

INTRODUCCIÓN

La “Práctica Institucional en Educación Sexual con estudiantes de 3° de secundaria de la Unidad Educativa “Lindauro Anzoátegui de Campero” y estudiantes de 1° a 4° de secundaria de la Unidad Educativa “San Luis”; está orientada a la ampliación de conocimientos para la adquisición de habilidades, en el marco del cambio para el cuidado de la Salud Sexual y Salud Reproductiva, además para que conozcan y ejerzan los estudiantes sus derechos sexuales y derechos reproductivos.

Por otra parte la educación y orientación que reciben en el hogar y la escuela son importantes para la formación de la actitud del adolescente, pero dentro de éstas, muchas veces no se habla de la sexualidad, por ende se deja a los adolescentes con escasa orientación de cómo vivir la misma.

La educación sexual es un derecho de la adolescencia y de toda la población en general, porque no sólo forma, sino además desarrolla determinadas actitudes y conductas. Si bien la educación, al inicio es impartida por la familia, posteriormente por la escuela, muchas veces éstas orientan de manera técnica y solo centrado en los órganos sexuales y reproductivos, o si dan información es de manera vaga y ambigua, sin ninguna sustentación, por ende no previenen de los embarazos no deseados o de las infecciones de transmisión sexual, es decir no coadyuvan a que el adolescente pueda tener una decisión racional, basado en un conocimiento fidedigno.

Por esta razón surgió la necesidad de realizar la práctica institucional en el Centro de Investigación Educación y Servicios (CIES) Salud Sexual y Reproductiva, para la ampliación del conocimiento, empoderamiento y desarrollo de habilidades de los estudiantes, las mismas sirven para tomar decisiones informadas, además para adquirir un comportamiento más saludable y positivo, siendo consciente sobre sus propias conductas.

La estructuración lógica de la práctica se presenta de la siguiente manera:

Primer Capítulo: Planteamiento y Justificación de la Práctica Institucional, se destaca y describe las principales variables, explicando su importancia de cada una de ellas.

Segundo Capítulo: Características y objetivos de la institución, se hace una descripción general del Centro de Investigación Educación y Servicios (CIES).

Tercer Capítulo: Objetivo de la Práctica Institucional, prescripción del objetivo general y los objetivos específicos.

Cuarto Capítulo: Marco Teórico, se presenta una descripción de todas las variables en base a un sustento teórico, establecido en el programa, además se presentan fuentes bibliográficas.

Quinto Capítulo: Metodología, en este capítulo se hace la descripción sistematizada de la Práctica Institucional, las características de la población beneficiaria, contraparte institucional, métodos, técnicas, instrumentos y materiales que se usan dentro del programa.

Sexto Capítulo: Análisis e Interpretación de datos, se presenta el conocimiento inicial mediante un diagnóstico, aplicación del programa, por último el análisis comparativo del conocimiento inicial y final.

Séptimo Capítulo: Conclusiones y Recomendaciones, se describe el conocimiento final que obtuvieron los estudiantes beneficiados y en base a ello se dan recomendaciones para el fortalecimiento de los mismos.

I.- PLANTEAMIENTO Y JUSTIFICACIÓN DE LA PRÁCTICA

1.1. PLANTEAMIENTO DE LA PRÁCTICA

Todos los individuos tienen sentimientos, actitudes y convicciones en materia sexual, pero cada persona experimenta la sexualidad de distinta forma, porque es un tema que ha creado gran controversia durante la historia de la humanidad, se ha visto a la sexualidad en un clima de enigma y misterio, con representaciones negativas en las personas, convirtiéndose en un tema tabú, incluso dañino, como una realidad asombrosa y fascinante que ha provocado con mucha frecuencia dobles y paradójicas actitudes. Por un lado, produce instintivamente una dosis de miedo, recelo y sospecha, y, por otro, despierta al mismo tiempo curiosidad, el deseo, la ilusión de un acercamiento. Esta tensión contradictoria: Citado por López (2001:45) quien mencionó en una frase: “*Se busca, se desea, incomprensiblemente, se teme y se rechaza*”. (Pinto y Ugarte 2011:45).

Por otra parte en la etapa de la adolescencia aparece un interés por todo lo que tiene que ver con la sexualidad: conversaciones, actitudes aprendidas, el sexo al que se pertenece, etc. Las relaciones con los (as) amigos (as) cobran importancia, estableciéndose códigos como el lenguaje, la vestimenta, las formas de pensar y los valores con los que van identificándose los (as) adolescentes. Es importante recalcar que en América Latina los adolescentes representan un alto porcentaje de la población. Tan sólo en México, 56.8% del total de la población tiene menos de 25 años y 22% entre 10 y 19 años de edad (INE, 2005:64), más de la mitad de las mexicanas inician su vida sexual antes de los 20 años, y más de una tercera parte tienen su primer hijo a esta edad o antes. Los adolescentes varones en México generalmente comienzan su vida sexual antes de los 16 años, citado por Guattmacher el 2004 (Peña, Barrera, y otros 2007: 66). En Bolivia en promedio, los adolescentes tienen su primera relación sexual a los 17 años de edad. Se observa que hay inicio más temprano a la vida sexual en las ciudades de Riberalta. Guayaramerín y Cobija, 15 años de edad (Coa, y Ochoa 2008: 118).

II CARACTERÍSTICAS Y OBJETIVOS DE LA INSTITUCIÓN BENEFICIARIA

2.1. HISTORIA

CIES Tarija se funda un 15 de octubre de 1992 en el barrio San Roque, en las instalaciones de la Federación Sindical de Constructores, con la filosofía de la atención primaria en la salud, y la búsqueda de la equidad entre sexos, donde la participación popular es considerada el eje central del desarrollo, y de una transformación solidaria y sostenible en la salud.

Actualmente está dirigida por la Gerente Regional Dra. Paola Herrera

2.2. MISIÓN

Es una organización de desarrollo social privada y sin fines de lucro que contribuye al ejercicio de los derechos sexuales y derechos reproductivos (D.S.D.R). Para mejorar la calidad de vida de la población boliviana urbana y rural, con énfasis en aquella que vive en situaciones de vulnerabilidad.

Desarrollamos el modelo de promoción y asistencia en Salud Sexual y Salud Reproductiva (S.S.S.R). CIES, que tiene un abordaje integral e innovador, con enfoque de género, generacional e intercultural.

2.3. VISIÓN

Organización de excelencia en D.S. D.R. que contribuye a que la población boliviana ejerza sus derechos. Reconocida nacional e internacionalmente por su liderazgo, efectividad y desempeño, que cuenta con un equipo multidisciplinario calificado, motivado y comprometido y es sostenible social, técnica y financieramente.

- Firma de convenios con instituciones de apoyo a la población de escasos recursos, con el Proyecto Guadalquivir, Proyecto Nueva Esperanza, Chapaquito Feliz, Refugio, EDIFU, Mujeres en Acción y NORSUD.
- Convenios interinstitucionales con SEDES, SEDUCA, Dirección Distrital, con el Instituto Normal Superior de Canasmoro, con la Facultad de Psicología UAJMS, para el trabajo dirigido en servicios educativos.

2.4. EL MODELO MÉDICO-EDUCATIVO ACTUAL

Los nuevos escenarios de cambio impulsaron a ampliar el modelo con que se inició, proyectándolo al CIES a constituirse en una institución pionera en la salud sexual y reproductiva que brinda servicios médicos-educativos integrales en distintas especialidades. El CIES cuenta con los siguientes programas:

2.5. PROGRAMA DE SERVICIOS MÉDICOS

EL CIES tiene como principal objetivo realizar actividades de promoción de la salud y prestar servicios médicos asistenciales de Salud integral, brindando atención médica general (atención especializada los niños (as), adolescentes y adultos).

C.I.E.S. ofrece los siguientes servicios médicos a toda la población en general:

- Atención diferenciada a jóvenes
- Medicina general y familiar
- Ecografías
- Laboratorio
- Servicio Dental
- Medicamentos

- Curaciones, suturas, sueros, inyectables, nebulizaciones
- Orientación familiar gratuita.
- Consultas médicas en Salud Sexual y Reproductiva, Ginecología, etc.
- Enfermedades de la mujer y detección del cáncer cérvico uterino y mama
- Control de embarazo
- Control Pre - Natal
- Control después del parto
- Diagnóstico y tratamiento de Infecciones de Transmisión Sexual
- Inmunización a mujeres en edad fértil y niños etc.

2.6. PROGRAMA DE SERVICIOS EDUCATIVOS.

Como principal objetivo en este programa se desea: Llegar con información, educación a todos los usuarios que acuden a nuestro centro con actividades educativas enfocadas a los distintos miembros de la familia poniendo énfasis en la Salud Sexual y Reproductiva, estos servicios educativos a la comunidad son completamente gratuitos.

III OBJETIVOS DE LA PID

3.1. OBJETIVO GENERAL

Desarrollar un programa de intervención en Educación Sexual con estudiantes de 3° de secundaria de la Unidad Educativa “Lindauro Anzoátegui de Campero” y estudiantes de 1° a 4° de secundaria de la Unidad Educativa “San Luis” gestión 2013.

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Realizar una evaluación inicial del nivel de conocimiento referente a la sexualidad en estudiantes de las Unidades Educativas “Lindauro Anzoátegui de Campero”, y “San Luis”.
- Desarrollar un programa de intervención en Educación Sexual con talleres en donde los estudiantes trabajen y reflexionen respecto a temas relacionados a: Sexo y género, salud sexual y reproductiva, uso de anticonceptivos, relaciones sexuales a temprana edad, infecciones de transmisiones sexuales, ITS/VIH SIDA, propiciando la profundización de habilidades en el área cognitivo/social.
- Realizar la evaluación final en los estudiantes de las Unidades Educativas “Lindauro Anzoátegui de Campero” y “San Luis”.

IV. MARCO TEÓRICO

Al hacer referencia a los adolescentes y la sexualidad, inicialmente enfocaremos la historia, haciendo énfasis como era visto antes este tema, la importancia que le daban toda la sociedad y la educación en los colegios. Posteriormente se describirá la sexualidad haciendo referencia a los conceptos y definiciones de todas las variables usadas en el objetivo general y los objetivos específicos como ser: sexo, sexualidad, género, salud sexual, salud reproductiva, uso de anticonceptivos, relaciones sexuales a temprana edad, embarazo no deseado, infecciones de transmisión sexual.

4.1 LA EDUCACIÓN SEXUAL

La Educación Sexual es necesaria. Las niñas y los niños son sexuados desde que nacen y lo serán durante toda su vida. Si queremos, por tanto, que puedan crecer en todos sus aspectos no podemos obviar esta circunstancia. Es más, aunque quisiéramos obviarla los niños y las niñas, las chicas y los chicos, seguirían siendo sexuados y su sexualidad seguiría teniendo presencia.

Es evidente que las madres y los padres no pueden ser ajenos a esa educación sexual que consideramos necesaria. En realidad, no deben ser ajenos a ninguno de los aspectos relacionados con la educación. La labor de madres y padres también incluirá, probablemente, proponer y facilitar que en las aulas se trabaje por la educación sexual, y, además, informarse y colaborar con la misma. Pero ahí no se agota el tema. Hay una parte muy importante de la educación sexual que ineludiblemente se debe abordar desde las familias, pero para llegar a un trabajo efectivo en el área, la sociedad, el profesorado, el personal médico, los educadores y las educadoras. Cada cual tiene su papel, todos son compatibles y no se trata de competir, sino de sumar esfuerzos. Por eso, cuando alguien asume la responsabilidad que le corresponde, no sólo hace bien su papel, sino que, además, se lo está poniendo más fácil al resto.

La Educación Sexual ha de empezar mucho antes que las relaciones eróticas se conviertan en una posibilidad. Tampoco basta con anticiparse unos meses a las primeras eyaculaciones o las primeras menstruaciones. Es importante empezar desde el principio. La responsabilidad de la educación sexual no es exclusiva de las familias, por lo que en cierto modo esa “ayuda” no es otra cosa que solicitar o promover el que cada cual asuma la responsabilidad que le corresponde. Pensemos, por ejemplo, en el profesorado o el personal sanitario ¿Serían buenos profesionales si hicieran todo lo posible por quedarse al margen de la Educación Sexual? Evidentemente no. Parecerá tonto, pero hay veces que buenos y buenas profesionales no hacen más por la educación sexual porque creen que quizás padres y madres pudieran molestarse. Cuando la mayoría de las veces todos y todas compartimos el mismo objetivo y la misma idea de la sexualidad. Sólo hace falta que seamos capaces de contárnoslo y colaborar.

Al igual que sucede con la educación sexual, esta colaboración es mucho más fácil establecerla desde el principio y, después, mantenerla, que iniciarla con el lastre de los años de silencio. Empezar “desde el principio” es una verdad que se refleja en todos los ámbitos. (De la Cruz, 2008; 8)

4.1.1 Siempre se Hace Educación Sexual

Cualquier persona adulta que se relacione con una niña o un niño está educando la afectividad y la sexualidad, quiera o no quiera. Se hace educación sexual con las palabras que se dicen y que no se dicen, con los gestos, abrazos, caricias o muestras de afecto que se dan y que no se dan; y todo ello son elementos que siempre están presentes en las relaciones que establecemos con las criaturas desde que nacen. Asimismo, las personas adultas educamos con la actitud hacia nuestra propia sexualidad. Por ejemplo, con la forma en que vivimos nuestro cuerpo sexuado, o la forma en la que expresamos nuestra sexualidad en público. Pero también educamos con nuestras actitudes y con nuestras formas de sentir, pensar y actuar ante las

expresiones de la sexualidad infantil. Esto podemos apreciarlo todos los días en el diario vivir.

Las criaturas son como esponjas, atienden a todo lo que ven y oyen; perciben los sentimientos y pensamientos más allá de las palabras. Por ejemplo, un niño sentirá el beso de una maestra o sus palabras de aprecio, pero sobre todo las ganas o desganadas con que ese beso ha sido dado o esas palabras han sido dichas.

Los niños y las niñas, por tanto, siempre aprenden hechos, actitudes y conductas sexuales de las personas adultas que les educan, tengan éstas o no conciencia de ello; incluso cuando lo que predomina es el silencio o el hermetismo, ya que no hablar de estas cuestiones es ya un modo de comunicar mensajes.

No hay que olvidar que la gran mayoría de los aprendizajes infantiles se dan por imitación, y esto es válido también para el aprendizaje sobre cómo son y deben ser las relaciones. Los modelos que ven, perciben e intuyen tienen por tanto, mucha trascendencia.

Tomar conciencia de estos hechos es el primer paso para empezar a hacer positivo este aprendizaje, y ayudar a que los mensajes insanos, represivos o negativos no formen parte del pensamiento infantil.

4.1.2 Objetivos de la Educación Sexual

La educación de la sexualidad comprende el desarrollo de las niñas y los niños como seres sexuados de una forma sana, libre, feliz y responsable. Esta finalidad se traduce en los siguientes objetivos:

- Conocer, aceptar y cuidar el propio cuerpo sexuado.

- Dar un sentido y un significado propio y singular al cuerpo sexuado.
- Reconocer y valorar la diferencia sexual.
- Vivir y expresar la sexualidad en relación, es decir, teniendo en cuenta al otro o a la otra.

4.1.3 La Educación Sexual en la Escuela y la Familia

Los niños y las niñas establecen sus primeros vínculos en la familia, y suelen recibir de su madre y/o padre una dedicación e implicación muy profunda que difícilmente se vuelve a dar en otros lugares. En el contexto familiar suele ser más fácil la atención a la singularidad de cada una y cada uno.

Los cambios producidos con la incorporación masiva de las mujeres al mercado laboral ha dado lugar a una escolarización más temprana, de modo que la escuela suele compartir con la familia los primeros años de su socialización. Se podría decir que, de algún modo, las escuelas infantiles ensanchan el marco familiar y significan hoy en día el lugar por excelencia donde niños y niñas aprenden a socializarse. Las maestras y maestros cuentan generalmente con más conocimientos teóricos y técnicos relacionados con la educación que las madres y los padres. Son conocimientos que ayudan, pero que carecen de sentido si no se ponen todos los sentidos en la tarea, si el goce no forma parte del intercambio afectivo con los niños y las niñas.

La escucha, la creatividad y la apertura son los elementos que permiten saber qué estrategia es la más adecuada para cada momento y para cada criatura. Sin embargo, cuando la relación se basa fundamentalmente en los manuales o en las grandes teorías, esta corre el riesgo de convertirse en una técnica, perdiendo su frescura y potencial creativo. Crear un ambiente afectivo es la base para cualquier tipo de aprendizaje, sea éste realizado en casa o en la escuela. Lo que supone, además, la creación de referentes significativos para el aprendizaje de la expresión de los

sentimientos y el intercambio de afectos. (Morales, 2003: 37)

4.2.- HISTORIA DE LA SEXUALIDAD.

La historia de la sexualidad si se quiere centrar en los mecanismos de represión, supone 2 rupturas, una durante el siglo XVII: nacimiento de las grandes prohibiciones, valoración de la sexualidad adulta y matrimonial únicamente, imperativos de la decencia, evitación obligatoria del cuerpo, silencios y pudores imperativos obligatorios del lenguaje; la otra en el siglo XX: no tanto ruptura, por lo demás, como inflexión de la curva: en tal momentos los mecanismos de la represión habrían comenzado a aflojarse; se ha pasado de las prohibiciones sexuales apremiantes a una tolerancia relativa o respecto de las relaciones prenupciales o extramatrimoniales; la descalificación de los “perversos” se habría atenuado, y borrado en parte su cadena por la ley; se habrían levantado en buena medida los tabúes que pesaban sobre la sexualidad. (Foucault, 2000: 140).

El tema de la sexualidad, hoy en pleno siglo XXI, en nuestra sociedad, parece seguir siendo un tabú. Es muy raro escuchar conversaciones sobre el tema. A los padres de familia, si el niño, adolescente o joven tiene alguna información sobre sexualidad, es porque se enteró en el colegio, en el círculo de sus amigos, en revistas, en la televisión o el cine. (Pereira, 2012: 51).

4.2.1. Sexualidad.

La sexualidad es una realidad compleja en el ser humano donde intervienen aspectos biológicos, psicológicos y sociales que van a definir el comportamiento sexual de un individuo. (Ibiden, 2012: 51).

La sexualidad es la unión de lo biológico, lo social, lo psicológico y lo cultural. Es todo aquello que tiene que ver con el comportamiento, las actitudes y los sentimientos

de la persona; forma parte fundamental de la personalidad del individuo y está orientada por la razón, la voluntad y las demás dimensiones y valores del ser humano, además es importante en la vida de todos los seres humanos: niños, niñas, jóvenes, personas adultas, ancianos y ancianas.

Las caricias, los besos, la atracción por otras personas, la primera menstruación, la eyaculación, el deseo, el placer, la lactancia, el crecimiento de los senos, los cambios en la pubertad, todo ello es sexualidad, como también lo son los roles sociales y oficios que se atribuyen a hombres y mujeres, las formas de vestirnos, las maneras de relacionarnos los unos con las otras. Todo ello forma parte de la sexualidad de todo ser humano. Pero hay que hacer una diferencia con **sexo** es el conjunto de características físicas que diferencian al hombre y a la mujer. Por ejemplo, las mujeres tienen vulva, vagina y senos. Los hombres tienen pene y testículos. Cuando un ser humano nace, se define si es hombre o mujer según tenga vagina o pene; otro de los conceptos que hay que tener en claro es el **género**, vamos a entender por género una categoría que hace a *la construcción diferenciada de las identidades y roles de mujeres y hombre en la sociedad*. (PIO, 2008:43). Por ejemplo, cuando un niño nace los adultos lo visten de azul, blanco o verde; le compran balones, carros y bates; le colocan pantalones y, usualmente, los hombres desde niños usan el cabello corto. Cuando una niña nace la visten de rosado o blanco; sobre la cabeza le colocan moños y adornos; le regalan muñecas, ollas y vestidos. A las instituciones educativas las niñas asisten con falda y los niños con pantalón. Los colores, los objetos y la ropa se convierten, entonces, en elementos clave para determinar lo que es masculino y femenino.

4.2.2. Los Tres Pilares Fundamentales de la Sexualidad.

- **Pilar biofisiológico**

El pilar biofisiológico debe ser entendido como aquel que proporciona el potencial inicial de vivencia de la sexualidad. Es el cuerpo como base biofisiológica, a través de la cual se va construyendo y articulando la experiencia. La base de la construcción y vivencia de la sexualidad es el cuerpo, con todos los órganos y funciones que lo componen, se trata de un cuerpo que está en constante movimiento, que se nutre, madura, funciona, envejece, se enferma, se alivia, tiene un flujo de cargas hormonales que llevan mensaje y tiene la potencialidad de reproducir.

El cuerpo tiene manos que trabaja pero que también tocan y acarician, piernas que te llevan a conocer el mundo, pulmones que respiran, ojos para ver y los órganos sexuales o reproductivos. El cuerpo es, pues la herramienta fundamental de la existencia humana, es el que permite la interacción con el entorno pero también con los otros y con uno mismo. Es a partir de sus sensaciones que el cerebro es capaz de construir los significados y por tanto las experiencias y las historias individuales, ligadas al placer, al dolor, los colores, los sabores, al tacto y todo lo que se integra para construir una identidad estrechamente arraigada al cuerpo.

Del cuerpo provendrá la construcción de la imagen corporal, la autoimagen, el referente de las capacidades individual, la construcción del sentirse atractivo en comparación con un modelo social. El cuerpo es un medio para la comunicación a través de nuestras construcciones del ser hombre y ser mujer, de los adornos, de los olores, de los signos que le damos transmite parte de lo que somos. En conclusión, el cuerpo es la piedra fundamental de la existencia humana y de su sexualidad. (CIES, 2010: 77)

El pilar biofisiológico, se encuentra relacionado con la estructura y funcionamiento del organismo humano, existiendo diferentes niveles:

	HOMBRE	MUJER
1) Cromosómico	XY	XX
2) Hormonal	Testosterona	Estrógeno
	Andrógeno	Progesterona

3) Gonadal	Testículos	Ovarios
	Espermatozoides	Óvulo
4) Estructura sexual	Pene	Vagina

- **Pilar psicológico**

Se encuentra vinculado a la estructura psíquica, proceso cognitivo y estructura afectiva de las personas, con base en los cuales construye una presentación de la realidad, en su interacción con el entorno y consigo mismo, a través de un continuo aprendizaje. El pilar psicológico es el que permite dar un significado a la experiencia, es a través del cual se va construyendo toda la estructura afectiva del sujeto, su sistema de creencias, sus sistemas de valoración y de representación, no sólo del entorno sino fundamentalmente de sí mismo.

- **Pilar social**

El pilar social se encuentra relacionado con el comportamiento y características de los individuos en cuanto seres sociales, en sus diferentes esferas (pareja, familiar, entorno), donde se evidencia patrones y pautas de comportamiento, creencias, normas morales y valores que son compartidos por las y los miembros de un grupo social en específico, se modifican en el tiempo y son variables de un grupo social a otro, además de coadyuvar a la estructuración de un contexto sociocultural que determina las formas de interacción entre las personas. Es el marco contextual en el que el ser humano se desarrolla y que se traduce en un punto de referencia a través del cual, el aprendizaje cobra un sentido (Ibiden, 2010: 77).

4.2.3 Componentes de la Sexualidad:

- **La reproductividad**

La potencialidad de reproducirse del ser humano es consecuencia directa del hecho de

ser seres vivos. Por reproductividad se quiere decir: tanto la reproducción biológica, que es la posibilidad humana de producir individuos que en gran medida sean similares (no idénticos a los que los produjeron), como la ideológica que son las construcciones mentales que se producen acerca de esta posibilidad.

La reproductividad tiene mucho que ver con lo biológico y como es un Holón sexual, tiene manifestaciones psicológicas y sociales y por ello no se limita al evento biológico de la concepción, embarazo y parto.

En el plano del organismo o de lo biológico, la reproductividad se manifiesta en los aparatos reproductores, su funcionamiento y las posibilidades de control de la reproducción, sin evitar la interacción erótica. En el plano psicológico se observa que la reproductividad puede expresarse a través de la maternidad y paternidad en adopción o bien a través del ejercicio de muchas actividades humanas, cuyo resultado final es la reproducción de la historia de vida del ser humano.

