescencia normal A. Aberasturi- Knobel Mauricio Editorial Paidós Buenos Aires 1991
35. Derecho a los derechos. Atención Integral a sobrevivientes de delitos sexuales. Londoño Vélez Argelia. UNFPA. Bogotá 2001.
36. El dolor invisible de la infancia. Jorge Barudy. Editorial PAIDOS. Barcelona. 1998.
37. Arias, R. (2001). Connotaciones del uso del condón en hombres de la clase
38. media de la Ciudad de México. *Redes Jóvenes*, *2*(4)*,* 30-34.
39. Barros, T.; Barreto, D.; Pérez, F.; Santander, R.; Yépez, E.; Abad-Franch, F. &
40. Aguilar, M. (2001). Un modelo de prevención primaria de las
41. enfermedades de transmisión sexual y del VIH/SIDA en adolescentes. *Revista Panamericana de Salud Pública. 10(2)*, 86-94.
42. Calero, J. L.& Santana, F. (2001). Percepciones de un grupo de adolescentes. sobre iniciación sexual, embarazo y aborto. *Revista Cubana de Salud Pública. 27 (1)*, 51-57.

43. Organización Panamericana de la Salud . Manual de Salud para la atención del adolescente. Serie Paltex. 1999.
44. Zubarew T. : Evaluación sobre oportunidades perdidas de atención integral del adolescente. Washington .OPS/OMS 1996.
45. Guía didáctica para la capacitación de multiplicadores en salud integral para los Adolescentes con énfasis en salud sexual y reproductiva. Módulo 1 Quito-Ecuador 2000 MSP
46. Orientación sexual para adolescentes Módulo 1 Municipio del Distrito Metropolitano de Quito 2008.
47. Por la vía del tren Guía de formación a promotores en sexualidad Plan Internacional Chimborazo 2007
48. Paso a paso Manual Educativo sobre VIH SIDA comunicación y relaciones humanas UNICEF 2005
49. Auto cuidado de la fertilidad y sexualidad para adolescentes medios Manual para el facilitador MEC 1998
50. La Adolescencia normal A. Aberasturi- Knobel Mauricio Editorial Paidós Buenos Aires 1991
51. Derecho a los derechos. Atención Integral a sobrevivientes de delitos sexuales. Londoño Vélez Argelia. UNFPA. Bogotá 2001.
52. El dolor invisible de la infancia. Jorge Barudy. Editorial PAIDOS. Barcelona. 1998
53. 1.- Aprendiendo a quererse a sí mismo. Walter Riso. Grupo editorial Norma Medellín Colombia.
54. Asertividad Walter Riso - Grupo editorial Norma Medellín Colombia.
55. Por la vía del tren Guía de formación a promotores en sexualidad Plan Internacional Chimborazo 2007
56. Adolescencia Tiempo de Decisiones. Actividades de apoyo para el desarrollo integral del adolescente. Universidad de Chile 2004.
57. Revista TUQuito de la Casa Metropolitana de las Juventudes 2008. Quito, Ecuador.
58. Salem María Isabel (2008) “Impacto de las relaciones sexuales en la salud sexual y reproductiva de las/los adolescentes del colegio Gran

Bretaña y diseño de un programa integral, diferenciado para su prevención, tratamiento y recuperación.”

ANEXOS

ANEXO No. 1: ENCUESTA PRE - PRUEBA

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

ÁREA DE LA SALUD HUMANA-NIVEL DE POSGRADO-HEBEATRIA

ENCUESTA DE CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS SEXUALES

Nº ____

Estimada amiga: La información que usted proporcione en esta encuesta es confidencial y no lleva nombre, contéstela con toda sinceridad. Estos datos son de gran utilidad para que como maestrantes de Hebeatría podamos poner en marcha un proyecto de educación en sexualidad de adolescente a adolescente. Gracias por su colaboración.

CARACTERÍSTICAS GENERALES			
1. Años cumplidos			
2. Estado civil			
3. Curso			
4. Con quién vive			
5. Religión			
6. Ya menstruó?	Si	A qué edad?	No

CONOCIMIENTOS EN SEXUALIDAD			
Señale con una X su respuesta			
1. La sexualidad se refiere a:	**SI**	**NO**	**NO SÉ**
a) Las relaciones sexuales de las personas			
b) Las diferencias entre los genitales de los hombres y las mujeres			
c) Las diferentes formas de comunicarnos, sentir y llevarnos con los demás			