En el plano sociológico, se puede mencionar la institucionalización de las políticas reproductivas, los procesos sociales ante la reproducción humana que son base de los fenómenos demográficos (Ibiden, 2002: 55).

- **Género**

En este contexto se entiende por género como la serie de construcciones sociales respecto a la pertenencia o no del individuo a las categorías de los seres humanos: masculina y femenina, así como las características del individuo que lo ubican en algún punto del rango de diferencias.

Es por medio del género que los grupos sociales realizan una multitud de interacciones. El marco mental interno de referencia de nuestro ser está construido en

el género como elemento central. En su nivel biológico existe desarrollo importante que hay que considerar la determinación del sexo, los múltiples niveles en los que opera en proceso prenatal y postnatal de diferenciación sexual (genética), las manifestaciones anatómicas de lo masculino y femenino.

En el plano psicológico, el género adquiere relevancia central en la conformación de la identidad individual la identidad genérico sexual es el marco interno de referencia que permite responderse a sí mismo quiénes son, qué hacen, qué quieren y a donde van. Uno de los principales componentes de la identidad es precisamente el género, en la llamada identidad genérica. (Ibiden, 2002: 58)

- **El erotismo**

Por erotismo se entiende los procesos humanos en torno al apetito por la excitación sexual, la excitación misma y el orgasmo, sus resultantes en la calidad placentera de esas vivencias humanas, así como las construcciones mentales alrededor de estas experiencias.

La forma más aceptada de conceptualización de la fisiología del erotismo humano es verla como el resultado de tres procesos fisiológicos, interdependientes, pero distintos: el deseo o apetito sexual, la excitación y el orgasmo. La simbolización de lo erótico es uno de los mecanismos más poderosos por lo que el erotismo se integra al resto de la sexualidad y de hecho al resto de la vida. (Ibiden, 2002: 59)

- **La vinculación afectiva interpersonal**

Se entiende la capacidad humana de desarrollar afectos intensos (resonancia afectiva) ante la presencia o ausencia, disponibilidad o indisponibilidad de otro ser humano en específico, así como las construcciones psicológicas, individuales y sociales que de

ellos se derivan. La forma más reconocida es el amor, que se entiende tanto a la necesidad imperiosa de contar con la presencia de alguien, al punto que se siente indispensable para la vida y es así que se le llama amor tanto al gozo de ver al ser querido feliz, como el dolor que experimentamos cuando nos abandona. Esta resonancia afectiva es la que se hace presente por las interacciones entre los significados de los otros holones de la sexualidad. Los seres humanos se vinculan gracias a que los afectos provocados por los otros son lo suficientemente intensos como para tratar de mantenerlos o evitarlos.

El amor es una forma ideal de vinculación, tiene un carácter activo, el amor da y además tiene cuidado, responsabilidad, respeto y conocimientos por la otra persona con la que se experimentan afectos intensos. (Ibiden, 2002: 58).

4.3. SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

El término “salud sexual” no se refiere solamente a la ausencia de alguna enfermedad o disfunción sexual. La salud sexual se evidencia en la expresión libre y responsable de las capacidades sexuales que fomentan el bienestar personal y social que enriquecen la vida individual. Como tal, la salud sexual implica un sentido de control sobre el propio cuerpo, el reconocimiento de los derechos sexuales y la fuerte influencia de las características psicológicas del individuo, como por ejemplo, su autoestima, bienestar emocional y mental (WAS 2000 y OMS, 2002: 24).

El desarrollo sexual saludable depende de la satisfacción de necesidades humanas básicas, como el deseo de contacto, intimidad, expresión emocional, placer, ternura y amor (Ibiden, 2010: 129).

El reconocimiento de los derechos sexuales es inherente a una sexualidad saludable, donde los individuos tienen derecho a la libertad sexual, privacidad, equidad, placer, y a elecciones libres y responsables. Por otra parte la Salud Sexual y Reproductiva, se

define como la capacidad de disfrutar una vida reproductiva satisfactoria, con la libertad para decidir sobre la procreación o no de hijos/hijas, cuándo y con qué frecuencia.

4.3.1. Métodos Anticonceptivos

Un método anticonceptivo es aquel método o producto que impide o reduce la posibilidad de que ocurra la fecundación o el embarazo al mantener relaciones coitales. Por lo general implica acciones, dispositivos o medicamentos en las que cada uno tiene su nivel de efectividad. También se le llama contracepción o anticoncepción, en el sentido de ser formas de control de la natalidad.

Los anticonceptivos se deben usar siempre desde la primera relación sexual y mientras la mujer quiera evitar quedar embarazada. Existen muchos métodos anticonceptivos, la mayor parte de los cuales se aplican en la mujer y unos pocos en el varón. Muchos de ellos resultan realmente eficaces y seguros, además, protegen contra las infecciones de transmisión sexual y el SIDA.

Mediante el uso de los métodos anticonceptivos todo hombre y toda mujer ejercen su derecho a decidir libremente cuándo y cuántos hijos desea tener, así como el momento en que desean hacerlo. De hecho, unos y otras tienen la responsabilidad de planificar el nacimiento de sus hijos-as para velar adecuadamente por su bienestar. La planificación familiar, sin alterar la actividad sexual de la pareja, contribuye a que cada hijo, hija sea deseada (Ibiden, 2010: 110)

4.3.1.1. Métodos Anticonceptivos para los Hombres

Los hombres tienen tres métodos anticonceptivos:

- El *coitus interruptus*, llamado también retirada o marcha atrás, es uno de los

métodos llamados naturales. Este método está muy aceptado por tradición y porque va ligado a la idea de virilidad: el hombre tiene que demostrar “aguante y control”. Es un método muy arriesgado, responsable de muchos embarazos no deseados, y no protege de las infecciones de transmisión sexual. Consiste en retirar el pene de la vagina cuando el hombre siente que va a eyacular. Esto no es tan fácil: la sexualidad no es algo puramente mecánico, sino que va acompañada de un fuerte componente emocional que impide ser siempre tan “hábil”. Además, antes de la eyaculación se produce una emisión de un líquido procedente de las glándulas de Cowper, que contiene algunos espermatozoides. Si el hombre no se *ha* retirado aún, la fecundación podría ser relativamente fácil. El coito interrumpido es muy poco seguro como método anticonceptivo y no protege contra las infecciones de transmisión sexual ni contra el SIDA; éste es un método usado como anticonceptivo pero NO ES EFECTIVO. (Pro familia, 2006: 72).

- El *condón* es un método de barrera, llamado así porque impide que los espermatozoides pasen al útero. Es una funda de látex, generalmente, que se pone en el pene cuando está erecto. Es el mejor método. Además previene de las infecciones de transmisión sexual.

Pasos para el uso del condón:

- 1.- Tener los preservativos a mano.
- 2.- Se busca la fecha de vencimiento que aparece en el empaque para asegurarse que esté vigente.
- 3.- Verificar que tenga una especie de colchón de aire, sujetando por el centro con los dedos pulgar e índice.
- 4.- Abrir el sobre por el borde, sin usar los dientes u otro objeto punzo cortante.
- 5.- Sacar el condón con cuidado, dejando el reborde del mismo hacia afuera para desenrollar con facilidad.
- 6.- Colocar en el pene cuando este erecto (duro), antes de cualquier contacto

genital.

7.- Antes de desenrollar en el pene, debe apretar la punta con las yemas de los dedos, para que no quede aire en su interior.

8.- Desenrollar cubriendo todo el pene hasta su base.

9.- Una vez producida la eyaculación, debe retirarse el pene de la vagina sujetando el condón.

10.- Una vez utilizada debe echarse a la basura.

Efectividad: Es del 86% al 97%, cuando se utiliza correctamente y consistentemente, en todo los coitos. Protección contra ITS-VIH y otros agentes infecciosos no pueden atravesarlo. Doble protección. (Ibiden, 2010: 112).

- La *vasectomía* es una intervención quirúrgica que consiste en el corte y ligadura en los conductos deferentes unos centímetros arriba de los testículos, para interrumpir el paso de los espermatozoides y su salida en la eyaculación. La vasectomía no interfiere en la posibilidad de gozar las relaciones sexuales y el hombre puede tener eyaculaciones como antes, sólo que el semen ya no contiene espermatozoides. Es 99% segura y generalmente, se realiza a adultos que tienen la seguridad absoluta de no querer tener (más) hijos/as en un futuro. Este es un método IRREVERSIBLE. (CECOPI, 2009: 40)

4.3.1.2. Métodos anticonceptivos para las mujeres

La mujer tiene a su alcance diferentes métodos de control de la fecundidad que deberá elegir en función de sus necesidades personales, edad, razones biológicas e incluso médicas, por lo que es conveniente que sea el médico quien ayude a decidir por cuál de ellos optar. Hay una gran variedad de ellos clasificados en métodos naturales, métodos hormonales, métodos de barrera y dispositivo intrauterino.

➤ Métodos naturales

- El *método Ogino* sólo es útil para mujeres con ciclos regulares. Para saber la estabilidad del ciclo menstrual se tiene que hacer control durante doce ciclos es decir, durante un año, lo que puede parecer aburrido. Debe calcular cuántos días tuvo cada ciclo menstrual. Al ciclo más corto debes restarle 18 días y al ciclo más largo restarle 11 días. Luego casi para todas las mujeres los días fértiles están entre el día 9 y el 17 del ciclo menstrual.

Este periodo se ha calculado teniendo en cuenta los siguientes datos sobre la ovulación y el tiempo que sobrevive el ovulo y el espermatozoide:

- La ovulación que tiene lugar entre el día 12 y el 17 del ciclo, generalmente el día 14.
 - El espermatozoide puede sobrevivir 48 horas, por lo habrá que evitar la relación sexual 2 días antes del periodo fértil. Esto nos sitúa en el día 10 del ciclo menstrual (12 menos 2).
 - El ovulo puede sobrevivir 24 horas, así que hay que abstenerse un día antes (día 9 del ciclo menstrual). (Ibiden, 2006: 73)
-
- El *método Billings*, conocido también como el *método del moco cervical*, consiste en observar las variaciones de estas secreciones vaginales en color, textura y aspecto a lo largo del ciclo menstrual. Sin embargo, no hay que perder de vista que otras causas podrían estar produciendo estas alteraciones.

- Apenas secreción: días permitidos que coinciden con los días posteriores a la regla.
- Moco blanquecino y pegajoso: duración variable.
- Transparente y de textura más fluida (como la clara de huevo): etapa fértil.
- Secreción espesa, pegajosa y opaca: le sigue la menstruación. (Ibiden, 2006:

- Método *temperatura basal* se trata de tomar la temperatura rectal todos los días, a la misma hora, antes de levantarse y sin haber ingerido nada. Para ello se utiliza un termómetro especial. Marca la temperatura en los 36 y los 38 grados, porque este método parte de la base de que a lo largo del ciclo la temperatura va variando y se va anotando en una gráfica. Uno o dos días después de la ovulación, se observará un ascenso térmico.

Desventaja de este método es que la temperatura puede alterarse por diversas causas (enfermedad, estrés) y lo incomodo de tener que tomar la temperatura todos los días, es fácil deducir que no es un método muy práctico. (Ibiden, 2004: 39)

- Método de *Lactancia y Amenorrea (MELA)*.- para utilizar la lactancia como anticonceptivo, la mujer debe alimentar a su hijo (a) desde el momento del nacimiento, como mínimo cada 3 horas, tanto de día como de noche. Entre mayor sea el número de veces que alimente a la criatura, mayor será el porcentaje de efectividad, siempre que no se presente la menstruación y que el bebé no inicie otra comida. Es efectiva hasta un 98% durante los seis primeros meses de lactancia. (Ibiden, 2004: 40)

- Método del *ritmo o calendario*, Se puede utilizar este método ya sea para evitar o lograr el embarazo. Requiere que la mujer conozca su periodo fértil. No protege contra ITS, ni del VIH / SIDA.

Para hacer el cálculo:

- Antes de empezar con éste método, la mujer debe anotar durante 6 meses la duración en días de sus ciclos menstruales, es decir desde el primer día del sangrado hasta un día antes de la siguiente menstruación.

- Obtener el ciclo más largo y más corto (en días).
- Restar del ciclo más corto 18 días, así se obtiene el día de inicio del período fértil.
- Restar del ciclo más largo 11 días, así se obtiene el día que termina el período fértil.
- Los días que no deben tener relaciones sexuales (coitales), o entre los cuales se encuentra el período fértil son entre el día 9 y el día 20 de cada ciclo menstrual, contando siempre que el día 1 es el primer día de la menstruación.
- Los días marcados son los días (del 9 al 20) en los que la mujer puede quedar embarazada.

Sin embargo, es necesario señalar que este es un método que tiene un gran porcentaje de fallas, porque no es fácil saber la fecha exacta de la ovulación, porque el ciclo menstrual varía en cada mujer; además puede variar en el curso de su vida. Por eso, para llevar adelante el cálculo, la mujer debe registrar durante seis meses o más la duración en días, de sus ciclos menstruales para saber lo más exacto posible cuando ocurre la ovulación. En segundo lugar, la ovulación puede ser irregular (de menor o mayor duración) en la adolescencia, y pueden influir sobre ella emociones fuertes o enfermedades.

Este es un método no aconsejable para mujeres que tienen ciclos menstruales irregulares, o cuando se tienen parejas que no ayudan y quieren tener relaciones coitales durante los días fértiles de las mujeres. (Ibiden, 2010: 112)

➤ **Métodos hormonales**

Su eficacia para prevenir el embarazo es muy alta, pero contra las infecciones de transmisiones sexuales (ITS) es nula.

- *La píldora.*- Es un método oral que inhibe la ovulación. De esta forma el cuerpo reacciona como si estuvieras embarazada, por lo que los efectos secundarios son parecidos, al principio, a los del embarazo. Como hay diferentes tipos de píldoras, lo más conveniente es bajo la receta de un ginecólogo, la seguridad es 99%, si no olvidas tomarla todos los días, tengas o no relaciones sexuales. (Ibiden, 2006: 74)

- *Anticoncepción de emergencia o la píldora del día después.* Son píldoras que pueden evitar un embarazo si se toman durante las primeras 72 horas después de haber tenido relaciones sexuales coitales no protegidas. Esta alternativa considerada de emergencia se puede utilizar en relaciones no planeadas y no protegidas con algún método anticonceptivo, en accidentes en el uso del condón (ruptura) o en casos de violación. En todas estas situaciones se debe acudir a un centro de salud y/o consultar a un/a profesional para pedir orientación sobre las Píldoras Anticonceptivas de Emergencia (PAE). Recordemos que la PAE no son un método anticonceptivo sino una alternativa, como su nombre lo indica, para casos de emergencia. Si una persona es activo/a sexualmente y desea evitar un embarazo es recomendable usar un método anticonceptivo de manera regular. Si esta alternativa es usada frecuentemente produce trastornos hormonales y disminuye su efectividad, además no protege contra las ITS, incluyendo el VIH / SIDA.

Las PAE son píldoras que al producir una descarga importante de hormonas pueden detener la liberación de óvulos, impedir la fecundación o evitar la implantación en el útero. Sólo sirven si se toma la primera dosis antes de las 72 horas (3 días) posteriores a la relación coital no protegida y la segunda dosis 12 horas después. No son abortivas, por lo que no funcionan si la mujer ya está embarazada. Debido a que la mujer recibe una gran dosis de hormonas en poco tiempo puede haber algún tipo de malestar como, por ejemplo, dolor de cabeza, cansancio, vómitos, náuseas y

sensibilidad en los senos. (Ibiden, 2009: 42)

- *Los Inyectables* es un método anticonceptivo seguro y eficaz que protege a la mujer del embarazo. Se conoce mayormente como “Depo-Provera”, el nombre de la principal marca que se aplica en Bolivia. La inyección Depo-Provera contiene 150 mg. de un progestágeno sintético similar a la hormona progesterona que produce la mujer en forma natural. Esto hace que la ovulación se suprima y el moco cervical del útero se ponga más espeso, de manera que la penetración de los espermatozoides se vuelva más difícil, y menos probable la implantación de un óvulo fecundado.

La Depo-Provera no protege contra las ITS, incluyendo el VIH / SIDA. Este es un anticonceptivo que puede ser usado por mujeres en cualquier edad fértil, con o sin hijos/, que deseen una anticoncepción eficaz, reversible y de larga duración pueden usar este tipo de método anticonceptivo. También los/las adolescentes pueden usarla dos años después de su primera menstruación, mujeres que dan de lactar a su bebé, mujeres que quieren un método que no interfieren con las relaciones sexuales, etc. (Ibiden, 2009: 43)

- *Implantes*.- Es un nuevo método de control de la natalidad que consiste en insertar bajo la piel de la parte alta del brazo unos tubos pequeños de hormonas sintéticas que contienen progesterona, esta impide el encuentro entre el ovulo y los espermatozoides. Se recupera la fertilidad en 2 o 3 meses. (Ibiden, 2006: 75)

➤ **Los métodos de barrera**

Son aquellos que bloquean la entrada de los espermatozoides al útero. Reducen el riesgo de contraer una infección de transmisión sexual (ITS).

- *El diafragma*.- Consiste en un capuchón de goma rodeado por un anillo

flexible que se introduce en la vagina, cubriendo el orificio del útero e impidiendo que los espermatozoides puedan encontrarse con el óvulo. (Ibiden, 2009: 43)

- *Condón femenino.*- El preservativo vaginal, es una bolsa que mide 17 centímetros de largo, está fabricado con poliuretano, material más resistente y durable que el látex, utilizado para la fabricación del condón masculino. Combina las características de un condón masculino y un diafragma. Consta de 2 anillos blandos y flexibles, colocados en la parte superior e inferior. El primer anillo sirve para proteger la parte externa de la vagina y a su vez impedir que el dispositivo se deslice dentro de la misma. El segundo anillo que es más pequeño es utilizado para insertar el condón hasta el cuello del útero. (Ibiden, 2009: 44)

- *Los Espermicidas.*- Son productos químicos en forma de óvulos, jalea, crema o gel que se colocan en el interior de la vagina diez minutos antes de una relación sexual. Su función es destruir los espermatozoides, aunque en realidad no siempre lo consiguen, y en gran cantidad de ocasiones fallan.

Si se utilizan como único método anticonceptivo, la prevención no será muy eficaz, razón por la cual en general se los utiliza acompañado al diafragma o el preservativo. No protegen contra las infecciones de transmisión sexual ni contra el SIDA. (Ibiden, 2009: 45)

- *Ligaduras de trompa.*- Es una intervención quirúrgica que consiste en el corte y la ligadura de las Trompas de Falopio, impidiendo el paso del óvulo hacia el útero y/o del espermatozoide a las trompas de Falopio.

La salpingoclasia no interfiere con la posibilidad de gozar las relaciones sexuales y/o su capacidad de tener un orgasmo. Por ser un método definitivo, al igual que el hombre, se realiza solamente cuando la mujer tiene la seguridad plena de no desear (más) hijos/as en el futuro. Este es un método también IRREVERSIBLE para las

mujeres. (Ibiden, 2006: 75)

- *Diu.*- Son las siglas de dispositivo intrauterino. Este es un pequeño objeto de plástico en forma de T con un hilo de metal (cobre, plata) alrededor que destruye los espermatozoides. El médico se encarga de introducirlo en el útero, durante la menstruación, ya que es cuando éste se encuentra más dilatado y además se tiene la garantía de que la mujer no está embarazada, pues de lo contrario se provocaría un aborto. (Ibiden, 2010: 113)

4.3.2. Infecciones de Transmisión Sexual

Las Infecciones de Transmisión Sexual, son un conjunto de entidades clínicas infecto contagiosas agrupadas por tener en común la misma vía de transmisión: se transmiten de persona a persona solamente por medio de contacto íntimo (que se produce, casi exclusivamente, durante las relaciones sexuales coitales).

Las ITS son bastante frecuentes en el adolescente y adulto joven por las siguientes razones:

- Las y los adolescentes están teniendo relaciones sexuales cada vez con mayor precocidad.
- Tienen una tendencia a cambiar de pareja con mucha frecuencia.
- Generalmente no usan preservativos que los protejan.
- Muchas veces están contagiados y no tiene síntomas, lo que los hace portadores de las infecciones.

Por desgracia, algunos jóvenes, no consultan al médico; por temor, vergüenza o ignorancia, buscando ellos mismos su propio tratamiento, lo que obviamente casi nunca es eficaz.

Las Infecciones de Transmisión Sexual son aquellas infecciones que se transmiten mediante las relaciones sexuales cuando existe intercambio de fluidos corporales durante una penetración vaginal, anal u oral desprotegida. Sin embargo, algunas ITS se pueden transmitir sin que exista una penetración, por ejemplo: la escabiosis (sarna), la pediculosis del pubis, los moluscos contagiosos, etc. (Ibiden, 2010: 101)

La Organización Mundial de la Salud estima que cada año ocurren un promedio de 333 millones de nuevos casos de infecciones de transmisión sexual en todo el mundo, que tienen su mayor incidencia entre hombres y mujeres de países en desarrollo. La pobreza, las prácticas culturales intolerantes y un difícil acceso a los servicios de diagnóstico y tratamiento, a la información incorrecta, a los pocos conocimientos sobre la necesidad del auto cuidado del cuerpo, son factores que contribuyen a una mayor diseminación de este tipo de infecciones en hombres y mujeres.

Las armas más importantes contra las ITS son la prevención, tomando las medidas oportunas por medio del uso del condón y la higiene adecuada, elementos imprescindibles para una sexualidad responsable y que reducen considerablemente el riesgo de transmisión de estas infecciones.

Infecciones de transmisión sexual más frecuentes son:

- *Gonorrea.*- La gonorrea es una enfermedad infecto contagiosa, llamada también blenorragia o gota matinal, se trasmite por vía sexual y se presenta frecuentemente en población adolescente. Esta enfermedad puede presentar en forma asintomática entre 5 a 10% de los hombres infectados y entre el 30% a 60% de las mujeres infectadas.

El agente etiológico es la *Neisseria gonorrhoeas*, un diplococo gran negativo. Produce una reacción inflamatoria en la mucosa uretral del hombre y en la mucosa uretral y

vagina de la mujer, estimulando la producción de un flujo o secreción purulenta. También infecta la mucosa de la faringe y del resto, cuando existen relaciones coitales orales y anales. El periodo de incubación es de 2 a 14 días. (Ibiden, 2010: 103)

Sintomatología:

- Sintomatología en el hombre: ardor al orinar, secreción uretral purulenta, frecuencia urinaria aumentada.
- Sintomatología en la mujer: secreción vaginal purulenta, frecuencia urinaria aumenta, ardor al orinar.
- Cuando no se realiza tratamiento adecuado, pueden presentarse complicaciones, entre ellas inflamación de aparato genital y esterilidad.

Medidas preventivas:

- Recomendar el uso de preservativos o condones a los y las adolescentes sexualmente activos.
- Orientar en el reconocimiento de los síntomas y signos de sospecha de gonorrea.
- Orientar respeto a las complicaciones de la gonorrea cuando no existe tratamiento adecuado.
- Orientar respeto a la existencia de sujetos asintomáticos con gonorrea.

• *Clamidia.*- La clamidia es una enfermedad infectocontagiosa que se transmite por vía sexual. El agente causal es la *Chlamydia trachomatis*. El periodo de incubación es de 7 a 21 días. Es una de las ITS, que menos síntomas presenta. (Ibiden, 2010: 103)

Sintomatología:

- Sintomatología en el hombre: flujo uretral acuoso, no siempre profuso; ni amarillento. A veces presenta disuria leve.

- Sintomatología en la mujer: Flujo o secreción escasa y mucosa, a veces con ardor al orinar, prurito bulbar y perineal.
- Cuando hay tratamiento adecuado, puede presentar complicaciones como prostatitis, enfermedades pélvicas, embarazo ectópico, aborto y esterilidad.

Medios preventivos

- Recomendar el uso de preservativo o condones a los y las adolescentes sexualmente activos.
 - Orientar en el reconocimiento de los síntomas y signos de clamidiasis.
 - Orientar respecto a las complicaciones de la clamidiasis cuando no existe tratamiento adecuado.
 - Orientar respecto a la existencia de sujetos asintomáticos con clamidia.
- *Sífilis*.- Es una enfermedad infectocontagiosa que se transmite por vía sexual. Se genera una infección compleja, capaz de comprometer cualquier órgano o tejido del organismo, provocando diversas manifestaciones clínicas. El agente infeccioso es el *Treponema Pallidum*.