2. Acerca de los genitales masculinos y femeninos:	SI	NO	NO SÉ
a) Los testículos producen espermatozoides			
b) Las trompas de Falopio transportan al óvulo			
c) La uretra es el conducto de salida del semen y de la orina			
d) El clítoris es un órgano parecido al pene			
e) La vagina es el canal del parto y el canal de la relación sexual			
f) ¿El espermatozoide vive hasta 72 horas después de haber sido depositado en la vagina?			
3. Una mujer puede quedar embarazada:	**SI**	**NO**	**NO SÉ**
a) La primera vez que tiene relaciones sexuales o sea cuando es virgen			
b) Los días de ovulación o días fértiles			
c) Los días de la menstruación			
d) A partir de su primera menstruación			
e) ¿Un hombre puede embarazar a una mujer en una solo relación sexual?			
4. ¿Cuáles son métodos para no quedar embarazada?	**SI**	**NO**	**NO SÉ**
a) Condón			
b) Pastillas			
c) Inyección			
d) Implante			
e) Ligadura			
f) Vasectomía			
g) T de Cobre			
h) Aborto			
i) Coito interrumpido			
j) Abstinencia sexual			
k) Píldora del día después			
5. Son infecciones de transmisión sexual:	**SI**	**NO**	**NO SÉ**
a) Gonorrea			
b) Hepatitis B			
c) Sífilis			
d) Tifoidea			

e) Chancro			
f) Papiloma humano (HPV)			
g) Herpes genital			
h) VIH			
6. El VIH SIDA se transmite por:	**SI**	**NO**	**NO SÉ**
a) Sangre			
b) Semen			
c) Secreciones vaginales			
d) Leche materna			
e) Picadura de insectos			
f) Lágrimas			
g) Sudor			
h) Orina			

7. Son formas de transmisión del VIH SIDA:	
a) Relaciones heterosexuales (hombre-mujer)	
b) Relaciones homosexuales (mismo sexo)	
c) Transfusiones sanguíneas	
d) Servicios higiénicos	
e) De madre a hijo antes durante y después del parto	
f) Relaciones sexuales orales	
g) Relaciones sexuales anales	
h) Besos y abrazos	
i) En piscinas	

Señale con una X su respuesta	**SI**	**NO**	
8. Me han demostrado la manera correcta de colocar un condón:			
9. Las formas de evitar el contagio de una enfermedad de transmisión sexual son:	**SI**	**NO**	**NO SÉ**
a) Tomar aspirina			
b) Evitar transfusiones sanguíneas			
c) No cambiar la pareja sexual frecuentemente			
d) No compartir utensilios de uso personal (rasuradoras)			

e) Aseo genital antes y después de las relaciones sexuales			
f) No tener relaciones sexuales			
g) Usar condón o preservativo			
h) Serle fiel a su pareja			
i) No tener enamorado			

ACTITUDES SEXUALES			
Señale con una X su respuesta	**SI**	**NO**	**NO SÉ**
1. Cree que el usar condón en sus relaciones sexuales es dudar de su pareja y echaría a perder su "amor romántico "o su "prueba de amor"?			
2. Cree que el momento ideal para iniciar las relaciones sexuales es cuando:	**SI**	**NO**	**NO SÉ**
a) El cuerpo lo pide			
b) Estás casada			
c) La pareja lo pide			
d) La pareja se conoce y se desea			
e) La pareja no se conoce pero se desea			
3. Cree que hay algún tipo de peligro en las relaciones sexuales, en el embarazo y en el aborto:	**SI**	**NO**	**NO SÉ**
a) Para su salud			
b) Para sus estudios			

4. Cree que es necesario tener relaciones sexuales:	
a) Porque está de moda	
b) Para que su grupo la acepte	
c) Para dar la "prueba de amor"	
d) Para encontrar placer	
e) Por que ya desea ser madre	
f) Para encontrar afecto	
g) Ninguna de las anteriores explique su razón	

Señale con una X su respuesta	SI	NO	NO SÉ
5. Se siente capaz de poder interrumpir una relación sexual para utilizar condón			
Señale con una X su respuesta	**SI**	**NO**	**CUÁL**
6. ¿Si decide iniciar relaciones sexuales usaría un méto anticonceptivo?			
Responda la opción según su criterio			

7. ¿Que haría?	
7.1. Si supiera que un amigo/a es homosexual o bisexual	
a) Evita su amistad	
b) Acepta y respeta su decisión	
c) No se que haría	
7.2. Si supiera que un familiar suyo es homosexual o bisexual	
a) No lo acepta	
b) Acepta y respeta su decisión	
c) No se que haría	
8. Considera que se debe mantener la virginidad antes del matrimonio en:	
a) Solamente la mujer	
b) Solamente el hombre	
c) La mujer y el hombre	
d) Ninguno de los dos	
9. Ante la sospecha de tener una enfermedad de transmisión sexual que haría:	
a) Buscaría ayuda del médico/a	
b) Le contaría solo a su amiga/o	
c) Pediría un medicamento en la farmacia	
d) No le contaría a nadie	
e) Se lo contaría solo a su pareja	
f) No se que haría	