La infección ocurre frecuentemente durante el contacto sexual. Los microorganismos penetran a través de lesiones o micro lesiones en piel y mucosas. La zona principal de infección es el área genital. Puede ser también transmitida de la madre al feto a través de la placenta, posterior a la décima semana de gestación, produciendo la sífilis congénita. El tiempo de incubación es de 10 a 90 días. (Ibiden, 2010: 103)

Sintomatología:

Sífilis primaria

- Úlcera indolora (chancro dura), de base firme y limpia, de bordes endurecidos, localizada en el área genital, área perianal, orofaringe, lengua, labios.

Sífilis secundaria

- Fiebre
- Lesiones dérmicas y mucosas
- Lesiones dérmicas generalizadas, pueden ser maculopapulares, pustulosas y foliculares; pueden presentarse en las plantas de las manos y en las plantas de los pies. Las lesiones específicas, llamadas condyloma lata, son fusiones de pápulas en zonas húmedas de la piel y mucosa.

Sífilis terciaria o tardía

- Se presenta varios años después de la sífilis secundaria y de la llamada sífilis latente.
- Presencia de lesiones infiltrativas tumorales en piel, huesos, hígado.
- Aortitis, aneurismas, insuficiencia aórtica.
- Trastornos del sistema nervioso central, con alteraciones degenerativas, parestesias, reflejos anormales, tabes dorsal, demencia, psicosis.

Medidas preventivas

- Recomendar uso del preservativo o condón para las personas sexualmente activa.
- Recomendar higiene local de las partes no protegidas, con agua y jabón, después de las relaciones sexuales.
- Recomendar terapia abortiva de la sífilis, cuando se sospeche contacto sexual con enfermo (a) de sífilis.

• *Chancroide o Chancro Blando.*- Es una infección aguda provocada por un bacilo corto gran negativo. El *Haemophilus ducreyi*; la principal lesión producida por la infección es una úlcera dolorosa, generalmente asociada a un ganglio satélite. La infección se produce por contacto sexual. El tiempo de incubación es de 3 a 5 días. (Ibiden, 2010: 104)

Sintomatología

- Aparición de lesiones vesiculopustulosas que se rompen y transforman en

úlceras blandas, dolorosas con una base necrótica o sucia, con bordes eritematosos.

- Desarrollo de múltiples lesiones por autoinoculación y aparición de adenitis inguinal.
- Fiebre, escalofríos y malestar general.
- En el hombre, las úlceras se localizan en el glande, prepucio o cuerpo del pene.
- En la mujer el cérvix, vagina, labios, vulva y ano.

Medidas preventivas

- Recomendar abstención de relaciones sexuales mientras dure el tratamiento.
- Recomendar uso de condones durante las relaciones sexuales.

• *Herpes Genital.*- Es una enfermedad viral que afecta la piel y mucosas de los genitales del hombre y la mujer. Es altamente contagioso y se transmite por contacto directo (vía sexual). La infección es generalmente recurrente. Puede haber transmisión de la madre al feto o recién nacido. (Ibiden, 2010: 105) El virus penetra la epidermis o el epitelio mucoso replicándose dentro de las células epiteliales. Después de la infección primaria. El virus latente se aloja en la raíz dorsal ganglionar desde donde puede reactivarse a invadir la piel, provocando lesiones recrudescientes. El microorganismo que causa la infección, es el virus del herpes simple (HSV) generalmente el tipo 2. El tiempo de incubación es de 2 a 7 días.

Sintomatología

- En el hombre: Aparición de vesículas muy dolorosas, precedidas de sensaciones de irritación o ardor, en una superficie eritematosa o úlceras en la superficie de mucosa o piel del glande, prepucio o cuerpo del pene.
- En la mujer: aparición de vesículas muy dolorosas, precedidas de sensación de irritación o ardor, en una superficie eritematosa o úlceras en la superficie de mucosa en el cérvix, vagina, labios mayores y menores, vulva o ano.

Medidas preventivas

- Recomendar evitar las relaciones sexuales en presencia de lesiones durante el tratamiento.
- Recordar el uso de condón cuando se tengan relaciones sexuales.
- Recomendar prueba de Papanicolau periódicamente.

- *Condiloma acuminado.*- Es una verruga producida por el papiloma virus humano. En general, son lesiones cutáneas benignas debido a infección de las células epiteliales. Son verrugas en forma de coliflor, pero también puede haber lesiones planas e infección sub clínica. La infección con el virus es por inoculación directa y es adquirida por contacto corporal, contacto sexual o en baños y piscinas públicas. Se han identificado aproximadamente 50 subtipos de papiloma virus (HPV). El periodo de incubación es de aproximadamente 4 meses. (Ibiden, 2010: 105)

Sintomatología

- Presencia de lesiones pequeñas en forma de coliflor, de crecimiento lento, indoloro y progresivo, localizada en la región genital: cérvix, vagina, meato uretral, labios, vulva y ano en la mujer. En el hombre, meato uretral, glande, prepucio y cuerpo del pene, puede invadir también vejiga y recto. Estas lesiones son más extendidas y presentes en zonas húmedas.
- La existencia de lesiones planas localizadas en el cérvix obligan a examen bajo espéculo o a prueba de ácido acético para evidenciar las lesiones.
- La falta de tratamiento puede producir lesiones obstructivas del canal vaginal y rectal, cáncer cérvico uterino.

Medidas preventivas

- Recomendar abstención de relaciones sexuales durante el tratamiento.
- Recomendar el uso de condón cuando se tengan relaciones sexuales.
- Prueba de papanicolau, colposcopia y biopsia de cérvix en casos sospechosos.

- *VIH-SIDA.*- Hace referencia al Virus se Inmunodeficiencia Humana.

El SIDA, hace referencia al: Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida.

- Síndrome: conjunto de síntomas que caracteriza a una enfermedad.
- Inmuno: relacionado con el sistema de defensa de nuestro cuerpo, contra las enfermedades.
- Deficiencia: Indica que el sistema de defensa no funciona correctamente.
- Adquirida: No hereditario, sino provocado por un virus que se adquiere.

Causas del SIDA.- El SIDA es causado por un virus conocido como Virus de la inmunodeficiencia Humana o VIH, del cual existen dos tipos: el VIH 1 y el VIH 2. Ambos generan la misma sintomatología y se detectan por la misma prueba. Estos virus infectan las células del Sistema Inmunológico y conducen a un estado de vulnerabilidad general ante distintos microorganismos que pueden provocar infecciones oportunistas.

Infecciones por VIH.- Es una infección que ataca al sistema inmunológico. El sistema inmunológico funciona mediante células sanguíneas blancas llamadas linfocitos, conocidas también como células B y células T. el VIH ataca principalmente a los linfocitos T4. Se dice que existe infección cuando el virus sea instalado en las células de defensa. El virus puede permanecer sin causar la enfermedad, en ese momento está latente, pero puede activarse y debilitar el sistema inmunológico, dando la oportunidad a algunas enfermedades para desarrollar y manifestarse. (Ibiden, 2010: 106)

Transmisión del VIH.- La infección se da de una persona a otra.

Existen 3 modos de transmisión:

- Trasmisión sexual
- Trasmisión sanguínea
- Trasmisión de la madre al feto o perinatal

Trasmisión sexual.- En el hombre se encuentra en el semen y secreciones preeyaculatorias, en la mujer se encuentra en las secreciones del cuello uterino y la

vagina. La infección se produce cuando las secreciones entran en contacto con las mucosas de la pareja (mucosas genital, anal o bucal). El virus no atraviesa la piel sana, una relación puede transmitir el virus pero multiplicar, aumenta el riesgo de infección. (Ibiden, 2010: 106)

Trasmisión sanguínea.- Puede darse en los siguientes casos:

- Por transfusiones sanguíneas de sangre no controlada, es decir, que no se verifico la ausencia del virus.
- Mediante el uso de objetos punzo cortantes, jeringas y agujas infectadas.

Trasmisión de la madre al feto.- Es el principal mecanismo de infección de niños y niñas, la trasmisión puede ocurrir en el útero o durante el parto, a través de la leche materna y la lactancia.

El VIH no se trasmite:

- Mediante el aire, la saliva, tos o estornudos.
- Por compartir cubierto, vasos , platos, por el uso del baño público, asientos , inodoros, piscinas, estrechar las manos, abrazar, besar y tocar a otra persona, sudor, lagrimas, contacto casual, en ducha, vestuarios, comederos.
- Por animales e insectos (perro, gato, mosquito).
- En la preparación de alimento y bebidas.

Eficacia del condón en la prevención de la trasmisión del VIH

La eficacia del condón para prevenir la infección por VIH, usado de forma correcta (en la totalidad de las relaciones sexual que se tenga y realizados los pasos necesarios para su uso), es cercana al 100%, por otro lado ofrece también la ventaja de proteger embarazos no planificados. La posibilidad que ofrece de proteger del ITS, VIH-SIDA y embarazos no deseados es llamada doble protección.

- Medidas de detección del VIH

Si una persona ha estado expuesta a la infección por VIH, a través de cualquiera de los medios de infección, debe aplicarse la prueba de infección por VIH. Prueba de lisa o prueba de carga viral cualitativa. (Ibiden, 2010: 107)

- Periodo de ventana

Se llama periodo de ventana, al tiempo que hay entre el momento de exposición al VIH y la producción de anticuerpos. Se sabe que se necesita de tres a nueve meses para producir los anticuerpos frente al VIH, esta fecha comienza a contarse a partir del momento que se tuvo la conducta de riesgo.

- Persona seropositiva

Una persona es seropositiva cuando en su organismo tiene anticuerpo contra el virus que causa el SIDA. Ésto indica que la persona ha estado en contacto con el virus, que vive con el, que está infectada que es portadora y que puede transmitirlo a otras personas. (Ibiden, 2010: 107)

- Primeros síntomas de VIH

Medida que la infección avanza se puede presentar los siguientes síntomas:

- Diarrea persistente
- Pérdida de peso injustificada
- Pérdida de apetito
- Fatiga constante
- Ganglios linfáticos inflamados
- Fiebre recurrente
- Sudores nocturno
- Manchas blancas en la boca (condiloma)

4.4. ADOLESCENCIA

La adolescencia, como período vital y social, se puede referenciar como un período de “reindividuación sexual”, en el que dominan unos cambios guía: pasar de un cuerpo de niña/o a un cuerpo de mujer/varón; transformar una identidad infantil en una identidad adolescente; sustituir el núcleo funcional familiar por el núcleo funcional externo; el deseo sexual, como investimento erótico del “otro”, se convertirá en el motor vivencial que con más fuerza organizará el mundo de los

afectos y sentimientos. (Mitjans, 2005: 22)

No hay que olvidar que etimológicamente, adolescencia quiere decir padecimiento, encontrarse a sí mismo de nuevo es la difícil tarea en la que está inmerso todo adolescente, puesto que se encuentra influenciado por su grupo de pares, pero por otra parte esta su familia donde existen reglas, a las cuales ellos en su mayoría no quieren seguir o acatar.

Como se evidencia, la adolescencia y juventud, son etapas de desarrollo de grandes transformaciones, en el camino hacia la plena autonomía que recorren los seres humanos, estas transformaciones físicas y cognitivas, se encuentran mediadas social y culturalmente, lo que le otorga cierta particularidad y en base a la cual adolescentes y jóvenes dan un paso más en la configuración de su identidad. No debe desconocerse tampoco la influencia social en cuanto a consumos culturales que condicionan muchas veces los patrones conductuales y la existencia de subculturas conformadas a través de su identidad como estudiantes.

En términos de rango etéreo se han ofrecido múltiples categorizaciones, dependiendo del área desde la que se aborde, en términos de políticas por ejemplo se diferencia la adolescencia entre los 10 y 18 años y la juventud entre los 19 y 24 años, normativamente la mayoría de edad se asume desde los 18 años, lo que repercutiría sobre la capacidad de ejercicio de los derechos ciudadanos.

Académicamente hay quienes han dividido este periodo en temprano, medio y tardío. Todas las divisiones de manera evidente tienen un carácter didáctico, que responde a objetivos específicos, pero que, sin embargo, deben asumirse cada vez con mayor cuidado, pues las características de la adolescencia y juventud se van modificando de acuerdo a procesos sociales y económicos, así por ejemplo, aunque se considera como un elemento fundamental de la culminación de la adolescencia y juventud, el logro de la autonomía e independencia, los periodos de permanencia en el núcleo

familiar se han ido alargando cada vez más, provocando una moratoria en la independencia, aspecto que tiene que ver con condiciones económicas y de mercado que han reducido las oportunidades de los y las jóvenes para incorporarse en el mercado laboral. Ésto hace que una vez más debamos comprender la adolescencia y juventud como construcciones sociales, a las cuales se les ha dado un significado y se ha ajustado para su correspondencia con los cambios físicos y cognitivos principalmente. (Ibiden, 2010: 90)

4.4.1. Cambios en las Etapas de Desarrollo:

Cambios Físicos

Los cambios físicos empiezan en la etapa de la pubertad, con el aumento de tamaño corporal de manera rápida, por lo cual les cuesta ajustarse a estos cambios, pero de manera pasajera, pierden el control de sus movimientos, chocan con los muebles o rompen objetos de vidrio con frecuencia pero de manera involuntaria. Junto con esto aparece el estadio “pre pubertad”, con la aparición de los caracteres sexuales secundarios, como vello pubiano y en axilas, aumento de las mamas, etc.

– Características físicas en las mujeres

En las mujeres crecen los senos y se ensanchan las caderas, aparecen los vellos en el pubis en las axilas, aproximadamente a los 2 años después de estos cambios se inicia la menarquía (llamada así a la primera menstruación), es la señal que la niña se convirtió en mujer, llevando consigo una gran responsabilidad; pues a partir de ese momento esta fisiológicamente preparada para ser madre.

La menstruación es un flujo sanguíneo o la salida de sangre por la vagina por lo general tienen lugar cada 28-32 días aunque varía de una persona a otra, el periodo

entre una menstruación a otra se llama ciclo menstrual, la primera menstruación sucede entre los 10 a 12 años, y éstas suelen ser irregulares, incluso pueden desaparecer por un tiempo, posteriormente el ciclo menstrual se va normalizando.

Tener la menstruación es un hecho normal, es una señal de que el organismo está bien, de que no estás embarazada y que te encuentras en la época reproductiva de tu vida. Los cólicos durante la menstruación que sufren muchas mujeres se deben a la contracción de los músculos internos los cuales expulsan el contenido de sus paredes. (Ibiden, 2010: 92)

– Características físicas en los hombres

En los hombres la espalda se ensancha, la voz se hace más grave, aparecen vellos en el pubis en las axilas, y a veces en el pecho, también aparece en el rostro (barba y bigote), crecen los genitales, los órganos internos se desarrollan, los testículos empiezan a producir espermatozoides y alrededor de los 2 años puede darse la función de la eyaculación esto nos da a entender que el hombre está apto para reproducir, es decir para procrear o embarazar, por eyaculación se entiende que es la salida del semen el cual es expulsado por el pene, que por lo general se produce cuando el varón experimenta el orgasmo.

Es normal que los adolescentes presenten eyaculaciones mientras duermen, son involuntarias y normales (sueños húmedos), no representan ningún peligro.

Cuando el chico por primera vez eyacula le sale un líquido claro pegajoso, pero luego se vuelve lechoso y espeso, no tiene mal olor; saliendo en poca cantidad en forma de chorros, lleno de espermatozoides los cuales pueden fecundar al óvulo y dar inicio a una nueva vida. (Ibiden, 2010: 92)

– Cambios psicológicos

En el funcionamiento psicológico, las dimensiones más destacadas del desarrollo adolescente se dan en el plano intelectual, sexual, social y en la elaboración de la identidad. Con la finalidad de facilitar la sistematización de sus características, analizaremos la evolución que presentan a través de tres fases. No se trata de secuencias rígidas, pues las aceleraciones y desaceleraciones de los procesos dependen, de las diferentes subculturas, la situación socioeconómica, los recursos personales y tendencias previas, los niveles alcanzados de salud mental y desarrollo biológico, las interacciones con el entorno, y, entre estas, las relaciones de género y las relaciones intergeneracionales. Habitualmente, las fases del período adolescente han sido denominadas Fase puberal, Adolescencia media y Adolescencia tardía. Preferimos identificar esta última como Fase Final del periodo adolescente.

En la tabla N° 1, se presenta de forma esquemática cambios relevantes que pueden reconocerse en las tres principales fases de la adolescencia. (Krauskopof, 2000: 9)

Tabla N° 1

Fases de la adolescencia

Temprana (10 - 13 AÑOS) Preocupación por lo físico y emocional

- Duelo por el cuerpo y por la relación infantil con los padres
- Reestructuración del esquema e imagen corporal
- Ajustes a emergentes cambios sexuales físicos y fisiológicos
- Estímulo de las nuevas posibilidades que abren estos cambios
- Necesidad de compartir los problemas con los padres
- Fluctuaciones del ánimo
- Fuerte autoconciencia de necesidades
- Relaciones grupales con el mismo sexo
- Movimientos de regresión y avance en la exploración y abandono de la dependencia

Media (14 - 16 AÑOS) Preocupación por la afirmación personal social

- Diferenciación del grupo familiar
- Duelo parental por la pérdida del hijo fantaseado
- Deseo de afirmar el atractivo sexual y social
- Emergentes impulsos sexuales
- Exploración de capacidades personales
- Capacidad de situarse frente al mundo y a si mismo
- Cuestionamiento de aspectos comportamentales y posiciones previas
- Preocupación por lo social
- Grupos heterosexuales
- Interés por nuevas actividades
- La pareja como extensión del yo
- Búsqueda de autonomía

Final (17 - 19 AÑOS) Preocupación por lo social

- Búsqueda de afirmación del proyecto personal-social
- Reestructuración de las relaciones familiares
- Locus de control interno
- Desarrollo de instrumentos para la adultez
- Exploración de opciones sociales
- Avance en la elaboración de la identidad
- Duelo parental por la separación física
- Grupos afines en lo laboral, educacional, comunitario
- Relaciones de pareja con diferenciación e intimidad
- Capacidad de autocuidado y cuidado mutuo

4.4.2. Embarazo en la Adolescencia

El embarazo adolescente, generalmente no planificado y no deseado, supone un

impacto negativo sobre la condición física, emocional y económica de la joven, además de condicionar, definitivamente, su estilo de vida, por lo que constituye para las jóvenes que resultan embarazadas un problema más social que médico.

Diferentes estudios han puesto de manifiesto que el embarazo adolescente es un embarazo no deseado, observándose variaciones según el entorno sociocultural analizado y así, en nuestro país se considera que alrededor del 60-70% de los embarazos adolescentes son no deseados, mientras que en Estados Unidos este porcentaje alcanza el 95%. Las cifras de embarazo adolescente son verdaderamente preocupantes constituyendo un problema que afecta, no sólo a los países en vías de desarrollo, sino a las sociedades más desarrolladas. (Rada, 2001: 817)

4.4.2.1. Causas del Embarazo Adolescente

El embarazo adolescente tiene orígenes multicausales y por ello requiere múltiples soluciones. No obstante hay dos hechos que son determinantes al analizar las causas del embarazo en adolescentes:

1. El inicio, cada vez más precoz de las relaciones sexuales.
2. No utilización de método anticonceptivo eficaz.

- **Inicio Precoz de las Relaciones Sexuales.-** Actualmente la edad media aproximativa de la primera relación coital es de 16 años para los chicos y 17 años para las chicas. Este resulta ser un dato bastante constante en nuestro medio, no encontrando grandes diferencias según el ámbito geográfico de la juventud española, que inicia sus relaciones sexuales coitales entre los 16 y 17 años según han informado diferentes autores. (Ibiden, 2001: 819)

- **No Utilización de Anticoncepción.-** Habida cuenta de que cuanto más joven es la mujer menos relaciones sin protección necesita para quedarse embarazada, es fácil concluir que la no utilización de método anticonceptivo alguno supone el factor causal más importante para el embarazo adolescente. Para muchos, el verdadero

problema del embarazo adolescente radica en que esta población no utiliza medidas anticonceptivas por falta de educación sexual, por desconocimiento de los métodos disponibles, por ignorancia en cuanto al peligro del embarazo y por la difícil accesibilidad a los métodos anticonceptivos.

Factores que inciden en la escasa utilización de anticoncepción en esta época de la vida:

Falta de previsión.- Las primeras relaciones sexuales son espontáneas, no planeadas, lo que dificulta la utilización de algún método anticonceptivo, al mismo tiempo que parece haberse observado una débil motivación, por parte de los jóvenes, para su uso. Así como la menarquia y el inicio de las relaciones sexuales se han adelantado, no parece ocurrir lo mismo con la madurez psicológica de los jóvenes, muchas veces poco conscientes del riesgo que asumen. De hecho, el 30-35% de las primeras relaciones coitales se realizan sin protección anticonceptiva. En otras ocasiones la no utilización de método anticonceptivo no obedece a falta de previsión sino, más bien, a la asunción de comportamientos de riesgo, propios de esta edad. La falta de previsión ante las primeras relaciones sexuales está más ligada con la percepción, que los jóvenes tienen sobre su propia sexualidad, y así aquellos que se consideran a sí mismas incapaces de ser sexualmente activas tienen mayor riesgo de embarazo que los que asumen esta posibilidad y toman precauciones. (Ibiden, 2001: 821)

Falta de Educación Sexual.- La falta de una adecuada educación e información sexual explica, en la mayoría de las ocasiones, la alta incidencia de gestación adolescente. La responsabilidad de padres, profesores, sanitarios, de la sociedad en fin, se diluye y los jóvenes obtienen la información sobre los métodos anticonceptivos de sus amigos, medios de comunicación, etc. Los padres, primeros responsables en materia educativa, delegan con demasiada frecuencia su responsabilidad a terceras personas haciendo dejación de su derecho y su deber de educar a sus hijos. De hecho, y según datos reflejados en el “Análisis del

Cumplimiento”, el 51% de las jóvenes obtiene información sobre los métodos anticonceptivos de los medios de comunicación, el 49% lo hace de sus amigas, mientras que el 15% se “entera” a través de sus padres y, únicamente, un 3% lo hace de los médicos o agentes sanitarios. Es de señalar que el sistema educativo no figura entre las fuentes de información de nuestras jóvenes, hecho que debería de hacer reflexionar, profundamente, a las autoridades responsables. (Ibiden, 2001: 812)

4.4.3. Repercusiones del embarazo adolescente

Cuando el embarazo de la joven se descubre o se hace saber los adultos, habitualmente sus padres, toman partido de inmediato en la situación con actitudes, la mayoría de las veces, de acogimiento y comprensión si bien en algunas ocasiones la primera reacción es de violencia y rechazo. Según diferentes estudios hasta un 22% de las jóvenes embarazadas sufre algún tipo de violencia durante su proceso de embarazo, siendo en la mayoría de las ocasiones, el agresor un miembro de la familia. Estos datos y observaciones han inducido a que algunas autoridades sanitarias realicen la recomendación de investigar, rutinariamente, la existencia de abusos sexuales, físicos y violencia doméstica.

Cuando la decisión que la joven y/o su entorno familiar adoptan es la de continuar con el embarazo, hay que tener presente que los riesgos o complicaciones de carácter obstétrico y médico son pequeños comparados con los problemas sociales y económicos que, además, pueden tener efectos, a largo plazo, sobre la salud de la adolescente. (Ibiden, 2001: 828)

Prevención del Embarazo Adolescente

Resulta evidente que el embarazo es consecuencia de las relaciones sexuales pero hay que señalar que el embarazo adolescente es mucho más probable allí donde se les niega la anticoncepción a los jóvenes y donde no se les ofrece información sobre la

sexualidad y sus consecuencias.

- **Prevención Primaria.-** Supone la base de la prevención y procura actuar sobre los factores de riesgo que favorecen u originan la aparición del problema. Una vez analizadas las causas del embarazo adolescente, y conscientes de que hay factores difíciles de modificar (estado socioeconómico), proponemos una actuación dirigida a implementar los programas de educación sexual y mejorar la accesibilidad de los jóvenes a los métodos anticonceptivos.