10. Ante un embarazo no deseado, una enfermedad de transmisión sexual o un abuso sexual, en quien se apoyaría emocionalmente:	
a) Familia	
b) Amigos/amigas	
c) Novio/ novia	
d) Maestros	
e) Servidores de salud	
f) En mí misma	
11. Si se encuentra ante un embarazo no deseado que harías	
a) Abortar	
b) Tener a su hijo y salir adelante	
c) Tener a su hijo y darlo a otras personas	

PRÁCTICAS SEXUALES

Señale con una X su respuesta	SI	NO	
1. ¿Ha sufrido abuso sexual?			

Si su respuesta es **SI**,

¿De quién?	**¿A qué edad?**

Señale con una X su respuesta	SI	NO	
2. ¿Ha tenido ya su primera relación sexual?			

Si su respuesta es **SI**,

¿A qué edad?

SI SU RESPUESTA ES SI CONTINÚE, SI CONTESTÓ NO, PASE A FUENTES DE INFORMACIÓN	
Señale con una X su respuesta	
3. ¿Con quién fue?:	
a) Enamorado/a	
b) Amigo/a	
c) Desconocido/a	
d) Familiar	
e) Otro	

4. Ha tenido alguna relación sexual a causa del consumo de:	
a) Alcohol	
b) Drogas	
5. Si mantiene relaciones sexuales que método anticonceptivo usa:	
a) Método anticonceptivo	
b) Ninguno	

Señale con una X su respuesta	SI	NO	
6. Mantiene relaciones sexuales con más de una pareja			

7. Utiliza el condón en sus relaciones sexuales:	
a) Siempre	
b) A veces	
c) Nunca	

Señale con una X su respuesta	SI	NO	
8. Se ha sometido o le han sometido a un aborto provocado			
9. Ha contraído alguna enfermedad de transmisión sexual			

Si su respuesta es **SI**,

Recibió tratamiento médico	SI
	NO

10. Ha tenido			
a) Un embarazo anterior	SI	¿A QUÉ EDAD?	NO
b) Un hijo(a)	SI	¿A QUÉ EDAD?	NO
c) ¿Está embarazada en este momento	SI	NO	NO SÉ

FUENTES DE INFORMACIÓN	
Señale con una X su respuesta	
1. Con quién se le hace más fácil hablar los temas de sexualidad:	
a) Con jóvenes	
b) Con adultos	
2. Lo que sabe acerca de sexualidad lo aprendió de:	
a) Casa con tus padres	
b) Colegio con tus maestros	
c) Grupo de amigas-amigos	
d) Libros o películas de educación sexual	
e) Películas o revistas para adultos	
f) Su pareja	

Señale con una X su respuesta	SI	NO	
3. ¿Le interesaría recibir información sobre sexualidad?			

Señale con una X su respuesta	
4. ¿Cómo preferiría recibir información sobre sexualidad?	
a) Medios impresos (folletos, plegables, afiches)	
b) Prensa, radio o televisión (noticias, programas,)	
c) Actividades educativas (cursos, talleres, conferencias)	
d) Actividades culturales (Pintura, teatro, poesía, música, videos)	
e) Computadora (páginas Web, correo electrónico, software didáctico)	

CUALQUIER COMENTARIO SOBRE EL TEMA SERÁ BIENVENIDO:

ANEXO No. 2: ENCUESTA POST-PRUEBA

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

ÁREA DE LA SALUD HUMANA-NIVEL DE POSGRADO-HEBEATRIA

ENCUESTA DE CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS SEXUALES

Nº _____

Estimada señorita: Lea atentamente cada pregunta y luego de reflexionar sobre su contenido, conteste con absoluta sinceridad. Sus respuestas son confidenciales y servirán para evaluar el proyecto de educación de la sexualidad de adolescente a adolescente en el cual usted participó.

Gracias por su colaboración

CARACTERÍSTICAS GENERALES			
1. Años cumplidos			
2. Estado civil			
3. Curso			
4. Con quién vive			
5. Religión			
6. Ya menstruó?	*Si* ***O***	*A qué edad?*	*No* ***O***

CONOCIMIENTOS EN SEXUALIDAD			
Señale entre las opciones la respuesta que considere correcta			
1. Cuando hablamos de sexualidad nos referimos a:			
a) Solo las relaciones sexuales de las personas	***SI O***	***NO O***	***NO SÉ O***
b) Señalar las diferencias entre los genitales de los hombres y l mujeres	***SI O***	***NO O***	***NO SÉ O***
c) Las diferentes formas de comunicarnos, de sentir y de ser hombres y mujeres	***SI O***	***NO O***	***NO SÉ O***

2. Acerca de los genitales masculinos y femeninos:			
a) La función de las trompas de Falopio es transportar al óvulo	SI O	NO O	NO SÉ O
b) Los espermatozoides se producen en los testículos	SI O	NO O	NO SÉ O
c) Por la uretra masculina salen el semen y la orina	SI O	NO O	NO SÉ O
d) Las células germinativas femeninas se llaman óvulos	SI O	NO O	NO SÉ O
e) La vagina es el canal de la relación sexual y también el car del parto	SI O	NO O	NO SÉ O
f) ¿El espermatozoide vive hasta 72 horas después de haber sido depositado en la vagina?	SI O	NO O	NO SÉ O
3. Una mujer si se puede quedar embarazada:			
a) Los días de ovulación o días fértiles	SI O	NO O	NO SÉ O
b) La primera vez que tiene relaciones sexuales o sea cuando virgen	SI O	NO O	NO SÉ O
c) Los días de la menstruación	SI O	NO O	NO SÉ O
d) A partir de haber tenido su primera menstruación	SI O	NO O	NO SÉ O
e) Con una solo relación sexual no protegida?	SI O	NO O	NO SÉ O
4. ¿Qué métodos anticonceptivos son seguros para evitar un embarazo no deseado?			
a) Condón o preservativo	SI O	NO O	NO SÉ O
b) Píldoras anticonceptivas	SI O	NO O	NO SÉ O
c) Inyección mensual	SI O	NO O	NO SÉ O
d) Implante subdérmico	SI O	NO O	NO SÉ O
e) Ligadura de trompas	SI O	NO O	NO SÉ O
f) Vasectomía	SI O	NO O	NO SÉ O
g) T de Cobre o dispositivo intrauterino	SI O	NO O	NO SÉ O
h) Lactancia materna	SI O	NO O	NO SÉ O
i) Coito interrumpido	SI O	NO O	NO SÉ O
j) Abstinencia sexual	SI O	NO O	NO SÉ O
5. Son infecciones de transmisión sexual:			
a) Gonorrea	SI O	NO O	NO SÉ O
b) Hepatitis B	SI O	NO O	NO SÉ O
c) Sífilis	SI O	NO O	NO SÉ O
d) Tifoidea	SI O	NO O	NO SÉ O
e) Chancro	SI O	NO O	NO SÉ O
f) Vírus del Papiloma humano (HPV)	SI O	NO O	NO SÉ O
g) Herpes genital	SI O	NO O	NO SÉ O
h) VIH	SI O	NO O	NO SÉ O

6. El VIH / SIDA se transmite por:			
a) Sangre	*SI O*	*NO O*	*NO SÉ O*
b) Semen	*SI O*	*NO O*	*NO SÉ O*
c) Secreciones vaginales	*SI O*	*NO O*	*NO SÉ O*
d) Leche materna	*SI O*	*NO O*	*NO SÉ O*
e) Picadura de insectos	*SI O*	*NO O*	*NO SÉ O*
f) Lágrimas	*SI O*	*NO O*	*NO SÉ O*
g) Sudor	*SI O*	*NO O*	*NO SÉ O*
h) Orina	*SI O*	*NO O*	*NO SÉ O*
Subraye el o los literales que considere sean correctos			
7. Son formas de transmisión del VIH SIDA:			
a) Relaciones heterosexuales (hombre-mujer) sin condón			
b) Relaciones homosexuales (mismo sexo)sin condón			
c) Transfusiones con sangre contaminada			
d) Usar los servicios higiénicos			
e) De madre a hijo en el embarazo, el parto y la lactancia.			
f) Relaciones sexuales orales sin condón			
g) Relaciones sexuales anales sin condón			
h) Besos y abrazos			
i) En piscinas			
Señale entre las opciones la respuesta que considere correcta			
8. Conozco la manera correcta de colocar un condón:	*SI O*	*NO O*	*NO SÉ O*
9. Son formas de evitar el contagio de una enfermedad de transmisión sexual :			
a) Tomar aspirina	*SI O*	*NO O*	*NO SÉ O*
b) Exigir transfusiones con sangre segura	*SI O*	*NO O*	*NO SÉ O*
c) No cambiar la pareja sexual frecuentemente	*SI O*	*NO O*	*NO SÉ O*
d) No compartir utensilios de uso personal (rasuradoras)	*SI O*	*NO O*	*NO SÉ O*
e) Aseo genital antes y después de las relaciones sexuales	*SI O*	*NO O*	*NO SÉ O*
f) No tener relaciones sexuales sin protección	*SI O*	*NO O*	*NO SÉ O*
g) Usar condón o preservativo	*SI O*	*NO O*	*NO SÉ O*
h) Serle fiel a su pareja sexual	*SI O*	*NO O*	*NO SÉ O*
i) No tener enamorado	*SI O*	*NO O*	*NO SÉ O*