– Programas de Educación Sexual

Los padres, primeros responsables en materia educativa, delegan con demasiada frecuencia su responsabilidad en terceras personas haciendo dejación de su derecho y deber de educar, en materia de sexualidad, a sus hijos. La consecuencia de este hecho es que hasta el 57% de los padres no hablan de temas de sexualidad con sus hijos y que hasta el 50% de éstos obtienen información sobre esta materia de sus amigos o medios de comunicación. La sociedad, en su conjunto, puede tener derecho a preservar unos valores éticos y culturales que le han sido transmitidos y considere que no debe facilitar información a los jóvenes, creyendo que los adolescentes no deben tener relaciones sexuales y, por ello, no necesitan información o bien que la información pueda suponer un aliento a mantener relaciones sexuales. Las actitudes de ciertas sociedades modernas han demostrado lo erróneo de esta presunción, poniendo de manifiesto que el fenómeno habitual es el contrario: a mayor educación e información sexual menor tasa de embarazo adolescente. Un ejemplo lo tenemos en Suecia donde, tanto la tasa de embarazos como la de IVES en adolescentes, disminuyó de forma notoria a partir de la promulgación de la Ley que obligaba a impartir Educación Sexual en las escuelas.

Otras experiencias similares llevadas a cabo en Holanda o en EEUU han demostrado

que el hecho de proporcionar consejo anticonceptivo a los jóvenes no parece promocionar, de forma significativa, el inicio de las relaciones sexuales entre los no activos, si bien aumenta, significativamente, el empleo de métodos anticonceptivos entre los sexualmente activos. (Rada, 2001: 833)

– Mejora de la accesibilidad a los métodos Anticonceptivos

Esta debe ser una responsabilidad que asumamos los profesionales sanitarios considerando, además, que no es suficiente con prescribir un determinado método sino que, también, hay que dialogar e informar, faceta en la que los jóvenes no encuentran la respuesta esperada para sus necesidades.

Los servicios tradicionales de Planificación Familiar han jugado un importante papel en la prevención del embarazo adolescente, pero todavía queda mucho por hacer. Debemos innovar estos servicios, para reducir el impacto social desfavorable de la fertilidad adolescente, dotándolos de nuevas estrategias de captación, relación y responsabilidad.

- **Prevención Secundaria.-** El embarazo adolescente necesita una mayor atención sanitaria para prevenir y tratar las incidencias que lo complican haciendo especial énfasis en los programas de Educación Sanitaria, puesto que se ha demostrado que las jóvenes embarazadas acogidas en los programas de Educación Prenatal presentan una menor incidencia de morbi-mortalidad, materna y perinatal, y utilizan más los métodos anticonceptivos después del parto.

- **Prevención Terciaria.-** Es responsabilidad de la Administración proveer y garantizar los recursos necesarios a las madres adolescentes para que las repercusiones, a corto, medio y largo plazo, de su maternidad sean lo menos graves posibles. Son necesarias políticas comunitarias de acogida a estas madres que

posibiliten la continuación de sus estudios y formación, de forma que alcancen el desarrollo socioeconómico que les corresponde. La mejora de las condiciones socioeconómicas es uno de los caminos más importantes para resolver este espinoso problema. (Ibiden, 2001: 835)

4.5.- HABILIDADES

Es la capacidad y destreza para realizar algo, que se obtiene en forma innata, o se adquiere o perfecciona, en virtud del aprendizaje y la práctica. Las habilidades o destrezas pueden darse en múltiples ámbitos de la vida, ya sea en el deporte, en las artes, en las ciencias, en las actividades manuales, etcétera. Todas las personas tienen una o más habilidades y es muy poco probable que alguien posea grandes habilidades en todos los campos. (Ibiden, 2010: 125)

4.5.1. Habilidades Para la Vida

Es importante destacar que las habilidades para la vida y todos sus elementos fueron tomadas en cuenta para cumplir con el la “Guía de capacitación en Liderazgo y Sexualidad para Jóvenes”. Este modelo, es un enfoque centrado en el desarrollo de las aptitudes necesidades para tener un comportamiento eficiente y positivo, que permita enfrentar eficazmente los retos cotidianos y hacernos cargo de las decisiones que afectan nuestra vida y nuestra salud. Según Pick históricamente se trata de un enfoque que ha ido evolucionando y juntando diferentes orientaciones de tipo teórico como metodológico, alienadas siempre al desarrollo de capacidades (Ibiden, 2011: 89) centrándose en diferentes poblaciones y con resultados positivos en su aplicación.

El enfoque de adquisición de habilidades para la vida intenta ayudar a los jóvenes a tener mayor control sobre su comportamiento, en comparación con la influencia que reciben de los medios de comunicación (música, formas de vestir, modas.) o del grupo de pares o de la pertenencia a comunidades juveniles, basadas en consumos

culturales, y que desarrollen un sentido analítico respecto a estas influencias externas, que les permita elegir entre las diferentes opciones. Los programas de desarrollo de habilidades para la vida, se basan en la teoría de aprendizaje social. Esta teoría promueve las oportunidades para procesar y estructurar las experiencias vitales adquiridas, aplicarlas y aprovecharlas en forma activa.

Habilidades para la vida se clasifican en habilidades sociales, habilidades cognitivas y para el control de emociones:

H A B I L I D A D E S	Habilidades Sociales	Habilidades cognitivas	Habilidades para el manejo de emociones y estructura afectiva.
	Habilidades de comunicación. Habilidades de negación/rechazo. Asertividad. Habilidades para el establecimiento de relaciones. Habilidades conversacionales. Desarrollo de la empatía.	Habilidades para toma de decisiones. Habilidades para la resolución de problemas. Habilidades de pensamiento y análisis crítico. Identificación y cuestionamiento de creencias y pensamientos irracionales.	Manejo del estrés. Manejo de emociones y generación de conductas alternativas. Desarrollo del locus de control interno. Reconocimiento de emociones. Autovaloración. Autoestima. Autoimagen. Autoconocimiento. Tolerancia a la frustración.

Entre las primeras están la comunicación, la negación/rechazo, la asertividad, la habilidad para establecer relaciones interpersonales sanas, la cooperación y la empatía. Entre las cognitivas se encuentran la toma de decisiones/solución de problemas, la planeación, las habilidades de pensamiento crítico, el análisis de la influencia de sus pares y los medios de comunicación, el análisis de las normas personales y crecimientos sociales, la autoevaluación y clarificación de valores. Por ultimo entre las habilidades para el control de emociones están el autoconocimiento y manejo de emociones, el locus de control interno y el control de estrés. Idealmente en los procesos de educación para la vida se aspira a la aplicación del aprendizaje

(conceptual, actitudinal y conductual), vinculado a un contexto para dar lugar a una experiencia significativa. (Ibiden, 2010: 125)

4.5.1.1. La autoestima.

Se encuentra dentro de las habilidades emocionales. Es la evaluación del conjunto de cualidades y características que una persona utiliza para describirse a sí misma. (Evaluación de autoconcepto) es pensar bien de nosotros mismos, es querernos realmente, es decir la suma de: confianza y respeto a mí mismo. (Ibiden, 2010: 125)

4.5.1.1.1. Importancia de la autoestima

La autoestima entendida como una actitud positiva de la persona hacia sí misma, es fundamental en el crecimiento armónico de la salud humana. Autoestima, acarreado valoración hacia uno mismo, viene a ser como ha dicho algún psicólogo, el sistema inmunitario de la vida psíquica. La presencia de la autoestima asegura recursos y los potencia, en la vida personal, para hacer frente a los conflictos, enfermedades, desafíos de la vida. La ausencia de autoestima, o su leve intensidad en la persona, acompaña generalmente a una amplia gama de trastornos psicológicos de origen neurótico que dificultan el desarrollo de la vida personal, individual y social. Los mensajes, que percibimos de nuestra sociedad impregnados de nuestra cultura, nos dan la sensación de que la autoestima es frecuente, abundante, habitual, en nuestras reacciones intra e interpersonales. Si miramos más de cerca y más adentro en el hombre, constataremos con dolor que la autoestima esta ausente en nuestra estructura personal. Mi experiencia de 25 años en el ámbito de la psicoterapia me lleva a constatar que lo más frecuente en consulta diaria es evidenciar la falta de autoestima de los pacientes. Es verdad que se da una autoestima aparente, defensiva, sobrevalorada e incluso agresiva. Detrás de esa fachada no hay más que la ruina personal de una autoestima agonizante, de una ausencia de amor de la persona hacia sí misma, disfrazado de compulsión hedonista, parece que existe amor en nuestras

decisiones y conductas, en realidad muchas de esas conductas no son más que la defensa aparente de un profundo y doloroso desamor hacia uno mismo. (Serrano, 2002: 107)

Tipos de autoestima – características:

- Autoestima baja: No se defiende, complace para ser aprobado, no se halla, triste, inseguro, se ofende fácilmente, sin metas, acomplejado, pasivo, temeroso, sufrido, se aísla, derrotista: sentimientos negativos. La gente de baja autoestima, no conoce ni respeta sus propios derechos.
- Autoestima baja agresiva: Criticón, sin control ofensivo, superficial, inseguro egoísta, envidioso, agresivo, irresponsable e impositivo, el presumido, engreído o prepotente tiene en realidad una baja autoestima. Necesita sobresalir, aparentar y llamar la atención para sentirse importante. La gente de baja autoestima agresiva, no conoce ni respeta los derechos de los demás.
- Autoestima mediana: Tímido sale de paso conformista indeciso apático, tibio, irresponsable, metas inconclusas, no intenta cambiar indiferente.
- Autoestima alta: Ama la vida, controla su agresividad e instintos, confía en sí mismo, es comprensivo, piensa antes de hablar y actuar es asertivo, se adapta, reconoce lo bueno en los demás se siente bien consigo mismo, corrige sin lastimar, acepta sus errores y aprende de ellos se defiende sin agredir, responsable, activo lleva las riendas de su vida. (Ibiden, 2010: 126)

4.5.1.2. Comunicación asertiva.

Se define como la comunicación de las opiniones, creencias, sentimientos y deseos personales de una forma directa, honrada y adecuada, es un proceso de intercambio de información, de pensamiento y sentimiento en una situación cara a cara. Este

proceso permite relacionarnos y establecer lazos de afecto, de igualdad o de supuesta superioridad, de confianza o desconfianza. Permite también expresar y ejercer nuestros derechos. La comunicación tiene un nivel verbal expresado a través de las palabras, y un nivel no verbal dado los gestos, posturas, movimientos, tono de voz, ritmo, respiración, etc. La coherencia entre los mensajes verbales y los no verbales va a favorecer una comunicación positiva y productiva. La asertividad, es vista como una herramienta para lograr relaciones interpersonales más satisfactorias. (Ibiden, 2010: 131)

Los componentes de la aceptación asertiva son: contacto visual, afecto, volumen de voz, expresiones de elogio o aprecio, expresión de sentimientos personales y conducta positiva recíproca.

4.5.1.3. Toma de decisiones

La toma de decisiones es el proceso durante el cual la persona debe escoger entre dos o más alternativas. En todos los momentos de la vida se suelen tomar decisiones que afectan los planes de vida. Se toman decisiones sobre situaciones de la vida cotidiana, como qué ropa o peinado utilizar y también sobre aquellas situaciones que tienen que ver con el futuro, como que carrera u oficio estudiar y qué rumbo darle al desarrollo de la sexualidad. La toma de decisiones incluye un proceso racional, principalmente de análisis, evaluación y comprensión de las alternativas, variables, soluciones, etc., para conseguir una meta específica, que depende sobre todo de la información con la que se cuente.

Pasos para tomar decisiones.

- Necesidad de una decisión: Reconocer que necesita tomar una decisión.
- Identificar los criterios de decisión: Elementos priorizados de la situación.
- Asignar peso a los criterios: Priorizar el elemento de mayor importancia.

- Desarrollar todas las alternativas: Considerar ventajas y desventajas de las alternativas.
- Seleccionar la mejor alternativa: Observar y elegir la alternativa que considere mejor y tomar la decisión. (Ibiden, 2010: 132)

4.5.1.4. Plan de vida

Plan de vida es el proceso en el que se establecen metas, prioridades. La planeación involucra todas aquellas acciones que determinan los objetivos para el futuro y los medios apropiados para conseguirlos. El planteamiento también considera los objetivos, las acciones, los recursos y la implantación, así como los pronósticos del futuro y el presupuesto.

Existen objetivos a corto plazo, a largo plazo y también hay objetivos de vida. Los objetivos a corto plazo son por ejemplo: ir de excursión el fin de semana. Viajar un fin de mes, estudiar para el examen de la próxima semana, etc. Los objetivos a largo plazo son por ejemplo salir bachiller, estudiar una carrera técnica o universitaria, tener una casa propia, casarse o convivir, tener hijos, entre otros. Los objetivos de vida están relacionados por ejemplo con el deseo de ser feliz. (Ibiden, 2010: 141)

Plan de vida es una herramienta que al utilizarla cada día ayuda a tener mayor control y autonomía, respecto a la vida diaria en cuanto al entorno.

4.5.1.5. El Liderazgo.

Acentuando la importancia de una de las habilidades que orienta al adolescente a tener el timón en la vivencia de la sexualidad, resaltamos el tema del liderazgo. Existen dos grandes dimensiones de conducta del líder: consideraciones e iniciación de estructura. “La consideración hace referencia al grado en el que el líder se interesa

por el bienestar, satisfacción y los sentimientos de los seguidores, cuando esta dimensión tiende a ser alta, el líder se caracteriza por tener una gran disponibilidad para escuchar a los subordinados y permitir su participación en la toma de decisiones. La iniciación de estructura se refiere al grado en el que el líder explica y define su propio papel y permite que los seguidores averigüen lo que se espera de ellos. En este caso el líder facilita y provoca las interacciones en el grupo, que tiendan a la obtención de las metas del mismo. El líder que se caracteriza por esta conducta asigna a los miembros del grupo tareas concretas y espera que los trabajadores mantengan conductas perfiladas y definidas para la consecución de las metas propuestas”. (Navajas y Morela, 1994: 54).

El liderazgo.- Implica una relación de influencia particular entre componentes del grupo y la influencia del líder depende al menos de dos factores: su competencia percibida por los seguidores para lograr las metas grupales y su conformidad inicial a las normas del grupo. (Ibiden, 1994: 54)

Como observamos son varios los autores que definen el liderazgo y cada uno de estos tiene una visión diferente de la definición, si pidiéramos a 10 escritores de renombre que definan el liderazgo, probablemente nos encontremos con 10 respuestas diferentes, sin embargo el concepto más claro, sencillo y contundente es el que nos ofrece una de las eminencias en el tema de formación de líderes como lo es John C. Maxwell (1996), el cual nos dice que “liderazgo es influencia, eso es todo, nada más ni nada menos” (Maxwell, 1996: 7). La mayoría define el liderazgo como la capacidad de alcanzar una posición, no de obtener seguidores. Por lo tanto van detrás de una posición, rango o título, y cuando los adquieren piensan que ya son líderes. Esta forma de pensar crea dos problemas comunes: los que poseen el estatus de líder pero no tienen seguidores y los que tienen pero no cuentan con los títulos ni rango.

Como John C. Maxwell manifiesta: “el que piensa que dirige y no tiene a nadie

siguiéndole, solo está dando un paseo” (Ibiden, 1996: 7)

4.5.1.5.1. Tipos de Líderes.

- **Líderes por Posición.-** Son aquellas personas que hablan primero, generalmente interrumpen a los demás porque se creen con el derecho de hacerlo, necesitan de la influencia del verdadero líder para que las cosas se lleven a cabo, y sólo influyen a los otros líderes por su posición ganada por el poder que tienen.
- **Líderes Verdaderos.-** Son aquellas personas que hablan después que todos lo hacen, no necesitan opacar a otros individuos para resaltar, sólo necesitan de su propia influencia y presencia para que las cosas se hagan como lo desea, tienen influencia de todos en la sala, aunque no mencione ninguna palabra; todos esperan de sus comentarios para que les sirva de guía.

V.-METODOLOGÍA

5.1. TIPIFICACIÓN DE LA PRÁCTICA INSTITUCIONAL

La práctica institucional (P.I.) fue desarrollada en el área de la “Psicología Educativa”, se puede decir según Ausubel la educación es el conjunto de conocimientos, órdenes y métodos por medio de los cuales se ayuda al individuo en el desarrollo y mejora de las facultades intelectuales, morales y físicas. La educación no crea facultades en el educando, sino que coopera en su desenvolvimiento y precisión (Chaves, 2001: 15), este concepto va dirigido a como enseñar para que el adolescente tenga un aprendizaje significativo y productivo, en este caso sobre el tema de la sexualidad.

5.2. POBLACIÓN BENEFICIARIA

La población beneficiaria, del programa son 220 estudiantes que cursan el nivel secundario de las Unidades Educativas “Lindauro Anzoátegui de Campero, y San Luis”, los cuales están compuestos por los siguientes cursos: primero (2 paralelos), segundo (1 paralelo), tercero (6 paralelos), cuarto (1 paralelo). La razón por la que se trabajó con esta población es por que se presume que los estudiantes no tuvieron un suficiente abordaje en el tema de la sexualidad; además, los estudiantes del colegio San Luis, pertenecen a la zona periurbana del barrio con el mismo nombre. La selección de los establecimientos fue en base a las consideraciones de los educadores del CIES. Se estima que la población corresponde a un nivel socio-económico que oscila entre medio y bajo.

Es importante resaltar que la U.E. San Luis esta ubicado aldeaño al barrio Temporal, y el colegio Lindauro Anzoátegui de Campero se encuentra en la zona central del barrio “Las Panosas”, sobre la Suipacha entre Virginio Lema y 15 de Abril.

5.3. DESCRIPCIÓN SISTEMATIZADA DE LA P.I.

La P.I. se realizó a inicio del año 2013 desarrollando las siguientes fases:

1º fase: Primer Contacto con la Institución.

En esta primera fase, se llevó a cabo una coordinación con los educadores del CIES para la asignación de los colegios y cursos con los que se ejecutó la práctica institucional, además para saber la fecha de la capacitación, que se realizó a la practicante.

2º fase: Validación del Programa Educativo.

En esta fase se dio la validación del programa educativo que estuvo adaptado a las distintas necesidades y demandas de conocimiento sobre sexualidad en los estudiantes que asisten a las U.E. “Lindaura Anzoátegui de Campero”, y “San Luis”.

El programa esta dividido de la siguiente forma:

ÁREA	
CONOCIMIENTO	Sexo y género.
	Salud sexual y reproductiva.
	Uso de anticonceptivos.
	Las relaciones sexuales a temprana edad.
	Embarazo no deseado en la adolescencia.
	Las infecciones de transmisiones sexuales.

3º fase: Evaluación Psicológica

En esta fase se aplicó a cada uno de los estudiantes el siguiente cuestionario: Proceso educativo de capacitación “sexualidad”.

4º fase: Asesoramiento al Grupo de Estudiantes.

En la cuarta fase se realizó una actividad de integración donde se estableció el rapport, para romper el hielo y se creó un ambiente de confianza con los estudiantes, también se dieron a conocer las diferentes actividades que se realizaron en la práctica institucional.

5º fase: Aplicación del Programa Educativo.

La duración de cada actividad fue aproximadamente de 6 horas por día, de lunes a viernes, tomando en cuenta que en el colegio San Luis se realizó en el turno tarde abarcando un tiempo de 4 horas en diferentes cursos. Por otra parte en colegio Lindauro Anzoátegui de Campero se llevó a cabo la práctica en el turno mañana se tomó 2 horas diarias con diversos cursos.

6º fase: Evaluación de los Logros Obtenidos.

En esta fase se volvió a aplicar las pruebas para medir el conocimiento final ver los efectos que tuvo todo el programa educativo en los estudiantes de las U.E. “Lindauro Anzoátegui de Campero” y “San Luis”.

5.4. MÉTODOS

El método que se usó es exclusivamente activa participativa “*definición*”, vamos a entender como la forma de concebir y abordar los procesos de enseñanza- aprendizaje y construcción del conocimiento.

Esta forma de trabajar se utilizó para mantener a los participantes como agentes activos en la construcción, del conocimiento y no como agentes pasivos, simplemente receptores. Esta metodología parte de los intereses del alumno/a además con la

contribución de todo tipo de imágenes y material audiovisual para que los adolescentes puedan adquirir de mejor forma el aprendizaje.

5.5. TÉCNICAS

- **Dinámica con animación.-** Es muy importante para realizar el trabajo con adolescentes ya que trabajan de manera activa, facilita la participación y la comunicación, además esto genera espacios de plenarios, debates, análisis, resolución de problemas reflexiones, donde se adquiere mayor conocimiento, habilidades y actitudes de las y los estudiantes. (Ibiden, 2010: 17)
- **Participación individual y grupal.-** Todos los jóvenes tienen que ser parte de la actividad, poner sus ideas de manera individual, y en otras con ayuda de sus compañeros para promover una mayor interacción entre todos. (Ibiden, 2010: 18)

5.6. INSTRUMENTOS

En la práctica institucional se aplicó el siguiente cuestionario de evaluación:

- Proceso educativo de capacitación “sexualidad”, este instrumento es usado por la institución CIES, en cual cuenta con 2 secciones:
La primera sección tienes 16 preguntas de selección cada una de ellas cuenta con tres incisos, de los cuales debe seleccionar uno.
Segunda sección son 16 situaciones hipotéticas, éstas también son opcionales en función al grado de acuerdo que tienen los adolescentes.

5.7. CONTRAPARTE INSTITUCIONAL

La institución “CIES” facilitó los recursos humanos y materiales para la P.I.

5.7.1. Recursos Humanos

- Psicólogo de la institución, el cual superviso la PI, y seguimiento del trabajo realizado; capacitación a la practicante en el manejo adecuado del “Programa de Capacitación Liderazgo y Sexualidad para Jóvenes”; retroalimentación oportunamente en el manejo de la metodología y contenido durante la ejecución del programa; también se dio el asesoramiento en la práctica y supervisión de los informes, a cargo del psicólogo designado.

5.7.2. Recursos Materiales

- Material bibliográfico, cuestionarios, rotafolio, papelógrafos, marcadores gruesos, tarjetas de cartulina, masking, bolígrafos, etc.

VI.- ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS

6.1 DIAGNÓSTICO DEL CONOCIMIENTO INICIAL

Respondiendo al primer objetivo *“Realizar una evaluación inicial del nivel de conocimiento referente a la sexualidad en estudiantes de las Unidades Educativas Lindaura Anzoátegui de Campero, y San Luis”* presentamos los siguientes datos del conocimiento que tienen los adolescentes sobre la sexualidad.

SECCIÓN N°1

CUADRO N°1
ÁREA DE SEXUALIDAD

N°	Área de sexualidad	Respuestas correctas		Respuestas incorrectas		No sabe no Resp.		total
		Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	%
1	La sexualidad está conformada por los siguientes componentes: género, erotismo, afectivo, reproductividad humana.	137	62%	80	37%	3	1%	100%
2	El género es: La construcción social a partir de la cual se asignan roles funciones a hombres y mujeres.	146	66%	72	33%	2	1%	100%

Fuente: Cuestionario de CIES

Elaboración: Propia

De acuerdo al dato más significativo en el primer ítem el **62%** respondieron satisfactoriamente, reflejando que la mayoría de los estudiantes tienen un conocimiento adecuado sobre la sexualidad y sus componentes.

Cabe mencionar que estos estudiantes tiene el conocimiento acerca de qué es el género siendo otro dato significativo se ubica en el segundo ítem el **66%**, quienes

respondieron correctamente respecto a la concepción de género. Siendo éste la serie de construcciones sociales respecto a la pertenencia o no del individuo a las categorías: masculina y femenina. (PIO, 2008: 43)

Entonces por género se puede entender que son roles que cumplimos en la sociedad de acuerdo a nuestro sexo. Se menciona que los estudiantes reconocen los roles asignados por la cultura y la sociedad las cuales están determinadas en hombres y mujeres, construidas y asignadas a través del tiempo.

Probablemente, en la actualidad se busca la equidad de género, se observan avances en esto, ya que las mujeres realizan cosas que antes solamente realizaban los varones por ejemplo: conducirán un auto, practicar el fútbol, etc. Sin embargo todavía existe algo de machismo en nuestra sociedad ya que los hombres tienen el concepto de que las mujeres son más débiles, sensibles, etc.

CUADRO N° 2

ÁREA DE SALUD SEXUAL Y SALUD REPRODUCTIVA

N°	Área de salud sexual y salud reproductiva	Respuestas correctas		Respuestas incorrectas		No sabe no Resp.		total
		Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	
3	La salud sexual es: un estado general de bienestar físico, mental y social, en todos los aspectos relacionados a la sexualidad.							
		137	62%	81	37%	2	1%	100%
4	La salud reproductiva se caracteriza por: la capacidad de disfrutar una vida reproductiva satisfactoria, con la libertad de decidir tener hijos o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia.	110	50%	103	47%	7	3%	100%
5	Una forma segura de prevenir la transmisión de ITS y VIH es: Utilizar condón en todas las relaciones sexuales.	187	85%	33	15%	0	0%	100%
6	La mejor forma de prevenir las ITS/VIH y embarazos no planificados es: utilizar condón femenino y/o masculino.	116	53%	101	46%	3	1%	100%
7	La violencia basada en género: cualquier acto de violencia que resulte o pueda resultar en daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para las mujeres y hombres.	130	59%	82	37%	8	4%	100%
8	Una forma de prevenir la violencia basada en género es: luchar por la defensa y ejercicio de los derechos y la igualdad entre hombres y mujeres.	122	56%	95	43%	3	1%	100%

Fuente: Cuestionario de CIES

Elaboración: Propia

Como se evidencia en el cuadro número dos, el primer ítem, tiene como porcentaje más relevante de **62%** de los estudiantes respondieron correctamente, lo que permite argumentar que éstos tienen un conocimiento pertinente acerca de la salud sexual, que

significa un estado general de bienestar físico, mental y social, y no la mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados a la sexualidad, así como la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria, sin más límites que los derechos del otro/a, tomando en cuenta que la sexualidad se conforma en esencia en la convivencia en la expresión y la relación entre individuos.

Por otra parte el **50%** de estudiantes dieron respuestas correctas, ante las características de la salud reproductiva, entendiéndose ésta como la capacidad de disfrutar una vida reproductiva satisfactoria, con la libertad para decidir sobre la procreación o no de hijos/hijas, cuándo y con qué frecuencia.

Revisando detalladamente el cuadro, se observa que el porcentaje más relevante fue un **85%** de estudiantes que lograron dar respuestas correctas, acerca de la forma más segura de prevenir las ITS/VIH; que es el uso del condón en todas las relaciones sexuales.

El cuarto ítem como dato más relevante fue el **53%** en respuestas correctas, determinando que más de la mitad de los estudiantes tienen el conocimiento adecuado sobre la mejor forma de prevenir las ITS/VIH y embarazos no planificados es utilizar condón femenino y/o masculino.

El condón es el único método anticonceptivo que se usa como doble protección ya que es un método de barrera temporal, tiene un 97% de efectividad si se usa siguiendo los pasos, es decir de manera correcta, además desde el inicio de la relación sexual.

El **59%** de estudiantes reflejaron tener conocimiento positivo con respecto, a la violencia basada en género indicando que: es cualquier acto de violencia que resulte o pueda resultar en daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para las mujeres y

hombres o la identidad genérica de cualquiera de ellos/ellas, incluyendo actos como coerción o privación arbitraria de libertad, ya sea que ocurra en la vida pública o privada.

El último ítem del cuadro refleja que el **56%** de estudiantes lograron responder correctamente, expresando que la forma de prevenir la violencia basada en género es luchar por la defensa y ejercicio de los derechos y la igualdad entre hombres y mujeres.

De manera general el grado de conocimiento inicial de los estudiantes es satisfactorio, es decir que poseen herramientas para cuidar su salud sexual y salud reproductiva.

CUADRO N° 3
ÁREA DE HABILIDADES PARA LA VIDA

N°	Área de habilidades para la vida.	Respuestas correctas		Respuestas incorrectas		No sabe no Resp.		total
		Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	
9	La autoestima es: la evaluación del conjunto de cualidades y características que una persona utiliza para describirse así mismo.	51	23%	169	77%	0	0%	100%
10	Una forma de mejorar la autoestima es: evaluar y revisar periódicamente las cualidades y limitaciones.	99	45%	118	54%	3	1%	100%
11	La asertividad es: la comunicación de las opiniones, creencias, sentimientos y deseos personales de una forma directa, honrada y adecuada.	92	42%	112	51%	16	7%	100%
12	Desarrollar una conducta asertiva incluye: contacto visual, volumen de voz, expresiones de elogio o aprecio.	25	11%	184	84%	11	5%	100%
13	Una forma de mejorar la toma de decisiones es: conocer los pasos para la toma de decisiones y reconocer las emociones que acompañan a la decisión.	85	39%	132	60%	3	1%	100%
14	El liderazgo es: la capacidad de influir en otros, para conseguir un objetivo común.	85	39%	126	57%	9	4%	100%
15	El plan de vida es una herramienta que ayuda a: tener más control y autonomía respecto al entorno.	138	63%	79	36%	3	1%	100%
16	Cuál de los siguientes derechos es un derecho sexual: el derecho a la integridad corporal y la autonomía en el control del propio cuerpo, la imagen y la identidad individual.	43	19%	173	79%	4	2%	100%

Fuente: Cuestionario de CIES

Elaboración: Propia

El primer ítem del cuadro número tres referente al concepto de la autoestima el **77%** de los estudiantes respondieron incorrectamente, ésto denota que los mismos necesitan recibir algún tipo de capacitación para lograr el conocimiento necesario en

esta área, reconociendo la importancia que tiene la misma, ya que esta, asegura recursos y los potencia, en la vida personal, para hacer frente a los conflictos, enfermedades, desafíos de la vida. La ausencia de autoestima, o su leve intensidad en la persona, acompaña generalmente a una amplia gama de trastornos psicológicos de origen neurótico que dificultan el desarrollo de la vida personal, individual y social. (Ibiden, 2002:107)

Otro dato relevante muestra que el **54%** siendo aproximadamente la mitad de los estudiantes, no tiene el conocimiento necesario acerca de alguna forma de mejorar la autoestima.

El **51%** de estudiantes respondieron incorrectamente a la pregunta: en qué consiste la asertividad, entendida ésta como la comunicación de las opiniones, creencias, sentimientos y deseos personales de una forma directa, honrada y adecuada. (Ibiden, 2009:33)

Apoyando al anterior porcentaje, los estudiantes no saben cómo desarrollar una conducta asertiva, pese a que ésta es una herramienta para lograr relaciones interpersonales más satisfactorias. Es decir no saben expresar lo que piensan, sienten, creen y desean de una forma correcta y sin dañar al otro. Actuando desde un estado interior de autoconfianza, en lugar de la emoción limitante de la ansiedad, la culpa o la rabia, como es la reacción de los individuos

El **60%** de los estudiantes desconocen que la mejor forma de tomar una decisión es: reconocer los pasos para la toma de decisiones y además identificar que emociones acompañan a la decisión que se va a tomar.

El **57%** de los estudiantes no pudieron contestar acertadamente respecto a ¿qué es el liderazgo?, considerando que es una de las habilidades que orienta al adolescente a tener el timón de la vivencia en la sexualidad.

Un **63%** de los adolescentes afirman saber qué es el plan de vida, reconociendo que es el proceso en el que se establecen metas y prioridades. Ésto propone que ellos se sienten motivados ante la vida proyectándose metas a largo y corto plazo, intentando priorizarlas de acuerdo a las necesidades más urgentes.

Finalmente **79%** de estudiantes contestaron incorrectamente el octavo ítem, esto demuestra que tenían un escaso conocimiento referente a los derechos sexuales, esenciales para cada uno de los seres humanos.

SECCIÓN N° 2

CUADRO N ° 4

ACTITUDES ANTE LAS TEMÁTICAS DE SEXUALIDAD, SALUD SEXUAL REPRODUCTIVA Y HABILIDADES PARA LA VIDA.

CATEGORÍA	PUNTUACIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Actitud muy negativa.	-24 a -13	2	1%
Actitud negativa.	-12 a -1	41	19%
Actitud positiva.	+1 a +12	101	46%
Actitud muy positiva.	+ 13 a +24	76	34%
	Total	220	100%

Fuente: Cuestionario de CIES

Elaboración: Propia

Revisando detalladamente el cuadro se observa que el porcentaje más significativo es el **46%**, demostrando que los estudiantes tienen una actitud positiva frente a las situaciones hipotéticas las cuales afectan la vida sexual y el cuidado de la salud sexual y salud reproductiva. A pesar de que no hayan tenido una orientación previa, los estudiantes presentan algunas habilidades para enfrentar y tratar de resolver problemas que se les presentan en la vida diaria, plasmando sus conocimientos, creencias, pensamientos, emociones y valores, etc. de manera razonable y ajustada a la temática.

Otro porcentaje significativo muestra que el **34%** de estudiantes respondieron con una actitud muy positiva. Esto denota que la temática de sexualidad, salud sexual reproductiva y habilidades para la vida tiene una percepción real. Sin embargo, el ampliar el conocimiento de la sexualidad contribuye a la educación y empoderamiento del estudiante, incentivándole a tener conductas responsables.

6.2. APLICACIÓN DEL PROGRAMA

Respondiendo al segundo objetivo de la practica institucional referido “*Desarrollar un programa de intervención en educación sexual con talleres en donde los estudiantes trabajen y reflexionen respecto a temas relacionados a: sexo y género, salud sexual y reproductiva, uso de anticonceptivos, relaciones sexuales a temprana edad, infecciones de transmisiones sexuales, ITS/VIH SIDA, propiciando la profundización de habilidades en el área cognitivo/social*”. También se describe cada una de las actividades con su respectiva ejecución y técnicas utilizadas.

PROGRAMA EJECUTADO

PRIMER MOMENTO DEL PROGRAMA

TEMA: Acercamiento inicial a los estudiantes.

OBJETIVO: Establecer rapport con los estudiantes del nivel secundario.

MATERIALES: Ninguno.

DESARROLLO: En un inicio, se realizó una presentación general, también se dieron a conocer aspectos de la institución y del proceso de la capacitación.

Para la presentación se tomaron en cuenta los siguientes aspectos:

- Presentación institucional: Se hizo una breve descripción de la institución.
- Objetivos: Se presentaron los objetivos de la práctica, la cual es “*desarrollar apoyo en educación sexual con estudiantes de 3° de secundaria del colegio “Lindauro Anzoátegui de Campero” y estudiantes de primero a cuarto de secundaria del colegio “San Luis”, (basadas en adquisición de conocimiento, reflexión y conductas para resolución de problemas)*).
- Características generales: Se presentó el esquema general del programa, mostrando los diferentes segmentos y haciendo un recorrido general por

todos los temas propuestos, sugiriendo que éstos podrán ser flexibles y ajustable a las necesidades de los estudiantes y los objetivos del colegio.

- Metodología: Se presentó la metodología activa-participativa, describiendo las características generales de las actividades y los momentos de trabajo (espacios de trabajo a través de técnicas, información, discusión, análisis, construcción y presentación de aprendizaje y evaluación): Se sugirió finalmente que el trabajo se base en poder establecer una relación de cooperación y aprendizaje conjuntos.

OBSERVACIÓN:

Los adolescentes escucharon atentamente lo que se les daba a conocer, además que sabían que CIES es un centro de salud médico-educativo.

Los estudiantes de algunos cursos de la Unidad Educativa “San Luis” inicialmente se mostraron demasiado callados y no participaban de la actividad, la mayoría de estos estudiantes provienen de la zona aledaña al barrio temporal de nuestro departamento y de familias humildes, pero después de darles la confianza y generar un ambiente agradable y motivador, participaron más activamente. A diferencia de los estudiantes del colegio “Lindauro Anzoátegui de Campero” que mostraron confianza además participaban desde el inicio de las actividades.

TEMA: PRESENTACIÓN

ACTIVIDAD: Presentación de todos los participantes y la practicante.

OBJETIVO: Establecer rapport con los participantes.

MATERIALES: Marcadores gruesos, Papelógrafo.

DESARROLLO: Para conocer características personales y cohesionar el grupo se realizó la técnica de presentación, la consigna era presentarse, respondiendo lo siguiente:

1. Nombre.
2. Música favorita.
3. Artista favorita.
4. Tiene enamorado (a).

Además del establecimiento de rapport, sirvió para que los participantes comiencen a soltarse, así participen durante todo el taller.

OBSERVACIONES:

A un inicio les fue difícil entrar en confianzas, pero una vez que se les dio la instrucción, ellos se sintieron más familiarizados y se presentaron sin mayores complicaciones. Cuando llegaban a la cuarta orden de la consigna, de que si tenían o no enamorado/a, se mostraban tímidos y avergonzados, así que se respetó su privacidad de no dar una respuesta, para no exponerlos a sus pares, ni generarles conductas de ansiedad.

Ésto sirvió para que se sientan en confianza y tuvo resultados positivos en la mayoría de los cursos, al final los estudiantes participaban más activamente siendo ellos quienes tomaban la iniciativa en las preguntas, como por ejemplo: ¿Qué tenía que ver todo esto con la sexualidad?, ¿Por qué los padres no hablan de estos temas?, ¿Por qué las personas se exacerban al hablar de sexualidad? Estas preguntas demostraban interés de los participantes sobre el tema de salud sexual y salud reproductiva en general y sobre la sexualidad específicamente.

SEGUNDO MOMENTO DEL PROGRAMA

TEMA: Diagnóstico de necesidades.

ACTIVIDAD: Recabar información de la sexualidad.

OBJETIVO: Determinar los conocimientos, percepciones y necesidades de los y las

adolescentes respecto a: la Sexualidad, Métodos anticonceptivos, ITS/VIH SIDA, Relación de pareja, Asertividad, Toma de decisiones. Esto permitirá al practicante a responder lo más posible a las necesidades de los adolescentes.

MATERIALES: Papelógrafos, marcadores gruesos, tarjetas de cartulina, masking.

DESARROLLO: En este contexto, la etapa de diagnóstico implicó varias sesiones de trabajo, respecto a la situación de los adolescentes en torno a la sexualidad.

Se conformaron cinco grupos. Con un promedio de seis participantes.

A cada grupo se le entregaron hojas de papelógrafo y marcadores gruesos. Antes de iniciar el trabajo, se advirtió a los participantes, que no existen respuestas correctas o equivocadas, que en los papelógrafos coloquen todo lo que sepan y que también está permitido poner que no se sabe sobre algún tema sobre la sexualidad.

Se trabajó bajo la técnica de lluvia de ideas, para ampliar la participación de los adolescentes.

Cada grupo trabajó sobre las siguientes preguntas:

Grupo 1: a) ¿Qué es la sexualidad?, b) ¿Cuáles son las características de la sexualidad?

Grupo 2: a) ¿Qué son los métodos anticonceptivos?, b) ¿Qué método anticonceptivos conozco y cuáles son sus características?

Grupo 3: a) ¿Qué son las Infecciones de Transmisión Sexual?, b) ¿Qué ITS conozco y cuáles son sus características?

Grupo 4: a) ¿Qué es una relación de pareja?, b) ¿Cuáles son las características de la una relación de pareja?

Grupo 5: a) ¿Qué es la asertividad? b) ¿Cuáles son las características de la asertividad?

Grupo 6: a) ¿Qué es la toma de decisiones?, b) ¿Cuáles son las características de un

proceso de toma de decisiones?

Se acompañó el trabajo de los grupos, para alentar la participación, escuchar los comentarios y orientar las dudas. Se tuvo la precaución de no transmitir ninguna información.

Concluido la fase de respuestas a las preguntas, cada grupo presentó el trabajo realizado y expusieron al culminar todas las defensas, se abrió un espacio breve para incluir algún aporte del resto del grupo.

OBSERVACIONES:

Los tiempos que exige y demandan las técnicas de la guía de Liderazgo y Sexualidad son demasiado extensos, por lo que dificulta concluir el proceso educativo en el corto tiempo que los profesores brindan. Sin embargo, se logró utilizar la técnica de lluvia de ideas, realizándose grupalmente integrándose todo el curso.

Los estudiantes no tienen un conocimiento adecuado referente a cómo vivir su sexualidad porque no identificaban de manera correcta cómo prevenir las infecciones de transmisión sexual.

TEMA: Prioridades en la vida del adolescente.

ACTIVIDAD: Qué pienso, qué siento, qué hago.

OBJETIVO: Indagar sobre las actitudes de los adolescentes en torno a los temas prioritarios que son abordados a lo largo de la práctica institucional.

Además, esta parte del diagnóstico, permite identificar creencias, emociones y conductas respecto a los temas de trabajo. Los temas priorizados en éste segmento del diagnóstico son: Sexualidad, Métodos anticonceptivos, Embarazo, ITS/VIH SIDA, Relaciones de pareja, Violencia.

MATERIAL: Papelógrafos, marcadores gruesos, masking.

DESARROLLO: Se conformaron seis grupos. A cada grupo se le entregaron hojas de papelógrafos, marcadores. Antes de iniciar el trabajo, se advirtió a los participantes, que no existen respuestas correctas o equivocadas, que en los papelógrafos coloquen todo lo que se les venga a la mente, sin restricciones. Se trabajó con la técnica lluvia de ideas, para ampliar más la participación de los adolescentes.

Cada grupo trabajó sobre las siguientes preguntas:

Grupo 1.- Sexualidad: a) ¿Qué cosas piensa sobre la sexualidad?, b) ¿Cómo me siento sobre la sexualidad? c) ¿Qué cosas hago o haría respecto a la sexualidad?

Grupo 2.- Métodos anticonceptivos: a) ¿Qué cosas pienso yo, a cerca de los métodos anticonceptivos? b) ¿Cómo me siento sobre los métodos anticonceptivos?

Grupo 3.- Embarazo: a) ¿Qué cosas pienso sobre el embarazo en la adolescencia?, b) ¿Cómo me siento sobre el embarazo en la adolescencia?, c) ¿Qué cosas hago o haría ante un embarazo?

Grupo 4.- ITS/VIH: a) ¿Qué cosas pienso sobre las ITS/VIH – SIDA?, b) ¿Cómo me siento sobre ITS/VIH – SIDA? c) ¿Qué hago o haría ante una ITS/VIH – SIDA?

Grupo 5.- Relación de pareja: a) ¿Qué cosas pienso sobre la relación de pareja? b) ¿Cómo me siento sobre una relación de pareja?, c) ¿Qué cosas hago o haría en una relación de pareja?

Grupo 6.- Violencia: a) ¿Qué cosas pienso sobre la violencia?, b) ¿Cómo me siento en relación a una situación de violencia?, c) ¿Qué cosas hago o haría ante una situación de violencia?

OBSERVACIONES:

Los estudiantes manifestaban que la sexualidad era un tabú y algo de lo que no se podía hablar con naturalidad en sus hogares ni en el colegio. Otro de los temas que les llamó la atención fue el embarazo en la adolescencia, porque argumentaban que los adolescente están en una etapa de desarrollo tanto físico como mental, de esta manera

llegaron a la conclusión que todavía no están preparados/as para traer un hijo al mundo, por lo que mencionaban que es mejor no tener relaciones sexuales o caso contrario protegerse, antes de quedar embarazadas o llegar a adquirir una ITS.

TEMA: Lo que realmente importa en los adolescentes.

ACTIVIDAD: Necesidad y demanda.

OBJETIVO: Indagar sobre las necesidades y demandas de los estudiantes en torno a los temas prioritarios sobre sexualidad, métodos anticonceptivos, ITS-VIH sida, relaciones de pareja, asertividad y comunicación, toma de decisiones.

MATERIAL: Papelógrafo, marcadores gruesos, tarjetas de cartulina, masking.

DESARROLLO: Se conformaron 6 grupos, con promedio de 6 participantes. A cada grupo se le entregó un papelógrafo, marcadores gruesos. Antes de iniciar el trabajo, se advirtió a los participantes, que no existen necesidades y demandas correctas o equivocadas, que en los papelógrafo coloquen todo lo que quieran o necesiten saber y que crean que les ayudarán a vivir más plenamente su sexualidad.

Se trabajó con la técnica lluvia de ideas, para ampliar lo más posible la participación de los adolescentes; para esto se distribuyeron tarjetas de cartulina a los participantes en las que anotaron libremente sus demandas.

Cada grupo trabajó sobre las siguientes preguntas:

Grupo 1: a) ¿Qué necesito o quiero saber sobre sexualidad?

Grupo 2: b) ¿Qué necesito saber sobre métodos anticonceptivos?

Grupo 3: c) ¿Qué necesito saber o quiero saber sobre las infecciones de transmisión sexual y el VIH-SIDA?

Grupo 4: d) ¿Qué necesito o quiero saber sobre relaciones de pareja?

Grupo 5: e) ¿Qué necesito o quiero saber sobre asertividad y comunicación?

Grupo 6: f) ¿Qué necesito o quiero saber para tomar decisiones?

Se explicó que los estudiantes sean específicos en la expresión de sus necesidades y demandas.

Al culminar con la actividad, se abrió un espacio breve para algunos aportes del resto de los estudiantes.

OBSERVACIONES:

Se realizó la actividad conformando los grupos, y utilizando la técnica lluvia de ideas, con la cual se pudo detectar las principales necesidades: relaciones de pareja en la etapa de enamoramiento, prueba del amor, por otra parte los métodos anticonceptivos su uso correcto, y cuál es la forma de protegerse mejor. Aunque al inicio les fue difícil expresar sus necesidades no sabían cómo decirlo porque muchos de ellos tenían vergüenza, timidez y otros decían que necesitaban saber todo sobre la sexualidad, entonces se explicó que tienen que ser específicos y claros al expresar sus necesidades.

ACTIVIDAD: Conociendo el cuerpo.

OBJETIVO: Reflexionar sobre las partes importantes que tiene el cuerpo.

MATERIAL: Papelógrafo, marcadores gruesos, masking.

DESARROLLO: Se conformaron 6 grupos, con promedio de 6 participantes. A cada grupo se le entregó hojas de papelógrafo, marcadores gruesos. Antes de iniciar el trabajo, se advirtió a los participantes, que las partes que ellos crean que son importantes estará bien.

Todos los grupos trabajaron sobre la siguiente consigna: Coloquen las partes importantes que tiene el cuerpo humano.

OBSERVACIONES:

Se pudo observar que los adolescentes conocen su cuerpo, no se hicieron problema en dibujar los órganos reproductores, dando como resultado que los estudiantes reconocen que todas las partes del cuerpo son importantes, pero destacando que los órganos reproductores juegan un rol sumamente importante por que ellos dan vida a

un nuevo ser, pero no tienen esa soltura de mencionar las partes como pene y vagina, debido a que no se avanza este tema de sexualidad en los colegios.

ACTIVIDAD: “El cuerpo sin cuerpo”.

OBJETIVO:

- Reconocer el cuerpo como la base fundamental de la construcción, desarrollo y vivencia de la sexualidad.
- Comprender y valorar la importancia del cuidado del cuerpo para la vivencia de la sexualidad.

MATERIAL: Papelógrafos, bolígrafos, marcadores delgados, marcadores gruesos, masking.

DESARROLLO: Se conformaron 4 grupos, se distribuyó papelógrafos y un rollo de masking por cada grupo. Los grupos armaron un cuerpo humano de tamaño natural, básicamente cabeza, cuerpo y extremidades. El cuerpo no tenía ningún rasgo que lo identifique como hombre o mujer. Una vez armado el cuerpo humano, se seleccionó un o una representante por cada grupo, se ató el cuerpo humano armado a los brazos piernas, cuerpo y cabeza de la persona seleccionada.

Los y las representantes, se ubicaron al frente de todo el grupo. Se dio la instrucción de que está prohibido utilizar el propio cuerpo (de carne y hueso) para desarrollar las tareas que se les encomiende, el o la representante que así lo haga, recibirá una sanción.

Entonces cada representante realizó las siguientes tareas:

- Representante 1: a) dar un beso en la mejilla en otro de los cuerpos, b) tocar la ropa de alguna persona del grupo.
- Representante 2: a) abrazar a otro de los cuerpos, b) dar un beso en la mano

a alguien del grupo.