CONOCIMIENTOS EN ACTITUDES SEXUALES			
Señale entre las opciones la respuesta que considere correct			
1. Cree que el proponer el uso del condón en sus relaciones sexuales sería dudar de su pareja y le restaría romanticismo al momento?	SI O	NO O	NO SÉ O
2. Cree que el momento ideal para iniciar las relaciones sexuales es cuando:			
a) La pareja se conoce y se desea	SI O	NO O	NO SÉ O
b) Está casada	SI O	NO O	NO SÉ O
c) La pareja lo pide	SI O	NO O	NO SÉ O
d) El cuerpo lo pide	SI O	NO O	NO SÉ O
e) La pareja no se conoce pero se desea	SI O	NO O	NO SÉ O

3. Siente que hay algún tipo de peligro en las relaciones sexuales, en el embarazo y en el aborto:			
a) Para su salud	SI O	NO O	NO SÉ O
b) Para sus estudios	SI O	NO O	NO SÉ O
4. Por qué piensa que es necesario tener relaciones sexuales: Subraye sus respuestas			
a) Porque está de moda			
b) Para que su grupo la acepte			
c) Para dar la "prueba de amor"			
d) Para encontrar placer			
e) Porque ya desea ser madre			
f) Para encontrar afecto			
g) Ninguna de las anteriores explique por qué			
Señale con una X su respuesta			
5. Se siente capaz de poder interrumpir una relación sexual para utilizar protección con el uso del condón.	SI O	NO O	NO SÉ O
6. ¿Si decide iniciar relaciones sexuales usaría un méto anticonceptivo?	SI O	NO O	Cúal?
Subraye la respuesta que le parezca más acertada.			
7. Ante las siguientes situaciones usted que haría:			
7.1. Si supiera que un amigo/a es homosexual o bisexual			
a) Evita su amistad			
b) Acepta y respeta su decisión			
c) No sé qué haría			

7.2. Si supiera que un familiar suyo es homosexual o bisexual
a) No lo acepta
b) Acepta y respeta su decisión
c) No sé qué haría
8. Considera que se debe mantener la virginidad antes del matrimonio en:
a) Solamente la mujer
b) Solamente el hombre
c) La mujer y el hombre
d) Ninguno de los dos
9. ¿Qué haría usted ante la sospecha de tener una enfermedad de transmisión sexual?:
a) Buscaría ayuda del médico/a
b) Le contaría solo a su amiga/o
c) Pediría un medicamento en la farmacia
d) No le contaría a nadie
e) Se lo contaría solo a su pareja
f) No sé qué haría
10. Ante un embarazo no deseado, una enfermedad de transmisión sexual o un abuso sexual, en quien se apoyaría emocionalmente:
a) En mí misma
b) Amigos/amigas
c) Novio/ novia
d) Maestros
e) Servidores de salud (Médico/a-Enfermera)
f) Familia
11. Si se encuentra ante un embarazo no deseado qué haría?
a) Abortar
b) Tener a su hijo y salir adelante
c) Tener a su hijo y darlo en adopción