- Representante 3: a) pedir un beso en la mejilla a una persona del grupo, b) soplar una hoja de papel colocada sobre uno de los bancos.
- Representante 4: a) dar la mano a otro de los cuerpos, b) tocar la mejilla de alguien del grupo.

Opcionalmente, se planteó otras acciones que impliquen contacto, sobre todo el uso de los sentidos y especialmente el tacto. Se adquirió una posición de alerta a que todas las acciones se hagan a través de los cuerpos. Quien las rompió y utilizó su propio cuerpo para establecer contacto, se lo descalificó quedando “muerto”, es decir estático, sin moverse.

Preguntas guías:

Una vez realizadas las tareas, se inició el análisis preguntado primero a quienes encontraban atados al cuerpo.

1. ¿Cómo se sintieron?
2. ¿Qué les hizo sentir así?
3. ¿Qué observaron al realizar las diferentes tareas?
4. ¿Qué aprendieron en relación a su propio cuerpo (carne y hueso)?

La facilitadora estuvo atenta a las expresiones o respuestas relacionadas a la imposibilidad de poder sentir o de poder establecer contacto, pues en ellas se basó el análisis respecto a la importancia del cuerpo, su cuidado y su presencia como base de la construcción de la vida y de la sexualidad.

Luego se abrió el análisis hacia todo el grupo, preguntando:

1. ¿Qué observaron en los cuerpos?

2. ¿Qué paso con los cuerpos al tener que realizar las tareas asignadas?
3. ¿Qué pasaría si no tuviéramos cuerpo?
4. ¿Qué pasaría si no pudiéramos sentir o usar los sentidos?
5. ¿Cómo será vivir sin cuerpo será posible?
6. ¿Cuál es la importancia de tener cuerpo?
7. ¿Cuál es la importancia de los sentidos?
8. ¿Qué nos permite hacer nuestros cuerpos y nuestros sentidos?
9. ¿Cuál es el valor de mi cuerpo, para cada uno y en relación a nuestra sexualidad?
10. ¿Cuál es la importancia del cuidado del cuerpo?

OBSERVACIONES:

Los participantes realizaron la actividad satisfactoriamente aunque a un inicio fue difícil conformar los grupos por que los estudiantes no coordinaban ni se ponían de acuerdo ya que por ejemplo:

El sujeto A. se negaba a trabajar con un compañero porque éste no le simpatizaba.

Otros estudiantes no querían trabajar con chicas, ante esto se optó por hacer los grupos por fila, de esta manera se llevó acabo la actividad.

Al finalizar la misma, la mayoría de estudiantes llegaron a la conclusión de que sin cuerpo no podrían realizar ninguna actividad, ya que cada una de ellas tiene vital importancia y sirven para desempeñar diversas tareas.

Por ejemplo: Si no tengo piernas no puedo caminar, sin la boca no puedo hablar.

TEMA: Sexualidad y Derechos.

ACTIVIDAD: “Comienzo de la historia”.

OBJETIVOS:

- Reflexionar sobre sus conocimientos y creencias sobre sexualidad.
- Reconocer el género como categoría socialmente construida a partir de la diferencia de sexo.
- Comprender los procesos y ámbitos de socialización, como elementos para la construcción de las identidades de género y el significado del ser mujer.
- Reconocer las desigualdades de género a partir del sistema patriarcal.
- Reconocer el género como uno de los componentes de la sexualidad.

MATERIAL: Cuerpo, papel seda, papel crepé, papelógrafos, bolígrafos, hojas de papel tamaño oficio, marcadores delgados, marcadores gruesos, masking.

DESARROLLO: Se continuó el trabajo con los grupos de la anterior actividad. Se inició la actividad con una lluvia de ideas, de los aspectos abordados en las anteriores actividades y se reforzaron los mensajes respectivos.

Inicialmente, cada grupo representó el cuerpo del cual todos son responsables. Se abrió un pequeño espacio para reforzar los mensajes relacionados a la importancia y el cuidado del cuerpo y que sin cuerpo no hay posibilidad de participar en la actividad de sentir y de vivir.

Para continuar el proceso, se dio una identidad al cuerpo. Se tuvo que garantizar que mínimamente exista un cuerpo que sea identificado como hombre o mujer. Se le pidió a cada grupo que haga lo siguiente:

Parte 1

- Definir si es hombre o mujer
- Ponerle nombre
- Edad
- Contextura – Medidas

En base a estos elementos, cada grupo colocó al cuerpo signos (cabello, ropa,

características sexuales) que ayudaron a identificarlo de acuerdo a las características iniciales mencionadas.

Parte 2

Concluida esta parte, cada grupo construyó y relató a modo de cuento una historia sobre su cuerpo en base a la identidad que le asignaron, se enfatizó que la historia se construya tomando en cuenta permanentemente sus características de identidad, género, edad y contextura. Fue importante que los adolescentes relaten sus historias libremente, pues en ellas mostrarán sus creencias, dudas, temores, conocimientos, formas de ver la sexualidad, en base a las cuales se pudo trabajar en la etapa de análisis. La historia tenía que abarcar todas las etapas mencionadas a continuación:

Niñez

Como era.... (Nombre que le asignaron)

1. En la casa.
2. En la escuela.
3. Cuando se divertía.
4. Su relación con otros niños.
5. Su relación con las niñas.

Adolescencia y juventud

Como es.... (Nombre que le asignaron)

1. En la casa.
2. En la escuela.
3. Cuando se divierta.
4. Su relación con otras chicas.
5. Su relación con los chicos.

Adulthood

Como será.... (Name that assigned)

1. In the house.
2. In the school.
3. When I will have fun.
4. My relationship with other women.
5. My relationship with men.

Once the stories of the bodies and their identities were written on paper, each group presented their body and their story. During the presentations, the differences and similarities established between men and women from the assignment of an identity, the process of construction and development of these identities, the roles and functions assigned from the identity, the way experiences are constructed. After the presentations, the analysis began.

1. ¿What did they observe in the stories?
2. ¿What was it that most attracted their attention in the stories?
3. ¿From what moment do these stories have a meaning?
4. ¿What differences and similarities do they find in the stories of men and women?
5. ¿What roles and functions are assigned to men and women?
6. ¿Are the same life conditions for men and women?
7. ¿To what extent do the physical characteristics of the body influence these stories?
8. ¿How do these similarities, differences, etc., influence the experience of sexuality?
9. ¿What did they learn from these stories?

10. ¿Qué cosas de estas historias tienen que ver con usted?

TEMA: Sexualidad y Derechos.

ACTIVIDAD: La historia continúa.

OBJETIVOS:

- Reconocer la afectividad, erotismo y reproductividad como componentes de la sexualidad.
- Comprender la importancia de la afectividad, erotismo y reproductividad para la vivencia de la sexualidad.
- Conocer e investigar sobre su propia sexualidad.
- Establecer relaciones entre las etapas de desarrollo del ser humano y su vivencia de la sexualidad.

MATERIALES: Papelógrafos, bolígrafos, marcadores delgados, marcadores gruesos masking.

DESARROLLO: Se continuó el trabajo con los grupos conformados. La facilitadora planteó que ahora se construirá otra faceta de los cuerpos y su identidad. Esta faceta de la historia deberá relatar:

Niñez

1. ¿Se sentía respetado/ha aceptado/a?
2. ¿Se sentía valorado/a, cuales eran sus cualidades?
3. ¿Se sentía cuidado/a y protegido/a?
4. ¿Cuáles eran sus alegrías y problemas?
5. ¿Cómo era su relación con otros/as niños/as?

Adolescencia y juventud

Como es.... (Nombre que le asignaron)

1. ¿Cómo era su cuerpo, le gustaba, aceptaba su cuerpo?
2. ¿Se sentía atractivo/a alguien le atraía?
3. ¿Cómo se lleva o llevaba con chicos y chicas?
4. ¿Quiere tener pareja, tiene o tenía pareja?
5. ¿Qué fantasía tenía en relación a los chicos o en relación a las chicas?
6. ¿Qué caricias le gusta dar y qué caricias le gusta recibir?

Adultez

Como será.... (Nombre que le asignaron)

1. ¿Qué piensa sobre tener familia?
2. ¿Está casado, convive con alguien, cómo es su relación?
3. ¿Qué piensa de tener hijos/as?
4. ¿Tiene hijos/as cuántos/as?
5. ¿Cómo se sintió, que pensó cuando nacieron sus hijos/as?
6. ¿Qué quiere para sus hijos/as?

Una vez escrita la historia de los cuerpos y sus identidades en un papelógrafo, cada grupo presentó su cuerpo y su historia. Se tomaron en cuenta los elementos importantes durante las presentaciones, las diferencias y similitudes establecidas entre hombre y mujeres a partir de una asignación de una identidad, el proceso de construcción y desarrollo de esas identidades, los roles y funciones asignadas a partir de la identidad, la forma cómo se construye y desarrolla las experiencias. Concluidas las presentaciones, se realizó el análisis.

OBSERVACIONES: “Del tema sexualidad y derechos”

Esta actividad fue del agrado de los adolescentes por que todos coadyuvaban a vestir al muñeco con la ropa que le correspondía, de acuerdo a su identidad (hombre o

mujer), pero al exponer y relatar la historia al frente, algunos grupos sentían timidez.

Entonces pasaron todos los integrantes y cada uno de los miembros relató una etapa es decir niñez, adolescencia y adultez, pero se tiene que aclarar que todo el grupo realizaron la historia con todas las etapas.

Una de las historias fue: *“en la niñez, Roxana era limpia en la casa, ordena, en la escuela cumplida, se divertía jugando al básquet; en su juventud ella llegó a tener un chico, pero llegó un día en el que se llegó a enamorar de un chico llamado Paul; con el cual se llega a casar y a formar una familia; además llega a ser doctora, con esto Roxana en un futuro se ve realizada”*.

TEMA: Sexualidad.

ACTIVIDAD: Asentando los conocimientos.

OBJETIVOS:

- Relacionar los elementos conceptuales de la sexualidad con su propia experiencia.
- Incorporar nuevos conocimientos y formas de ver a la sexualidad.
- Comprender la sexualidad como elemento esencial y de la vivencia humana.
- Presentar la sexualidad, sus pilares y sus dimensiones.
- Presentar los cambios físicos primarios y secundarios ligados a la etapa de la adolescencia.

MATERIAL: Papelógrafos, marcadores gruesos, masking, tarjeta de cartulina.

DESARROLLO: La facilitadora mencionó que se ha concluido una parte del proceso de la práctica, ligado a la comprensión de la sexualidad como eje de la vida de los seres humanos siendo necesario construir de manera clara los elementos que se han trabajado, como una forma de prepararse para el siguiente trabajo.

OBSERVACIONES:

La facilitadora expuso el concepto y diferencias de sexualidad, sexo y género. Los adolescentes comenzaron a ver la sexualidad como algo natural del cual no hay por que tener vergüenza, además que se aclararon algunos mitos que se tenían sobre sexualidad, pero el mito que más les llamo la atención fue “cuando se usa condón en las relaciones sexual ¿no se siente el mismo placer?” se aclara que es cierto, no es exactamente igual, lo cual es una ventaja, no una desventaja, ya que ayuda a retrasar la eyaculación precoz y promueve la prevención de embarazo no planificados y transmisión de infección de transmisión sexual además que se promueven conductas de autocuidado.

TEMA: Dimensión, política, derechos y sexualidad.

ACTIVIDAD: ¿Y los derechos, dónde están?

OBJETIVOS:

- Reconocer la dimensión política de la sexualidad.
- Reconocer la vulnerabilidad de los derechos, como un factor que limita la vivencia de la sexualidad.
- Comprender la importancia del ejercicio de los derechos, para la vivencia de la sexualidad.

MATERIAL: Papelógrafos, marcadores gruesos, masking.

DESARROLLO: Se dividió a los participantes en 4 grupos, en base a lo realizado y aprendido en las anteriores actividades, se presentó a través de un socio drama, la forma en la que los adolescentes deberían o les gustaría vivir su sexualidad.

Después cada grupo realizó su presentación. Durante éstas y de manera progresiva en

cada grupo, la facilitadora asumió una actitud agresiva, menospreciando el trabajo, apresurando a los expositores, no dándoles importancia y pidiendo a los demás grupos que se preparen para su propia presentación, para que éstas acaben lo antes posible, haciendo comentarios negativos sobre las presentaciones. La practicante estuvo alerta, hasta que comenzaron a presentarse reacciones en el resto de los alumnos de los diferentes grupos, se identificó quiénes son los que reaccionaron y qué argumentos planteaban, expresión del movimiento corporal de la misma manera se identificaron quienes no asumían ninguna reacción. En el momento en que se identificó que existía un nivel elevado de activación emocional, se detuvo la técnica y se mencionó al grupo que era parte del trabajo la forma, que la practicante actuó, y se ingresó a la etapa de análisis.

Pregunta guía:

1. ¿Cómo se siente?
2. ¿Qué ha provocado o ha hecho que se sientan así?
3. ¿Qué ha sucedido con sus derechos ante esta situación?
4. ¿Cómo reaccionó el resto del grupo?
5. ¿Cuál será la razón de que reaccione así?
6. ¿Qué hubiera sucedido si dejábamos avanzar la técnica?
7. ¿Qué podríamos hacer para prevenir este tipo de actos?
8. ¿Qué podríamos hacer para motivar a la gente para la defensa de sus derechos sexuales?
9. ¿En qué otros ámbitos podríamos utilizar lo aprendido?
10. ¿Qué dimensión de la sexualidad habremos descubierto?

OBSERVACIONES:

La actividad se desarrolló de manera satisfactoria, a pesar de que al iniciar la misma

no se pudo entender bien por qué los adolescentes se sorprendían de la forma de actuar de la facilitadora no era la habitual. Al culminar, se explicó por qué la facilitadora actuó de esa forma, cuando se preguntó a los participantes cómo se sintieron ellos expresaron que *“mal, presumían que lo hicieron pésimo”*.

CUARTO MOMENTO DE LA PRÁCTICA

TEMA: Evaluación.

ACTIVIDAD: Evaluación del momento de la práctica.

OBJETIVOS:

- Relacionar los elementos conceptuales con sus aprendizajes y experiencias.
- Analizar su participación y su relación con las actividades desarrolladas.
- Proponer modificaciones para la mejora del proceso de la práctica.

MATERIAL: Papelógrafos, marcadores gruesos, masking, tarjetas de cartulina.

DESARROLLO: Se hizo un recorrido breve a través de las actividades de este momento de la práctica y detalles sobresalientes del trabajo.

Se conformó 5 grupos y se distribuyeron papelógrafos, tarjetas de cartulina y marcadores. Los participantes utilizaron las tarjetas para escribir sus respuestas y luego se analizó en grupo, para responder en el papelógrafo.

Los grupos trabajaron de acuerdo al siguiente detalle:

- a) Grupo 1: ¿Cuáles son los aprendizajes de esta etapa de trabajo?
- b) Grupo 2: ¿Cuáles son los temas, contenidos, vacíos, interrogantes que faltan aclarar o trabajar?
- c) Grupo 3: ¿Qué les parecieron las técnicas, el ritmo de trabajo y que sugerencias proponen para mejorar las próximas actividades?

- d) Grupo 4: ¿Cómo evalúan el trabajo de la facilitadora y que sugerencias le dan para mejorar su trabajo?
- e) Grupo 5: ¿Cómo evalúan el trabajo y la participación de los participantes y que sugerencias dan para mejorar su trabajo?

OBSERVACIONES

Los adolescentes expresaron plena satisfacción ante el desarrollo de las actividades que realizó la facilitadora, pero demandaron que las próximas actividades sean más dinámicas, además que se tome una posición estricta ante los alumnos, para que así ellos presten mayor atención y comprensión ante las actividades.

TEMA: Revisión de los conocimientos.

ACTIVIDAD: Adolescencia y juventud; “es bueno ser adolescente”.

OBJETIVOS:

- Analizar la situación y el significado de ser adolescente.
- Valorar la adolescencia como una etapa de aprendizaje, experiencia y bienestar.
- Integrar la experiencia de bienestar a su concepción de salud.

MATERIAL: Tarjeta de cartulina, papelógrafo, marcadores gruesos, masking, tijera, papel seda, papel crepe.

DESARROLLO: Para iniciar la actividad la facilitadora mencionó que existe una oportunidad única para el grupo y que no se puede desperdiciar. Tendrán una reunión con el Presidente del Estado para mostrarle todo lo bueno que tienen y son los adolescentes. El Presidente ha estado dudando sobre la adolescencia pues le han estado diciendo que es la edad del burro, que los adolescentes son irresponsables, que no saben lo que quieren entonces no son ni adultos ni niños pero entonces ¿qué son?,

¿cómo son?, el presidente quiere conocer que es lo bueno de ser adolescentes y cuáles son sus diferencias con los niños y los adultos.

Para esta actividad se dividió a los participantes de acuerdo a las siguientes actividades:

Grupo 1. ¿Cómo son físicamente los adolescentes y qué es lo bueno de ser así?

Grupo 2. ¿Cómo piensa los adolescentes y qué es lo bueno de pensar así y tener sus ideas?

Grupo 3. ¿Qué actividades realizan los adolescentes y qué es lo bueno de llevar adelante estas actividades?

Grupo 4. ¿Cómo se divierten los adolescentes y qué es lo bueno de esa forma de divertirse?

Grupo 5. ¿Cómo apoyarían los adolescentes al desarrollo del país y qué es lo bueno del apoyo que puedan dar?

Respondieron en el papelógrafo a las preguntas y luego realizaron una presentación, para hacer conocer lo que prepararon. La presentación fue libre cada grupo tenía que elegir la mejor forma de convencer al presidente (usaron socio drama, una marcha, carteles, etc.), lo importante es que en sus presentaciones además del mensaje, se transmita todo lo bueno de la adolescencia, su alegría, su energía, que muestre todo esto y en su generalidad la actividad fue divertida. Posteriormente, cada grupo realizó su presentación, la facilitadora, mencionó que el presidente se ha comunicado con ella, que se disculpa por no asistir y que la facilitadora quedó como su delegada. Luego se ingresó a la etapa de análisis.

Al concluir se utilizó las siguientes preguntas guías:

1. ¿Cómo se siente?
2. ¿Qué es lo que los han hecho sentir así?
3. ¿Qué fue lo que más le llamo la atención?
4. ¿Cómo es la adolescencia (hacer un recorrido grupo por grupo)?

5. ¿Qué aprendieron sobre la adolescencia?
6. ¿Cómo se sentirían si siempre pudieran tener actividades como estas?
7. ¿Qué nombre le pondrían a todo lo que acaban de hacer en base a cómo se sintieron?

OBSERVACIÓN:

Los adolescentes expresaban todos los conocimientos que tenían, mediante explicaciones, sociodramas y mímicas, además que trataban de expresar todo lo positivo y bueno de ser jóvenes, para así llegar al presidente y demostrarle lo importante que son los jóvenes en la Ciudad de Tarija. Al final se llegó a la conclusión de que el país sin adolescentes no tendría futuro ni irradiaría la alegría sin los jóvenes.

TEMA: Salud Sexual y Salud Reproductiva.

ACTIVIDAD: Construyendo la salud sexual y la salud reproductiva.

OBJETIVOS:

- Analizar y establecer la relación entre bienestar y salud.
- Reflexionar sobre la importancia del cuidado de la salud para la vivencia de la sexualidad.
- Reconocer las características de la SS y SR.

MATERIAL: Tarjetas de cartulina, papelógrafo, marcadores gruesos, masking.

DESARROLLO: Se pidió a los participantes que traigan consigo y no se desprendan de la sensación de bienestar de la anterior actividad, que es la base fundamental del trabajo que se realizó.

Posteriormente se pidió a los participantes que recuerden los elementos que se

revisaran en relación a sexualidad, pues la sexualidad es un eje fundamental en la vida de las personas. Se realizó una revisión general de lo más importante que fue trabajando en esa etapa de la práctica.

Se pidió a los participantes que unan su sensación y experiencia de bienestar con todo lo que vieron y aprendieron sobre sexualidad, en base a esto se conformaron 4 grupos, cada uno trabajo sobre lo siguientes preguntas:

Grupo 1 y 3: Concepto de salud sexual.

Grupo 2 y 4: Concepto de salud reproductiva.

OBSERVACIONES:

En esta actividad los adolescentes demostraron tener conocimiento a grandes rasgos de lo que es salud sexual y salud reproductiva, entonces se procedió a dar los conceptos de manera precisa, además que se reforzó los mensajes de salud para que los adolescentes tomen conciencia que es indispensable para un mejor bienestar.

TEMA: ITS, VIH, embarazo, violencia / la recepción.

ACTIVIDAD: La recepción.

OBJETIVOS:

- Reconocer las características de las ITS-VIH, violencia Basada en Género y embarazos no planificados.
- Reflexionar sobre el cuidado de la salud y sus propios comportamientos de autocuidado.
- Plantear alternativas para resolución de situaciones de ITS-VIH, violencia Basada en género y embarazos no planificados.

MATERIAL: Tarjeta de cartulina, papelógrafo, marcadores gruesos, masking, lanas de colores de 10 cm, de acuerdo al número de participantes (6 colores diferentes)

DESARROLLO: La practicante retoma la historia de presentación ante el Presidente del Estado. En este contexto se dijo que el presidente ha recibido un informe sobre las presentaciones y le han gustado, pero que todavía tiene algunas dudas, sin embargo, ha decidido invitar a todo el grupo a una recepción, para entrar a la recepción todos deben elegir una lana de un color, en la medida de lo posible diferente a la de su compañero más próximo. Se aclara que sin la lanita no podrá entrar a la recepción.

Entonces todos y todas se desplazan al lugar más amplio del curso, pues ya se encontraran en la recepción. La practicante pedirá que todos y todas oculten el pedazo de lana que tienen, en algún lugar de su cuerpo, de manera que dejen ver solamente un pequeño extremo de la lana. Entonces todos y todas comenzarán a caminar por el salón buscando a quien tenga el mismo color, una vez que lo encuentren se detienen colocándose a su lado y le darán la mano. De esta forma se conformaran 6 grupos. Los componentes de cada grupo de acuerdo al color, se sentarán juntos y se les asignará un número.

Entonces se mencionó que los peores temores del presidente se han visto confirmados. Pues la noche de la recepción sucedieron cosas muy raras. Se pidió que los participantes de los grupos se pongan de pie, para darles una noticia sobre lo que paso la noche de la recepción.

Grupo 1 y 6: Resulta que cada vez que dieron la mano, este contacto equivalía a una relación sexual, lo que quiere decir que tuvieron relaciones sexuales entre todos y todas ustedes. Producto de esas relaciones sexuales, ahora están infectados de VIH.

Grupo 2 y 5: Resulta que cada vez que se dieron la mano, éste contacto equivalía a una relación sexual, lo que quiere decir que tuvieron relaciones sexuales entre todos y

todas ustedes. Producto de esas relaciones sexuales, ahora están embarazadas o embarazaron a su pareja.

Grupo 3 y 4: Resulta que cada vez que se dieron la mano, éste contacto equivalía a una relación sexual, lo que quiere decir que tuvieron relaciones sexuales entre todos y todas ustedes. Su pareja (los hombres) perdieron el control y las golpearon muy fuerte en la cara y en el cuerpo. Les insultaron y les dijeron que no valían nada. Ahora todo su cuerpo está con marcas de la golpiza y tiene los ojos cerrados por los golpes (en el caso de las mujeres).

Cada grupo en un papelógrafo trabajó sobre las siguientes preguntas:

Grupo 1 y 6: a) ¿Qué saben sobre el VIH? b) ¿Qué se puede hacer para prevenir el VIH? c) ¿Qué se puede hacer una vez que se está infectado con VIH?

Grupo 2 y 5: a) ¿Cómo se pueden prevenir los embarazos no deseados?, b) ¿Qué métodos anticonceptivos conocen y sus características?, c) ¿Qué pueden hacer ahora que están embarazadas o embarazaron a sus parejas?

Grupo 3 y 4: a) ¿Qué saben sobre la violencia?, b) ¿Cómo se puede prevenir la violencia?, c) ¿Qué se puede hacer una vez que se es víctima de violencia o agresor?

Concluido el trabajo por grupos, se realizó la exposición de acuerdo al tema de cada uno. Se dio la información complementaria en función del trabajo de los grupos, con el objetivo de que los y las participantes puedan tener la información más fidedigna y clara sobre estos temas. En el caso de la violencia, se recuperaron elementos relacionados a género, en torno a ser víctima y agresor en situación de violencia dentro del sistema patriarcal. La practicante abre un espacio para la realización de preguntas de los participantes.

Al finalizar esta parte; la practicante pidió a los participantes que vuelvan a concentrarse en su situación de VIH, embarazo y violencia; distribuyó a cada participante una hoja de papel carta. Indicó que cada participante debe escribir una carta a la persona más importante en su vida, comunicándole que se ha infectado con

VIH, que se encuentra embarazada o que ha embarazado a su pareja o que ha sido víctima de una violencia o ha ejercido violencia sobre su pareja.

Una vez que se concluyó la escritura de las cartas, se solicitó voluntarios de cada grupo, que quieran compartir lo que escribieron con todo el grupo después de haber leído las cartas se inicio la etapa de análisis.

1. ¿Cómo se sienten?
2. ¿Qué les ha provocado este sentimiento?
3. ¿Qué les hizo sentir lo que escucharon en las cartas?
4. ¿Cómo afectan estas situaciones (embarazo, VIH, violencia) a su bienestar a su salud?
5. ¿Cómo afectan estas situaciones (VIH, embarazo, violencia) a sus planes futuros, a sus actividades, a su forma de divertirse, a sus deseos?
6. ¿Cómo orientarían sus vidas hacia adelante?
7. ¿Qué sucedería si una persona tuviera que afrontar simultáneamente estas situaciones?
8. ¿Qué aprendieron con esta actividad?

OBSERVACIONES:

Esta técnica generó entre los participantes sentimientos de diversa índole, desde alegría y felicidad, hasta rechazo, miedo y angustia, puesto que se tocaron temas muy sensibles, desde episodios de violencia que los estudiantes manifestaron haber sufrido en su niñez, hasta la simulación de la transmisión del virus de inmunodeficiencia adquirida y las infecciones de transmisión sexual por no haber tenido conductas de autocuidado o haber empleado el uso consistente del preservativo.

TEMA: Habilidades para la vida.

ACTIVIDAD: Anuncio publicitario de uno mismo.

OBJETIVOS:

- Reflexionar sobre sí mismo y sus características individuales.
- Realizar acciones para el autoconocimiento.
- Reconocer las características de la autoestima.

MATERIAL: Papel tamaño oficio, bolígrafo, folio en blanco, diploma para cada participante, hoja de guía.

DESARROLLO: De manera introductoria, la facilitadora, mencionó que a partir de la presente actividad, se comenzaron a revisar las herramientas esenciales para la vivencia, cuidado mantenimiento de la sexualidad, la salud sexual y la salud reproductiva. Se hizo un resumen verbal de lo que se ha visto hasta ese momento, reforzando los mensajes necesarios, de acuerdo al diagnóstico.

Se distribuyó una hoja tamaño oficio a cada participante. Luego la facilitadora da la consigna, cada participante escriba, a partir de 5 cualidades, o 5 logros positivos (habilidades), *“en caso de no llegar a 5, tenían que leer la hoja de guía”*, (corporales, de tu carácter, mentales, culturales, en el terreno de las relaciones personales, como miembro de una familia o un grupo, destrezas.....), un anuncio intentando venderse uno mismo a los demás. Al finalizar la actividad la facilitadora entregó un diploma acreditativo a cada adolescente que presentó su anuncio.

OBSERVACIONES:

Esta técnica generó varios sentimientos de empoderamiento personal, ya que la mayoría de los participantes al culminar la actividad tenían sentimiento de valía por su propia persona, además que llegaron a conocer cualidades, características y habilidades de desenvolvimiento, al realizar su anuncio publicitario delante de todos

sus compañeros.

TEMA: Desarrollo de la autoestima.

ACTIVIDAD: Todo lo que me dicen.

OBJETIVOS:

- Analizar y reflexionar sobre factores que afectan la autoestima.
- Desarrollar acciones de evaluación y regulación de la autoestima.
- Reconocer la importancia de evaluar periódicamente el estado de la autoestima.
- Reconocer en sus compañeros la posibilidad de afección de su autoestima.

MATERIAL: Papel tamaño oficio, bolígrafos, marcadores delgados, masking.

DESARROLLO: La facilitadora distribuyó hojas tamaño oficio a cada participante.

Demostró como hacerlo, doblar y cortar la hoja en 8 pedazos.

Cuando todos y todas las participantes tenían sus 8 pedazos de papel, pidió a los participantes que recuerden las palabras y adjetivos negativos (palabras feas) que alguna vez les dijeron y que afectaron su autoestima y que luego escriban esas palabras en los pedazos de papel, una en cada papelito, se advirtió que no es necesario llenar todos los papelitos y también se da la opción a alguien que necesita más papeles. La facilitadora escribió en sus propios pedazos de papel. Una vez que concluyeron se distribuyó un trozo de masking a los participantes, indicando que deben pegarse los papelitos en la parte del cuerpo que quieran, de manera que se pueda leer (La facilitadora comenzó con el proceso). Cuando todos tenían los papelitos pegados en el cuerpo, se indicó que deben movilizarse por todo el salón leyendo los papelitos de los otros y dejando que también lean los propios. En el proceso, la facilitadora estuvo atenta a las reacciones y comentarios, para recuperar elementos para el análisis. Concluida esta parte del proceso, la facilitadora abrió un

primer espacio de análisis.

Preguntas guías:

1. ¿Cómo se sienten?
2. ¿Cuál fue la causa para tener esos sentimientos?
3. ¿Qué observaron en los y las demás?
4. ¿Cómo se sintieron al ver lo que les dijeron otros?
5. ¿Cómo se sienten ahora?

La facilitadora retroalimentó al grupo, en el sentido de que todos y todas en algún momento de nuestras vidas, hemos sufrido ataques a nuestra autoestima, algunos más que otros y que lo importante es aprender a desprenderse de aquello que afecta a la autoestima. Luego se pidió que todos y todas se sienten, se colocó un basurero al centro del salón y comenzó la actividad tomando sus papelitos, revisándolos uno por uno, además tuvieron que diferenciar y justificar entre aquellos con los que se quedaron y las razones y aquellos que echaron a la basura y las razones por que lo hicieron.

Preguntas guías:

- ¿Cómo se sienten? (se inició con los voluntarios)
- ¿Qué es lo que les hace sentir así?
- ¿Qué es lo que aprendieron al realizar esta actividad?
- ¿Qué pasos seguimos para realizar el ejercicio?
- ¿Qué tienen que ver todos esos pasos con la autoestima?
- ¿Cómo se puede mantener en buen estado la autoestima?
- ¿Cómo se vincula lo aprendido con la vivencia de la sexualidad y el cuidado de la salud sexual y la salud reproductiva?

OBSERVACIONES:

La actividad desató sentimientos de timidez, y al inicio rechazo por que no les gustaba la idea de que todos sus compañeros vean las cosas que afectan a su autoestima, la facilitadora explicó que de esa forma podría deshacerse de esas palabras que dañaban su autoestima, posteriormente los adolescentes realizaron la técnica con cierta resistencia.

TEMA: Modelo A, B, C.

ACTIVIDAD: Aprendiendo el A, B, C.

OBJETIVOS:

- Reconocer el modelo A, B, C, sus componentes, características y funcionamientos.
- Utilizar los contenidos teóricos para desarrollarlo e incorporarlos en su experiencia.
- Reflexionar y analizar los beneficios del modelo A, B, C, para su vivencia de la sexualidad y el cuidado de la SS y SR.

MATERIAL: Hoja de trabajo A, B, C individual, tarjeta de cartulina de tres colores diferentes, papelógrafos, bolígrafos, marcadores delgados, masking.

DESARROLLO: Inicialmente, la facilitadora realizó una exposición breve de las características del modelo A, B, C y cómo puede ayudar a los adolescentes a conseguir más control sobre situaciones que debe afrontar en diferentes ámbitos (escuela, relación de pareja y relaciones familiares).

La exposición hizo referencia a:

1. El hecho de que todos los comportamientos humanos se encuentren presentes, pensamientos, emociones y conductas, respecto a un hecho o situación específica (entorno) y que dependiendo de nuestros pensamientos,

emociones y conductas se tendrán diferentes consecuencias que influyen en el entorno.

2. El elemento, caracterización y funcionamiento del modelo A, B, C.

- A= Experiencia, hecho o situación (entorno – ambiente).
- B= Pensamientos (que pienso) sobre esa experiencia, hecho o situación.
- B1= Pensamiento basados en hecho, pensamiento racionales.
- B2= Pensamiento sobre dimensionales, pensamiento irracionales.
- C= Consecuencia emocionales (que siento) y conductuales (que hago).
- C1= Emociones y conductas adecuadas (que guarda relación con el hecho).
- C2= Emociones y conductas inadecuadas (sobre dimensionadas o distorsionadas en relación al hecho).

3. Que la acción conjunta de pensamientos, emociones y conducta define como actuaremos ante una situación. A, B, C se influyen mutuamente.

4. Planteamiento de un ejemplo del funcionamiento del modelo A, B, C, en función de la referencia teórica.

5. La capacidad de identificar y visibilizar nuestros A, B, C, nos puede ayudar a tener mayor control e influencia sobre como afrontamos los problemas o situaciones difíciles.

Posteriormente se conformaron 5 grupos, se les distribuyeron papelógrafos, marcadores gruesos y tarjetas de cartulina. En el papelógrafo, copiaron el esquema A, B, C. luego plantearon la situación, hecho o acontecimiento problema. En cada grupo, hicieron primero un listado de todos los pensamientos, sentimientos o emociones y conductas, bajo la metodología de lluvia de ideas, escribieron cada pensamiento, emoción o conducta en una tarjeta de cartulina.

Una vez que terminaron con la lluvia de ideas, ubicaron los pensamientos, emociones

y conductas, en el papelógrafo con el modelo A, B, C, acomodando de acuerdo a racionales, irracionales, adecuado, inadecuado.

Luego se solicitó 2 grupos voluntarios para que presenten su modelo A, B, C en el transcurso de la exposición la facilitadora hizo las recomendaciones necesarias y énfasis sobre la influencia que tienen los pensamientos y emociones sobre nuestras conductas, una vez terminada la presentación, se distribuyó a cada participante la hoja de trabajo individual. Luego plantearon una experiencia hecha o situación, que se dijo como reactivo para que los participantes puedan identificar todos los elementos del sistema A, B, C y su funcionamiento. Posteriormente la facilitadora solicitó voluntarios que compartan el trabajo que hicieron y ejemplificarlos en el papelógrafo, concluidos ambos momentos se planteó un análisis breve.

Situaciones, hechos o acontecimientos sugeridos:

1. Acabas de recoger la libreta del 3er trimestre y te aplazaste en 5 materias, es muy posible que pierdas el año.
2. Después de 1 año de relación tu pareja de dijo que no te quiere y que cree que no vales la pena.
3. Un chico de otro colegio, te gritan en la calle que eres “un estúpido”.
4. Estas caminando por la calle y al pasar una persona te empuja, cayéndose algunos de tus cuadernos al agua.

Preguntas guías:

¿En qué consiste el modelo A, B, C?

¿Cuáles son los componentes y formas de funcionamiento del modelo A, B, C?

¿En qué situaciones podrían utilizar el modelo A, B, C?

¿Cómo podrían utilizar el modelo A, B, C, para la vivencia de la sexualidad y el cuidado de la salud sexual reproductiva?

OBSERVACIONES:

Los adolescentes no mostraron dificultad alguna al realizar su modelo ABC por que todas las situaciones son parte de sus vidas diarias, a las cuales ellos están acostumbrados a sobrellevar, pero comentaban que este modelo les ayudará a tomar sus decisiones en un futuro, aclararon que será un poco complejo llevarlo a todas las situaciones porque según ellos la mayoría no piensa en las consecuencias de sus actos.

TEMA: Asertividad, comunicación.

ACTIVIDAD: Discurso asertivo.

OBJETIVOS:

- Reconocer las características de la comunicación y el comportamiento no verbal.
- Reconocer las características de la asertividad y su valor para la vivencia de la sexualidad y el cuidado de la salud.
- Aplicar los elementos conceptuales de la asertividad a la resolución de problemas específicos.
- Relacionar la asertividad y modelo A, B, C.

MATERIAL: Papelógrafos, marcadores gruesos, masking.

DESARROLLO: Al inicio de la actividad, la facilitadora expuso brevemente los conceptos básicos de la asertividad.

- a) Sus características y utilidad como herramienta de comunicación, para la expresión honesta, clara y adecuada de lo que se piensa, siente y quiere.
- b) Diferenciar la asertividad de la agresividad y de la pasividad.
- c) Su relación con los pensamientos, emociones y conductas, que orientan la asertividad como herramienta de comunicación, para la mantención de

nuestro bienestar.

Terminada la exposición, se propuso que antes de ensayar respuestas asertivas, es necesario aprender elementos sencillos sobre la comunicación.

Se conformaron cuatro grupos y se ubicaron frente a frente. Posteriormente se indicó que cada grupo deberá actuar físicamente y con tono de voz de acuerdo a la instrucción:

Grupo 1: Con rabia y enojo.

Grupo 2: Con miedo, mucho miedo.

Grupo 3: Rogando, suplicando.

Grupo 4: Con tristeza y llanto.

Grupo 5: Con firmeza, concentrando en su objetivo.

Se supervisó el trabajo grupo por grupo, y se les pidió que muestren cómo es cuando se está enojado o cuando se tiene miedo, cuál es la posición del cuerpo, cuál es el tono de voz, de acuerdo a lo que corresponda.

La facilitadora, dio la instrucción de que cada grupo, de acuerdo a lo asignado, debe decir la siguiente frase:

- Queremos que nos traten bien y que se respeten nuestros derechos.

Cada grupo dijo la frase de acuerdo a lo indicado y se realizó un análisis breve, en base a las preguntas guías:

1. ¿Qué observaron?
2. ¿Qué reacción provocará en otros la forma de decir que utilizó cada grupo (recorrer todos los grupos)?

3. ¿Qué tiene que ver lo que acabamos de hacer con la comunicación?
4. ¿Qué necesitamos para poder comunicar las cosas adecuadamente?
5. ¿Cuál es la importancia del cuerpo en la comunicación?
6. ¿Cuál habrá estado más cerca de la asertividad?

La facilitadora reforzó los mensajes de:

- a) En el proceso de comunicación importa lo que se dice y cómo se lo dice.
- b) Al expresar algo debe haber correlación entre lo que queremos expresar, nuestro cuerpo y nuestro tono de voz.
- c) Cada cosa que se expresa tienen una consecuencia, determinará una acción en la persona con la que nos comunicamos.

Cada grupo se ubicó en un lugar del salón, se les entregaron papelógrafos y marcadores. Cada uno armó el esquema A, B, C y respondieron a la siguiente situación y frases, de manera agresiva, temerosa (pasiva o con vergüenza) y asertividad en sus papelógrafos. Para el esquema A, B, C, en un primer papelógrafo identificaron pensamientos, emociones y conductas ante la situación propuesta, de acuerdo al procedimiento, utilizado con anterioridad. Luego se revisaron las repuestas a la situación problema planteado.

Situación: llevas algún tiempo enamorado con tu chico y varias veces han llegado al punto que cuesta frenar las caricias. Lo hablas con tu enamorado y el reconoce abiertamente que quiere tener relaciones sexuales contigo. Tú no te sientes incomoda, él te dice.

Frases:

Grupo 1: ¿De qué tienes miedo?, es parte del proceso de crecer.

Grupo 2: Hagámoslo..., todo el mundo lo hace porque es una necesidad física.

Grupo 3: Nadie se embaraza a la primera.

Grupo 4: Si lo hacemos con amor, ésta bien.

Grupo 5: Compartir esta experiencia nos unirá para siempre.

Concluido el trabajo de los grupo, cada uno de ellos presentaron inicialmente el esquema A, B, C y posteriormente sus respuestas a las frases. Se inicio el proceso de análisis.

Preguntas guías:

1. ¿Qué es lo que observaron en el esquema A, B, C?
2. ¿Cómo influirán los pensamientos, emociones y conductas en la forma y tipo de respuestas?
3. ¿Qué observan en las respuestas?
4. ¿Qué diferencias hay al responder de forma agresiva, pasiva y asertiva?
5. ¿Cuáles serán las posibles consecuencias al utilizar estas formas de respuestas?
6. ¿Cómo se relaciona con el modelo A, B, C?
7. ¿Cuáles son los beneficios de responder asertivamente?
8. ¿Cómo se relaciona la asertividad con la vivencia de la sexualidad y del cuidado de la salud sexual y salud reproductiva?

OBSERVACIONES:

La mayoría de los adolescentes comentan que la comunicación asertiva es ideal y la mejor forma de expresar con sinceridad y de una forma adecuada, ya que no se es pasivo ni agresivo; pero se dan cuenta que es un poco complejo de adquirir esta comunicación por que las personas en su mayoría reaccionan en el momento, sin medir sus impulsos, muchas veces perdiendo hasta amigos por no saber comunicarse adecuadamente.

TEMA: Toma de decisiones.

ACTIVIDAD: Salvando la vida.

OBJETIVOS:

- Reconocer las características del proceso de toma de decisiones.
- Ampliar e integrar los conocimientos y destrezas sobre A, B, C y asertividad a la toma de decisiones y negociación.
- Relaciona la toma de decisiones a la vivencia plena de la sexualidad y cuidado de la salud.

MATERIAL: Papel tamaño oficio, bolígrafo, marcador delgado.

DESARROLLO: La facilitadora dividió a los participantes en cuatro grupos. Asignó a cada grupo una de las siguientes características:

Grupo 1: Guerreros.

Grupo 2: Cazadores.

Grupo 3: Sabios.

Grupo 4: Agricultores.

Una vez distribuidas las características, la facilitadora contextualizo diciendo que viven en una isla, la cual ha quedado absolutamente desierta y no existen posibilidades de vida, por lo cual deben aventurarse en un viaje al mar para llegar a nuevas tierras, pero para ello deben aliarse a alguna de las tribus para establecer la alianza. Primeramente y ante de la negociación en un papelógrafo trabajaron sobre:

- a) Características de su tribu.
- b) Evaluar la situación, sobre: a) Objetivo de su tribu, b) Características de las tribus y oportunidades que les ofrecen para cumplir su objetivo. c) Identificar la opción mas favorable, d) Identificar otras alternativas.
- c) Identificar elementos del modelo A, B, C y asertividad, como estos elementos les ayudarían a tomar la decisión de con quien aliarse y negociar

la alianza.

d) Nombre un negociador.

Se otorgó un tiempo de 15 minutos para que realicen la actividad, concluido el mismo, se les indicó que vayan a negociar, tomando en cuenta las reflexiones que hicieron en el trabajo previo, tendrán 5 minutos para hacer las alianzas. Se terminó esta etapa, y se inició el análisis.

Preguntas guías:

1. ¿Lograron realizar las alianzas, quiénes con quiénes se aliaron (revisar grupo por grupo)?
2. ¿Cómo tomaron la decisión de aliarse con ese grupo (revisar grupo por grupo)?
3. ¿Qué observaron en cada uno de los grupos?
4. ¿Qué elementos tomaron para aliarse?
5. ¿Qué herramientas utilizaron para la negociación?

En este momento se hizo un corte en el cual cada grupo presentó su trabajo en el papelógrafo, se comparó con los aspectos referidos en el análisis inicial. Luego se prosiguió utilizando las siguientes preguntas:

6. ¿Creen qué tomaron la decisión adecuada?
7. ¿Cuáles serán las consecuencias de su decisión?
8. ¿Qué relación tiene la toma de decisiones, con la vivencia de la sexualidad y de la salud reproductiva?

OBSERVACIONES:

Se observó indecisión en el momento de la alianza ya que de eso dependía la

sobrevivencia del grupo entero, pero una vez que llegaron a aliarse, se les preguntó si se encontraban seguros de su alianza, a lo que contestaron algunos sí, pero con una conducta de inseguridad, no sabían si habían tomado la decisión adecuada.

TEMA: Liderazgo.

ACTIVIDAD: Los globos.

OBJETIVOS:

- Reconocer y reflexionar sobre las características y formas de ejercer liderazgo.
- Analizar el valor del liderazgo en relación consigo mismo y con otros.
- Integrar y relacionar el liderazgo con los conocimientos y habilidades utilizadas con anterioridad.

MATERIAL: Globos grandes de 4 colores diferentes, tijeras, cordel grueso, un rollo, lana gruesa, 4 tiras de 10 cm, papelógrafo, marcadores.

DESARROLLO: La facilitadora dividió a los participantes en cuatro grupos, cada grupo se ubicó en una esquina del salón. Se les indicó que cada uno tenía que elegir un representante, tenía que ser elegido por consenso y además debían estar seguros de que sería el mejor representante. Una vez que cada grupo eligió a su representante, él o ella se puso al frente del grupo, fue el primero. Se prosiguió a atarse con el cordel entre los componentes de cada grupo, de los tobillos y de las muñecas, de manera que los adolescentes queden lo más juntos posible. La facilitadora verificó que estén bien atados y juntos. Ubicó un globo desinflado de color, en el extremo opuesto para cada grupo (se asignó a cada uno que color de globo debe recuperar) y los cuatro trozos de lana al centro del salón. Entonces se indicó que el representante elegido es responsable de la vida de todos, cada grupo agarró el globo, infló y amarró con uno de los trozos de lana y en cuanto terminaron entregaron a la facilitadora. El grupo que llegó primero, salvo a todos sus integrantes, el segundo, perdió a dos de sus

integrantes, el tercero perdió a cuatro de sus integrantes y el cuarto muerto todos.

Preguntas guías:

1. ¿Cómo se siente?
2. ¿Cómo se sienten quienes fueron elegidos como representante?
3. ¿Qué sucedió en su grupo (revisión grupo por grupo)?
4. ¿Qué les permitió cumplir el objetivo?
5. ¿Qué les dificultó cumplir el objetivo?
6. ¿Cuáles fueron los roles que identificaron en cada grupo?
7. ¿Qué aprendieron con esta actividad?
8. ¿Qué es lo que caracteriza a un líder o lidereza?
9. ¿Qué implica ser líder o lidereza, que aspectos se debe tomar en cuenta?
10. ¿Qué relación tiene el liderazgo con la vivencia de la sexualidad y la salud sexual y salud reproductiva?

Posteriormente cada grupo elaboró un papelógrafo en el que respondieron las siguientes preguntas:

- i. ¿Cómo contribuye la autoestima al liderazgo?
- ii. ¿Cómo contribuye el modelo A, B, C al liderazgo?
- iii. ¿Cómo contribuye la asertividad al liderazgo?
- iv. ¿Cuál es la relación entre la toma de decisión, negociación y liderazgo?

OBSERVACIONES:

En esta actividad los adolescentes eligen de manera rápida a sus representantes debido a que se conocen entre todos, además identifican a los líderes que tienen dentro de su curso. También se hizo la selección de manera democrática, por lo tanto nadie tuvo ninguna oposición, supieron seleccionar a quienes ellos consideraban mejores y les llevarían a ganar, por otra parte al culminar la actividad se dieron

cuenta que todos pueden ser líderes.

TEMA: Plan de vida.

ACTIVIDAD: El año 2018.

OBJETIVOS:

- Reconocer las características y elementos de un Plan de Vida.
- Analizar y reflexionar sobre la importancia de tener y desarrollar un plan de vida.
- Desarrollar el proceso de elaboración de su Plan de Vida.
- Establecer las relaciones entre el plan de vida y las herramientas revisadas en este momento educativo (autoestima, asertividad, etc.)

MATERIAL: Papelógrafo, marcador, hojas de tamaño oficio.