PRÁCTICAS SEXUALES			
Señale su respuesta			
1. ¿Ha sufrido abuso sexual?	**SI O**	**NO O**	**NO SÉ O**
Si su respuesta es SI,			
¿De quién?		**¿A qué edad?**	
2. ¿Ha tenido ya su primera relación sexual?	**SI O**	**NO O**	**NO SÉ O**
Si su respuesta es SI,			
¿A qué edad?			
SI SU RESPUESTA ES SI CONTINÚE, SI CONTESTÓ NO, PASE A FUENTES DE INFORMACIÓ			
Subraye la respuesta que le parezca más apropiada			
3. ¿Con quién fue?:			
a) Enamorado/a			
b) Amigo/a			
c) Desconocido/a			
d) Familiar			
e) Otro			
4. Ha tenido alguna relación sexual a causa del consumo de:			
a) Alcohol	*b) Ninguno*		
c) Drogas			
5. Si mantiene relaciones sexuales que método anticonceptivo usa:			
a) Nombre del método anticonceptivo			
b) Ninguno			
Señale con una X su respuesta			
6. Mantiene relaciones sexuales con más de una pareja	**SI O**	**NO O**	**NO SÉ O**
7. Utiliza el condón en sus relaciones sexuales:			
a) Siempre			
b) A veces			
c) Nunca			
Señale con una X su respuesta			
8. Alguna vez se ha sometido a un aborto provocado	**SI O**	**NO O**	**NO SÉ O**
9. Ha contraído alguna enfermedad de transmisión sexual	**SI O**	**NO O**	**NO SÉ O**
Si su respuesta es si: Recibió tratamiento médico	**SI O**	**NO O**	**NO SÉ O**
10. Ha tenido			
a) Un embarazo anterior	**SI O**	*¿A QUÉ EDAD?*	**NO O**
b) Un hijo(a)	**SI O**	*¿A QUÉ EDAD?*	**NO O**
c) ¿Está embarazada en este momento	**SI O**		**NO O**

FUENTES DE INFORMACIÓN			
Subraye la o las opciones que Usted considere convenientes:			
1. Se le hace más fácil tratar los temas de sexualidad :			
a) Con jóvenes			
b) Con adultos			
2. Lo que ha aprendido acerca de sexualidad lo recibió de:			
a) Casa con sus padres			
b) Colegio con sus maestros			
c) Grupo de amigos y amigas			
d) Libros o películas de educación sexual			
e) Películas o revistas para adultos			
f) Su pareja			
g) Internet			
3. ¿Le interesaría seguir recibiendo información sobre sexualidad?	***SI O***	***NO O***	
4. ¿Cómo preferiría recibir información sobre sexualidad?			
a) Actividades educativas (cursos, talleres, conferencias)			
b) Prensa, radio o televisión (noticias, programas,)			
c) Medios impresos (folletos, trípticos, afiches)			
d) Actividades culturales (Pintura, teatro, poesía, música, videos)			
e) Computadora (páginas Web, correo electrónico, material multimedia)			
CUALQUIER COMENTARIO SOBRE EL TEMA SERÁ BIENVENIDO:			

ANEXO No. 3 ENCUESTA DE EVALUACIÓN DEL PROGRAMA EDUCATIVO POST-PRUEBA
UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
ÁREA DE LA SALUD HUMANA-NIVEL DE POSGRADO-HEBEATRIA
ENCUESTA DE CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS SEXUALES Nº ____

Estimada señorita: Lea atentamente cada pregunta y luego de reflexionar sobre su contenido, conteste con absoluta sinceridad. Sus respuestas son confidenciales y servirán para evaluar el proyecto de educación de la sexualidad de adolescente a adolescente en el cual usted participó.

Gracias por su colaboración

POR FAVOR CALIFIQUE LOS ASPECTOS QUE SE INDICAN. PARA FACILITAR EL PROCESO UTILICE LA SIGUIENTE ESCALA:

1	2	3	4	5
DEFICIENTE	SUFICIENTE	BUENO	MUY BUENO	EXCELENTE

Aspectos técnicos:

1. *Importancia de los temas tratados*	
2. *Material didáctico empleado*	
3. *Relación de las promotoras con las participantes*	
4. *Conocimientos adquiridos*	

POR FAVOR SEÑALE SU SATISFACCIÓN GENERAL CON LOS TALLERES, UTILIZANDO LA SIGUIENTE ESCALA:

1	2	3
POCO SATISFACTORIO	SATISFACTORIO	MUY SATISFACTORIO

Aspectos de satisfacción general:

1. *Los talleres fueron satisfactorios*	
2. *El local donde se impartieron le resultó satisfactorio*	

Por favor indique su opinión sobre lo siguiente::

1. *¿Qué le gustó más de algún taller?*	
2. *¿Qué propondría para mejorar los talleres?*	
3. *Describa algo importante que aprendió*	
4. *Cualquier comentario sobre los talleres es bienvenido*	

Gracias.

ANEXO Nº 4; ASPECTOS ÉTICOS DE LA TESIS

CARTA DE DISPONIBILIDAD

Yo Dr. Stalin Ramos Barba, Rector Encargado del Instituto Tecnológico "Riobamba", de la ciudad, conozco y apoyo el "**PROGRAMA DE FORMACIÓN DE PROMOTORAS ADOLESCENTES EN EDUCACIÓN DE LA SEXUALIDAD EN EL INSTITUTO TECNOLÓGICO "RIOBAMBA"** que se ejecutará en ésta institución educativa en el año lectivo 2008 – 2009, presentado por la Dra. Mayra Veloz y Dra. Rosario Salem, y pongo a disposición la infraestructura física que posee el instituto, como son las aulas donde se dicten las capacitaciones, y la prestación de equipos audiovisuales que se necesitaren con previo aviso.