DESARROLLO: Se instruyó a los participantes que se sientan en la posición más cómoda posible, que se relajen y cierren los ojos. La facilitadora menciono lo siguiente: *“vamos a hacer un viaje en el tiempo... un viaje hacia el futuro, comiencen a caminar hacia el año 2018, han pasado 5 años, están frente a un espejo y ven los cambios en su cara en su cuerpo, ahora tiene 5 años mas, comiencen a ver como es su vida, trabajan, estudian, tienen pareja o no, tienen hijos o no, como es su relación, todavía viven con sus papás, con sus hermanos, véanlos como se llevan con ellos. Vean cual es el sueño que tienen para el 2018, armen ese sueño. Ahora que lo tienen, atesórenlo en sus manos, pues ese sueño es único, no hay ningún otro sueño como ese y tráiganlo con ustedes. Comiencen a volver hasta este momento, el año 2013, en este salón”*. Ahora que volvieron, comenzaré a contar 5 al 0 y entonces abrirán los ojos. La facilitadora distribuyó hojas en blanco a los participantes, en la hoja dibujaron la matriz y lo llenaron. Se acompañó a los adolescentes en el proceso, aclarando dudas y orientando sobre el llenado, no se tomó en cuenta la redacción, lo importante fue que los adolescentes tuvieron que visibilizar lo que querían para su

futuro en la matriz.

MI PLAN DE VIDA

Mi sueños para el 2018:				
Resultados u objetivos que quiero conseguir para llegar a mi sueño.	Actividades por cada resultado.	Plazo – hasta cuando cumpliré con las actividades que me propongo.	Tipo de apoyo que necesitaré para las actividades.	Quienes son los apoyos clave para mis actividades.
Resultado 1.	Actividad 1:			
	Actividad 2:			
	Actividad 3:			
Resultado 2:	Actividad 1:			
	Actividad 2:			
	Actividad 3:			
Resultado 3:	Actividad 1:			
	Actividad 2:			
	Actividad 3:			

Una vez concluido el tiempo para el trabajo en la matriz, la facilitadora solicitó voluntarios para compartir su plan de vida con el resto del grupo. Posteriormente a las presentaciones, se inicio el análisis. Durante el mismo fue necesario visibilizar la relación que existe entre el sueño, los objetivos a mediano plazo, las actividades, los plazos y los apoyos necesarios para llevar adelante el Plan de Vida. La importancia de las relaciones con otras personas, que pueden apoyar el desarrollo de ese Plan de Vida y el compromiso individual necesario para llevarlo adelante.

Preguntas guías:

1. ¿Cómo se siente (primero a los voluntarios y luego abrir al resto del grupo)?
2. ¿Qué observaron o describieron al desarrollar esta actividad?

3. ¿Cuál es la utilidad de planificar?
4. ¿Fue fácil, fue difícil, que fue lo fácil?
5. ¿Para qué sirve un plan de vida?
6. ¿Qué pasaría con estos planes si ocurriera un embarazo o una infección VIH?
7. ¿Qué aprendieron con esta actividad?
8. ¿Cómo ayudarían en llevar adelante un Plan de Vida, la autoestima, la asertividad, el A, B, C, la toma de decisiones el liderazgo?
9. ¿Cuál es la relación que tiene en plan de vida con la vivencia de la sexualidad y con la salud y la salud reproductiva?

OBSERVACIONES:

Algunos adolescentes, al iniciar la actividad adquirieron una actitud de rechazo por que se sentían avergonzados al cerrar los ojos pero al ver que la mayoría de ellos lo estaba haciendo decidieron seguir a los demás. Al culminar la actividad se dieron cuenta que el planificar las cosas ya sea para algo pequeño o para la vida diaria es lo mejor porque pueden controlar su entorno y así llegar a tomar una mejor decisión sobre su futuro.

TEMA: Cierre de la práctica.

ACTIVIDAD: La última mirada.

OBJETIVO: Indagar si se logró implantar el conocimiento necesario, y llenar las incógnitas que se tenía a un inicio del programa.

MATERIAL: Resumen de trabajo de la etapa de diagnóstico en forma impreso, papelógrafo impreso, marcadores, masking.

DESARROLLO: La facilitadora informó que se ha concluido la práctica y se prosiguió a la comprobación si se cumplió el objetivo de ampliar el conocimiento

sobre sexualidad y en qué medida.

Se pidió a los participantes que recuerden las actividades y los aspectos abordados en la etapa de diagnóstico de la práctica. Posteriormente, se realizó un resumen de los principales resultados de la etapa.

Se conformaron 5 grupos y se entregaron los ejemplares impresos del resumen de diagnóstico. Cada grupo trabajo en base a los siguientes detalles:

1. ¿Se lograron cubrir las necesidades, demandas y prioridades establecidas en el diagnóstico?
2. ¿En qué porcentaje se logró cubrir las necesidades, demandas y prioridades?
3. ¿Qué fue lo positivo?
4. ¿Qué fue lo negativo?
5. ¿Qué sugerencias tenemos?

OBSERVACIONES:

En esta última actividad, los adolescentes mostraron una conducta de reproche hacia la facilitadora por que muchos de ellos no querían que se culmine la práctica, deseaban que se continúe, pero se explicó que es la ultima actividad, además se expresó satisfacción y agradecimiento por el desprendimiento de los adolescentes. Por ultimo, se tomó el post test, se notó seguridad en la mayoría de las respuestas.

6.3. ANÁLISIS COMPARATIVO DE LA EVALUACIÓN INICIAL Y FINAL.

Respondiendo al tercer objetivo: *Realizar la evaluación final en los estudiantes de las Unidades Educativas “Lindauro Anzoátegui de Campero” y “San Luis”*. Es decir se realiza la medición final utilizando el pos test, además se hace una comparación con el conocimiento inicial.

SECCIÓN N°1

CUADRO N°5
ÁREA DE SEXUALIDAD

N°	Área de la sexualidad	Pre-test Conocimiento inicial			Post-test Conocimiento final			total
		Resp. Correc.	Resp. Incorec.	No sabe no Resp.	Resp. Correc.	Resp. Incorec.	No sabe no Resp.	
1	La sexualidad está conformada por los siguientes componentes: genero, erotismo, afectivo, reproductividad humana.	%	%	%	%	%	%	%
		62%	37%	1%	74%	25%	1%	100%
2	El género es: La construcción social a partir de la cual se asignan roles funciones a hombres y mujeres.	66%	33%	1%	77%	21%	2%	100%

Fuente: Cuestionario de CIES

Elaboración: Propia

El cuadro muestra un evidente aumento porcentual ya que se logró incrementar el nivel de conocimientos sobre sexualidad. Comparando los datos mas significativos inicialmente se contaba con el **62%** de estudiantes quienes respondieron correctamente, sin embargo en el pos test se observa un incremento, al **74%** de estudiantes que contestaron adecuadamente. Estos datos permiten apreciar que mejoraron su comprensión y reconocimiento acerca de cuáles son los componentes que está conformada la sexualidad.

Cabe manifestar que los alumnos reconocen que la sexualidad presenta cuatro componentes, siendo un elemento central en el desarrollo del ser. Esta vivencia se da en un contexto sociocultural determinado y se articula a través del potencial reproductivo; las relaciones afectivas representan los sentimientos, intereses, valores y convicciones, la capacidad erótica enlaza lo que es la capacidad de sentir y dar placer; ante esto, todo proceso está enmarcado dentro de las relaciones de género establecidas en cada sociedad, tiempo y cultura.

Referente al segundo ítem el **66%** de estudiantes respondió correctamente en el pre test, al final del programa este porcentaje logró mejorarse en un **77%** de estudiantes que contestaron correctamente en el post test, por lo que se puede presumir que el proceso de capacitación logró aumentar sus conocimientos sobre lo que es el género, reconociendo que son las características psicológicas, sociales y culturales determinadas en hombres y mujeres construidas y asignadas en el tiempo.

Se busca que ellos valoren su identidad como hombres y mujeres, se valoren así mismo y además que aprecien al otro, respetándolo como es.

CUADRO N°6
ÁREA DE SALUD SEXUAL Y SALUD REPRODUCTIVA

N°	Área de salud sexual y salud reproductiva	Pre-test Conocimiento inicial			Post-test Conocimiento final			Total
		R.C.	R.I.	No sabe no Resp.	R.C	R.I.	No sabe no Resp.	
3	La salud sexual es: un estado general de bienestar físico,	%	%	%	%	%	%	%

	mental y social, en todos los aspectos relacionados a la sexualidad.	62%	37%	1%	73%	26%	1%	100%
4	La salud reproductiva se caracteriza por: la capacidad de disfrutar una vida reproductiva satisfactoria, con la libertad de decidir tener hijos o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia.	50%	47%	3%	74%	24%	2%	100%
5	Una forma segura de prevenir la transmisión de ITS y VIH es: Utilizar condón en todas las relaciones sexuales.	85%	15%	0%	94%	6%	0%	100%
6	La mejor forma de prevenir las ITS/VIH y embarazos no planificados es: utilizar condón femenino y/o masculino.	53%	46%	1%	85%	14%	1%	100%
7	La violencia Basada en género: cualquier acto de violencia que resulte o pueda resultar en daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para las mujeres y hombres.	59%	37%	4%	70%	28%	2%	100%
8	Una forma de prevenir la violencia basada en género es: luchar por la defensa y ejercicio de los derechos y la igualdad entre hombres y mujeres.	56%	43%	1%	66%	33%	1%	100%

Fuente: Cuestionario de CIES

Elaboración: Propia

En el cuadro N° 6 se evidencia que el primer ítem tiene como porcentaje, **62%** de estudiantes que dieron respuestas correctas , pero en el pos test hay un notorio incremento de conocimiento, llegando a alcanzar el porcentaje a un **73%** de respuestas correctas demostrando que los estudiantes lograron ampliar su conocimiento respecto a una vida sexual responsable, satisfactoria y segura, incorporando un enfoque positivo hacia la sexualidad humana y respeto mutuo entre compañeros sexuales, reconociendo la importancia de la salud y los derechos sexuales.

Por otra parte en el ítem N° 2 el porcentaje del pre test es **50%** de estudiantes que

respondieron correctamente, pero hay un aumento significativo del **74%** de estudiantes reconocen la capacidad de vivir una vida reproductiva con libertad, decidir cuándo y con qué frecuencia procrear o no hacerlo.

La gran mayoría de los adolescentes logran ampliar sus conocimientos, del **85%** al **94%** que la forma de protegerse de ITS y VIH es usando condón en todas las relaciones sexuales, además reconocen las características y los pasos para el uso correcto del mismo, tanto masculino como femenino, siendo un método temporal accesible con un 97% de efectividad si se usa de manera adecuada.

En el ítem numero cuatro el porcentaje más relevante fue **53%** de estudiantes que respondieron correctamente, por otra parte en la aplicación del post test hay un incremento muy significativo llegando al **85%** de estudiantes que dieron sus respuestas correctamente, ésto pone de manifiesto que el conocimiento de los estudiantes ha mejorado con respecto al uso y función del método anticonceptivo condón femenino y masculino.

Es notorio el conocimiento que obtuvieron los adolescentes, además esta es una herramienta básica para el cuidado de la Salud Sexual y Salud Reproductiva, resaltando que no sólo basta el conocimiento sino también la responsabilidad de cada uno, con la que se use el preservativo. Dentro de esto, lo más importante el cuidado y respeto de su propio cuerpo.

En el quinto ítem el resultado inicial del pre test es de **59%** de estudiantes que respondieron correctamente, al final se noto un incremento hacia el **70%**, ésto refleja una mejora en la comprensión respecto a la violencia basada en género, es decir los estudiantes reconocen que la violencia no sólo es física sino también emocional y sexual, pero además se dan cuenta que los hombres también son víctimas de la violencia Basada en Género, y no sólo las mujeres.

En el último ítem se observa que el porcentaje del pre test es **56%** de estudiantes que

emitieron respuestas correctas, notándose un incremento notorio del **66%** al final del programa, es decir los estudiantes incrementaron su conocimiento con respecto a la forma de prevenir la violencia basada en género es luchar por los derechos y la igualdad entre hombres y mujeres.

CUADRO N° 7
ÁREA DE HABILIDADES PARA LA VIDA

N°	Área de habilidades para la vida	Pre-test Conocimiento inicial			Post-test Conocimiento final			Total
		R.C.	R.I.	No sabe no Resp.	R.C	R.I.	No sabe no Resp.	
		%	%	%	%	%	%	
9	La autoestima es: la evaluación del conjunto de cualidades y características	23%	77%	0%	36%	63%	1%	100%

	que una persona utiliza para describirse a si mismo							
10	Una forma de mejorar la autoestima es: evaluar y revisar periódicamente las cualidades y limitaciones.	45%	54%	1%	58%	40%	2%	100%
11	La asertividad es: la comunicación de las opiniones, creencias, sentimientos y deseos personales de una forma directa, honrada y adecuada.	42%	51%	7%	62%	35%	3%	100%
12	Desarrollar una conducta asertiva incluye: contacto visual, volumen de voz, expresiones de elogio o aprecio.	11%	84%	5%	16%	82%	2%	100%
13	Una forma de mejorar la toma de decisiones es: conocer los pasos para la toma de decisiones y reconocer las emociones que acompañan a la decisión.	39%	60%	1%	58%	41%	1%	100%
14	El liderazgo es: la capacidad de influir en otros, para conseguir un objetivo común.	39%	57%	4%	48%	52%	0%	100%
15	El plan de vida es una herramienta que ayuda a: tener más control y autonomía respecto al entorno.	63%	36%	1%	64%	36%	0%	100%
16	Cuál de los siguientes derechos es un derecho sexual: el derecho a la integridad corporal y la autonomía en el control del propio cuerpo, la imagen y la identidad individual.	19%	79%	2%	39%	60%	1%	100%

Fuente: Cuestionario de CIES

Elaboración: Propia

En cuanto al ítem número nueve, de acuerdo a lo que presenta el cuadro siete, en el pre test el **77%** de los estudiantes respondieron incorrectamente ante esto en el post test se observa una relativa mejoría, ya que se encuentra a un **63%** reflejando que el programa de intervención ayudó a que se logre mejor conocimiento.

Se observa que los estudiantes tuvieron un incremento del conocimiento, de un **54%** al **58%** respondieron certeramente, representando aproximadamente a más de la

mitad de los estudiantes; ésto refiere a que conocen sobre qué hacer para mejorar la autoestima y de esta manera poder aplicarlo a su vida diaria.

En lo referido a la evaluación sobre el conocimiento de la asertividad a un inicio el **51%** tenían conocimiento, pero al finalizar el programa se logró incrementar al **62%**, lo que permite afirmar que los estudiantes reconocen qué es la asertividad.

El **84%** de los estudiantes demostraron tener un conocimiento erróneo acerca cómo desarrollar una conducta asertiva, pero se logró un pequeño incremento del **82%** conocimiento correcto. El motivo por el que aún es relevante la cantidad de estudiantes que respondieron incorrectamente, puede deberse a que una vez obtenido el concepto de qué es la asertividad no tiene la capacidad de adquirir la habilidad de ser asertivos.

De acuerdo a lo expresado anteriormente, el tema es importante, siendo preciso seguir acentuando y potencializando el aprendizaje de los estudiantes ya que no hubo un incremento significativo de conocimiento, es decir siguen existiendo falencias e incertidumbres en emplear una conducta asertiva en la mayoría de los adolescentes.

El **60%** manifestaron no tener conocimiento para tomar una mejor decisión, pero se redujo, quedando un **58%** de estudiantes que respondieron correctamente notándose una leve mejora ante el resultado obtenido anteriormente.

El **57%** no manejan la concepción de liderazgo, pero se nota una reducción de **52%**, ésto indica que la mayoría de los estudiantes no reconocen lo que es y lo que significa el liderazgo, asimilándolo como tal.

Los estudiantes no tienen conocimientos suficientes sobre como realizar un plan de vida teniendo más control y autonomía respecto al entorno, esto por que los resultados antes de aplicar el programa fue de **63%**, y al final fue **64%**. Como se evidencia no hay incremento significativo.

Concerniente al último ítem de esta área se puede mencionar que el **79%** de los estudiantes al inicio dieron respuestas incorrectas y al concluir con el programa se redujo al **60%**. Ante esto se puede deducir que el desconocimiento acerca de los derechos sexuales, se logró disminuir, pero demostrando que menos de la mitad de los estudiantes están capacitados para hacer conocer sus derechos y a la vez hacerlos respetar.

SECCIÓN N° 2

CUADRO N° 8

ACTITUDES ANTE LAS TEMÁTICAS DE SEXUALIDAD, SALUD SEXUAL REPRODUCTIVA Y HABILIDADES PARA LA VIDA.

CATEGORÍA	PUNTUACIÓN	Pre-test Conocimiento inicial	Post-test Conocimiento final
------------------	-------------------	--	---

		%	%
Actitud muy negativa.	-24 a -13	1%	0%
Actitud negativa.	-12 a -1	19%	10%
Actitud positiva.	+1 a +12	46%	42%
Actitud muy positiva.	+ 13 a +24	34%	48%
	Total	100%	100%

Fuente: Cuestionario de CIES

Elaboración: Propia

Observando detalladamente el cuadro N° 8, se evidencia que el porcentaje más significativo es el **48%**; cabe mencionar que anteriormente se tuvo al **34%** en la categoría de actitud muy positiva. Otro de los datos que sobresalen al inicio es el **46%** que al finalizar reduce a un **42%** de actitud positiva.

Referente a lo anteriormente mencionado las cifras demuestran que los estudiantes tienen la capacidad de enfrentar a las situaciones hipotéticas (parte de la realidad) que afectan la vida sexual y el cuidado de la Salud Sexual y Salud Reproductiva. Ahora los adolescentes incorporaron habilidades y actitudes muy positivas para enfrentar y resolver problemas que viven a diario.

Por otra parte, es importante resaltar que el programa tuvo un efecto positivo, ya que los estudiantes ampliaron sus conocimientos sobre la sexualidad, contribuyendo a su educación y formación, incentivando de esta manera a asumir conductas más responsables.

7.1. CONCLUSIONES

Es importante destacar el aporte de la práctica institucional ya que enriqueció el conocimiento y habilidades relacionadas al cuidado de la Salud Sexual y Reproductiva así también la vivencia de la sexualidad de los estudiantes que asisten a los colegios “Lindauro Anzoátegui de Campero” y “San Luis” con una totalidad de

220 alumnos de ambos sexos, que corresponden al 1° y 4° de nivel secundario.

De esta manera, se llegó a las siguientes conclusiones:

- ❖ Respondiendo al **primer objetivo** que está orientado a realizar una evaluación inicial del nivel de conocimiento referente a la sexualidad, se observó que tienen un conocimiento regular, pero en el área de habilidades para la vida se denota una mayor falencia, principalmente en la conducta asertiva; es decir no saben cómo adquirirla y desarrollarla, esta implica: contacto visual, volumen de voz, expresiones de elogio o aprecio hacia los demás, la expresión de sentimientos personales. De esta forma se puede inferir que en los colegios ni en las familias se propician espacios para el abordaje de este tema, porque no conocen el mismo, o porque no se le da la importancia necesaria durante esta etapa de desarrollo.

La mayoría reflejaron tener un bajo conocimiento del concepto de autoestima, llama la atención el desconocimiento de la variable, ya que es una temática que normalmente se trabaja en los colegios; quizás los estudiantes manejen este concepto de una forma más sencilla como la capacidad de quererse y respetarse a sí mismo, o puede ser posible que en los cursos no den el énfasis que merece esta temática para los estudiantes. También se obtuvieron datos significativos, de las formas de prevenir la transmisión de ITS, VIH y embarazos; utilizando el condón en todas las relaciones sexuales, siendo este el único método de doble barrera temporal, con un 97% de efectividad si se usa de manera correcta. Ésto refleja que los estudiantes poseen una información adecuada del método anticonceptivo, reconociendo que el uso del mismo es una forma segura de protegerse.

Se debe destacar también que los estudiantes muestran una actitud positiva frente a las situaciones hipotéticas, donde plasmaron, sus opiniones,

conocimientos, creencias, pensamientos, principios, etc. de una forma racional y coherente, lo que permite deducir que a pesar de no haber tenido una previa orientación, es posible que desarrollen habilidades para resolver los problemas y retos que les presenta la vida cotidiana.

- ❖ Respondiendo al **segundo objetivo** referido a implementar un programa de intervención con talleres, el mismo fue desarrollado bajo una metodología activo participativo lo que permitió generar mayor interés en los estudiantes.

Todas las actividades estuvieron orientadas a fortalecer el conocimiento, es decir llenar los vacíos de información nueva y correcta, eliminar mitos, generar debates y análisis de las creencias, además implementar actitudes responsables frente a las temáticas.

De igual modo se propició el desarrollo de habilidades, por medio de trabajos grupales de los estudiantes para la resolución de preguntas, los cuales se llevaron acabo de manera individual y colectivo lo que permitió espacios de debate, reflexión, unión, coordinación, protagonismo entusiasmo, confianza para hablar con mayor fluidez, seguridad, etc. Por otra parte las técnicas, instrumentos, materiales y la metodología empleada en todo el programa permitieron que los estudiantes puedan asimilar y así llegar a obtener un conocimiento significativo, además el fortalecimiento, perfeccionamiento de habilidades y actitudes acerca de las temáticas de sexualidad, prevención de ITS, VIH/SIDA, embarazos, autoestima, asertividad, toma de decisiones, plan de vida, etc. De esta manera, empoderando a los estudiantes para que tengan la capacidad de control y autonomía, sobre ellos mismo.

- ❖ Por último respondiendo al **tercer objetivo**, referido a la evaluación final en los estudiantes después de la ejecución del programa, se puede comprobar que existe un buen nivel de aprendizaje y conocimiento sobre los diversos temas

abordados, ésto se ve reflejado en los resultados referidos a que una forma segura de prevenir la transmisión de ITS/VIH y embarazos no planificados es utilizar el condón en todas las relaciones sexuales. Se evidenció que la mayoría logro perfeccionar aún más los conocimientos previos; otro de los porcentajes más significativos está relacionado a que la mejor forma de prevenir las ITS/VIH y embarazos no planificados es utilizar el condón femenino o masculino. Por otro lado, el menor incremento se mostró ante la posibilidad de desarrollar una conducta asertiva; ésto puede deberse a que los estudiantes no tenían conocimiento sobre esta habilidad. Además, recientemente ha sido insertada a la sociedad, es una habilidad que requiere de muchas destrezas como ser: contacto visual, volumen de voz, expresiones de elogio o aprecio, de una manera honesta, honrada y adecuada.

Por otra parte, también es importante mencionar que los alumnos saben con claridad que la sexualidad es la forma de ser de cada uno, que se expresa mediante sentimientos, actitudes y sensaciones placenteras como besos, caricias y abrazos. A diferencia de sexualidad, el sexo es la diferencia biológica y genital de cada ser humano. Es importante resaltar la participación y predisposición mostrada por los participantes durante la ejecución del programa, lo que permitió realizar un trabajo más eficaz, logrando un incremento considerable sobre el nivel de conocimiento, a través de los diferentes temas abordados durante la práctica institucional y su correspondiente técnica activa participativa.

7.2. RECOMENDACIONES

Al Centro de Investigación Educación y Servicio (CIES) Salud Sexual y Reproductiva.

- Es importante que sigan capacitando a la población con talleres en Educación Sexual, ya que existe una notable demanda por conocer sobre el tema, además tener información confiable y fiable.
- Poner mayor énfasis sobre el área de habilidades para la vida en los líderes que forman el programa “tú decides” de jóvenes para jóvenes, sin dejar de lado los otros temas como son la Salud Sexual y Reproductiva, también los Derechos Sexuales y Reproductivos, etc.
- Implementar programas de Educación Sexual en las Instituciones Educativas y que se cumpla dentro de la malla curricular los programas ya existentes. Para que así se pueda informar y empoderar a una mayor población de adolescentes.

Para futuros practicantes de la Carrera de Psicología

- Es importante para futuros practicantes en proceso de titulación, que pongan mayor énfasis y potencien el área de habilidades para la vida, por que no ha habido un incremento significativo después de la aplicación del programa. esta área esta compuesta por los temas: autoestima, comunicación asertiva, plan de vida, liderazgo. Se observa que no se le da la importancia que requieren estos temas pero a partir de ellos los adolescentes pueden adquirir una mejor forma de relacionarse con su entorno, además se auto perciben y a partir de ello pueden pensar hacia un futuro. Es importante destacar que los adolescentes se empoderan y pueden tener mayor claridad de su toma de decisiones.

Es pertinente que la Práctica Institucional no sólo se haga con los estudiantes, sino también en colaboración con los padres para que haya una

buena comunicación de ideas acerca de la sexualidad; además, para que los padres tengan una información adecuada y pierdan el temor de hablar este tema con sus hijos.