En la ciudad de Riobamba, Agosto de 2008.

_____

Dr. Stalin Ramos Barba.

ACTA DE COMPROMISO

En la ciudad de Riobamba, Provincia de Chimborazo, los abajo firmantes dejan constancia de su compromiso con la Comunidad Educativa del Instituto Tecnológico "Riobamba" y en especial con las doctoras Mayra Veloz Ponce, Médica Tratante del Instituto, y Rosario Salem Abarca, Médica Tratante del Hospital Provincial General Docente de Riobamba, en su calidad de autoras del **PROGRAMA DE FORMACIÓN DE PROMOTORAS ADOLESCENTES EN EDUCACIÓN DE LA SEXUALIDAD EN EL INSTITUTO TECNOLÓGICO "RIOBAMBA".**

El objetivo de este proyecto es mejorar los conocimientos, actitudes y competencias en educación de la sexualidad en las estudiantes del Instituto Tecnológico Riobamba, promoviendo la reflexión a través de la comunicación de adolescente a adolescente. La metodología a emplearse será en base a talleres, conferencias, videos, etc.

Una vez concluido el programa la señorita promotora líder estará en capacidad de socializar a otras adolescentes del Instituto Tecnológico Riobamba los conocimientos adquiridos con el objetivo de mejorar la formación y calidad educativa referente al tema.

- Para lo cual los Padres de Familia se comprometen a dar las facilidades para que su representada asista al Instituto "Riobamba" donde se llevará a efecto el proyecto en horas de la tarde.

- El financiamiento del proyecto estará a cargo de las dos médicas antes mencionadas, así como la selección de equipos de médicos, psicólogos, docentes, y otros afines para el buen desenvolvimiento del programa.

- Se implementará un sistema de monitoreo de los procesos y resultados, centrado en las necesidades de las adolescentes.

- Queda abierta la posibilidad de que cualquier padre, madre de familia o representante de su señorita hija pueda asistir al evento para constatar la formación de su representada.

- Este compromiso conlleva el interés por conocer el entorno, informar, sensibilizar y comprometerse a trabajar por el presente y futuro de todas/todos.

Para constancia firman:

REPRESENTANTE.	**REPRESENTADA.**
Padre- Madre	Hija
…….	Johanna Paredes
…….	Carla Pino
…….	Stefani Silva
…….	Jenny Yuqui
…….	Jessica Pinduisaca
…….	Liza Asitimbay
…….	Danilú Zurita
…….	Stephany Sanaguano
…….	Verónica Tixi
…….	Dayana Arevalo
…….	Karina Haro
…….	Erika Segura
…….	Gabriela Maldonado
…….	Fabiola Ponce
…….	Sasha Martínez
…….	Mireya Coello

RESPONSABLES:

Dra. Mayra Lilián Veloz Ponce Dra. Rosario Dolores Salem Abarca.

CARTA DE COMPROMISO

Dra. Ana Montes Ruiz - Psicóloga Educativa, conozco y apoyo el **PROGRAMA DE FORMACIÓN DE PROMOTORAS ADOLESCENTES EN EDUCACIÓN DE LA SEXUALIDAD EN EL INSTITUTO TECNOLÓGICO "RIOBAMBA"** que se ejecutará durante el año lectivo 2008 – 2009, propuesto por la Dra. Mayra Veloz y Dra. Rosario Salem, y pongo a disposición mis conocimientos en el tema para aportar a las capacitaciones programadas.

En la ciudad de Riobamba, Febrero de 2009

Acta de Consentimiento Informado

En la Ciudad de Riobamba, Provincia de Chimborazo, a los 7 días del mes de Febrero de 2009.

Los abajo firmantes dejan constancia de su compromiso con la Comunidad Educativa del Instituto Tecnológico "Riobamba" y en especial con las doctoras Mayra Veloz Ponce, Médica Tratante del Instituto, y Rosario Salem Abarca, Médica Tratante del Hospital Provincial General Docente de Riobamba, en su calidad de autoras del **PROGRAMA DE FORMACIÓN DE PROMOTORAS ADOLESCENTES EN EDUCACIÓN DE LA SEXUALIDAD EN EL INSTITUTO TECNOLÓGICO "RIOBAMBA",** diseñado con el propósito de generar oportunidades formativas de calidad con equidad, eficiencia y participación de las adolescentes mediante la implementación de una intervención educativa de **Educación de la sexualidad humana entre pares.**

El objetivo de este proyecto es mejorar los conocimientos, actitudes y competencias sexuales en las estudiantes del Instituto Tecnológico "Riobamba", promoviendo la reflexión a través de la comunicación de adolescente a adolescente. La metodología a emplearse será en base a talleres, conferencias y videos.

Una vez concluido el programa las señoritas estudiantes estarán en capacidad de socializar a otras adolescentes del Instituto Tecnológico Riobamba los conocimientos adquiridos con el único objetivo de mejorar la calidad educativa referente al tema.

- Los padres de familia se comprometen a conceder las facilidades para que su representada asista al Instituto "Riobamba" donde se llevará a efecto el proyecto educativo.

- Las señoritas alumnas seleccionadas para recibir la capacitación en educación de la sexualidad humana entre pares se comprometen a asistir a los 4 talleres programados con una duración de tres horas cada uno, en la tarde de 15:00 a 18:00.

-El financiamiento del proyecto estará a cargo de las dos médicas antes mencionadas, así como la selección de equipos de maestros, psicólogos, docentes, médicos y otros afines para el buen desenvolvimiento del programa.

-Se implementará un sistema de monitoreo de los procesos y resultados, centrado en las necesidades de las adolescentes.

- Queda abierta la posibilidad de que cualquier padre, madre de familia o representante de su señorita hija pueda asistir al evento para constatar la formación de su representada.

Este compromiso conlleva el interés de trabajar por el presente y futuro de las adolescentes entregándoles a través del conocimiento, basado en derechos y valores, las herramientas necesarias a fin de que desarrollen sus capacidades y habilidades para ejercer su sexualidad en forma responsable y libre.

Para constancia firman:

REPRESENTANTE	**REPRESENTADA.**
Padre- Madre	Hija.
.....	.....
.....	.....
.....	.....

ANEXO FOTOGRÁFICO

Es el entusiasmo, la fe, lo que lleva al triunfo. No es posible lograr nada sin la esperanza de lograrlo

Wheeler Wilcox

DIRECCIÓN PROVINCIAL DE SALUD DE CHIMBORAZO
ATENCIÓN PROYECTO DE APOYO
PARA EL DESARROLLO INTEGRAL
DE ADOLESCENTES MENORES Y MAYORES

NUESTROS TEMORES

Derecho a la Información y
al acceso a Servicios de Salud

ELI
VICTOR
ROL ADULTO
MACHISMO

ÍNDICE

Contenidos	Páginas
Resumen ……..	4
Introducción ……..	9
Revisión de Literatura ……..	18
Capítulo I	
1. Adolescencia y Salud Sexual y Reproductiva ……..	20
1.1. Definiciones ……	20
1.2. La Adolescencia y sus Etapas …….	24
1.3. Comportamientos en la Adolescencia ……	29
1.4. Desarrollo Físico y Psicológico de los Adolescentes ……...	39
1.5. Adolescencia, Identidad Sexual y Deseo Sexual ……..	54
1.6. Configuración del Deseo Sexual y Etapas de la Adolescencia …..	59
1.7. Sexualidad en la Adolescencia, Conceptos Generales, Desarrollo Sexual …….	61
1.8. Factores que Influyen en la Sexualidad de los Adolescentes …….	64
1.9. Trastornos Psicosexuales del Adolescente ……...	68
1.10. El Anhelo Psicosexual del Adolescente ……	72
1.11. Afectividad en la Psicosexualidad del Adolescente ……..	73
1.12. ITS, Maternidad, Paternidad, Métodos de Regulación de Fecundidad, Derechos Sexuales y Reproductivos ……...	81
Capítulo II	
2. Adolescencia y Educación en Salud Sexual y Reproductiva ……..	102
2.1. Definiciones Metodológicas y Teórico Conceptuales ……...	110
2.2. Metodología y Técnicas de Trabajo Grupal con Adolescentes …..	112
Capítulo III	
3. Formación de Promotoras Adolescentes en Salud Sexual y Reproductiva …….	116
3.1. Conceptos ……..	116
3.2. Características de Líder ……	117
3.3. Perfil de la Promotora Líder ……	118

3.4. Capacitación a Líderes Promotoras …… 120

Materiales y Métodos

4. Diseño Metodológico …….. 123
5. Resultados ……. 131
6. Discusión …… 185
7. Conclusiones ……. 198
8. Recomendaciones …… 201
9. Propuesta …… 204
10. Bibliografía …….. 316

Anexos …….. 321