



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
INSTITUTO DE POSTGRADOS**



**MAESTRIA EN GERENCIA DE LOS SERVICIOS
DE SALUD**

MODELO DE PROGRAMA DE EDUCACIÓN Y DIFUSIÓN EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA, CON ENFOQUE INTERCULTURAL PARA ADOLESCENTES DE LA COMUNIDAD DE GUALSAQUI PERTENECIENTE AL CANTON OTAVALO PROVINCIA DE IMBABURA.”

**Trabajo de Investigación previo a la obtención del grado de
Magister Gerencia de Servicios de Salud**

AUTORA: Lic. Ligia Mogrovejo
TUTORA: Dra. Janine Rhea

Ibarra, 2011

APROBACIÓN DEL TUTOR

En calidad de tutor de trabajo de Grado, presentado por la licenciada Ligia Mogrovejo para optar por el grado de Magister en Gerencia de servicios de Salud, doy fe de que dicho trabajo reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a presentación pública y evaluación por parte del jurado examinador que se designe.

En la ciudad de Ibarra, a los 12 del mes de Octubre del 2009.

Dra. Janine Rhea
C.I.100144895-8.

MODELO DE PROGRAMA DE EDUCACION Y DIFUSION EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA, CON ENFOQUE INTERCULTURAL PARA ADOLESCENTES DE LA COMUNIDAD DE GUALSAQUI PERTENECIENTE AL CANTON OTAVALO PROVINCIA DE IMBABURA.”

Por: Ligia Mogrovejo

Trabajo de Grado de Maestría aprobado en nombre de la Universidad Técnica del Norte, por el siguiente Jurado, a los 27 días del mes de abril del 2011.

Msc. Juan Almendáriz
Cl.....

Dr. Carlos Villalba
Cl.....

Dr. Milton Jaramillo
Cl.....

DEDICATORIA

Con mucho amor dedico a mi esposo y a mi hijo, quienes con su apoyo incondicional me han permitido culminar con éxito una meta más.

Lic. Ligia Mogrovejo

RECONOCIMIENTO

Una de las virtudes más hermosas del ser humano es la gratitud, por ello agradezco a la Universidad Técnica del Norte, por haberme dado la oportunidad de obtener mi título de Magister en Gerencia en los Servicios de Salud, también a la Dra. Janine Rhea por su valioso asesoramiento y experiencia profesional, agradezco a mis compañeras de trabajo y a todas las personas que contribuyeron en la realización de mi trabajo de investigación.

Lic. Ligia Mogrovejo

INDICE GENERAL

CONTENIDOS	Págs.
Portada	i
Aprobación del tutor	ii
Aprobación del jurado	iii
Dedicatoria	iv
Reconocimiento	v
Índice general	vi
Resumen	ix
Summary	x
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.	4
1.1 Contextualización del problema	5
1.2 Identificación de causas y efectos	6
1.3 Identificación de elementos colaterales.	7
1.4 Determinación de criterios de inclusión y exclusión.	7
1.5 Formulación del problema.	7
1.6 Objetivos.	8
1.6.1 general	8
1.6.2 específicos	9
1.7 Preguntas de Investigación.	9
1.8 Justificación.	9
1.9 Viabilidad.	10
	11
CAPÍTULO II MARCO TEORICO.	
2.1 Antecedentes.	13
2.2 Bases teóricas.	14

2.3 Aspectos contextuales del embarazo en adolescentes en el Ecuador	15
2.4 Salud Sexual y Reproductiva	17
2.4.1 La sexualidad	17
2.5 La salud sexual reproductiva en las comunidades indígenas	19
2.6 Limitaciones de acceso al tema de salud sexual y reproductiva	20
2.6.1 Barreras culturales, económicas y de idioma	21
2.7 Educación en salud sexual y reproductiva con enfoque intercultural	25
2.7.1 El enfoque intercultural	25
2.7.2 La Interculturalidad	25
2.7.3 La educación sexual y reproductiva	27
2.7.4 Pautas para una correcta educación de la sexualidad	28
2.8 La Adolescencia	32
2.8.1 El Embarazo en Adolescentes	34
2.8.2 Impacto de la maternidad de adolescentes	37
2.8.3 Factores asociados a un embarazo temprano	39
2.8.4 Factores de riesgo en el embarazo	40
2.8.5 Enfermedades de transmisión sexual	42
2.8.6 ¿Cómo pueden prevenirse las enfermedades venéreas	43
2.8.7 Prevención y atención del embarazo en la adolescencia con énfasis en comunidades urbanas pobres.	47
2.9 Modelo de educación intercultural	48
2.10 Modelos de gestión en Educación	49
2.10.1 Modelo de gestión	49
2.10.2 Eficiencia en la gestión	50
2.11 Promoción de salud	50

2.1.11 La promoción de la salud y prevención	50
2.12 Marco Legal	52
2.13 Glosario de término	54

CAPÍTULO III METODOLOGIA.

3.1 Tipo de Investigación.	56
3.2 Diseño de Investigación.	56
3.3 Población	57
3.4 Muestra.	57
3.5 Métodos.	58
3.6 Técnicas de recolección de la Información	59
3.7 Valor práctico del estudio	59
3.8 Operacionalización de variables	60

CAPÍTULO IV RESULTADOS Y DISCUSION

4.1 Análisis e interpretación de los resultados	62
4.2 Discusión de resultados.	65
4.3 Posicionamiento del Investigador	67
4.4 Respuestas a las preguntas de investigación	68
4.5 Conclusiones	69
4.6 Recomendaciones	70

CAPITULO V PROPUESTA

5.1 PROPUESTA	71
5.2 CONCLUSIONES	83
5.3 RECOMENDACIONES	84
5.4 BIBLIOGRAFIA	85
5.5 ANEXOS	89

MODELO DE PROGRAMA DE EDUCACION Y DIFUSION EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA, CON ENFOQUE INTERCULTURAL PARA ADOLESCENTES DE LA COMUNIDAD DE GUALSAQUI PERTENECIENTE AL CANTON OTAVALO PROVINCIA DE IMBABURA.”

Autora: Ligia Mogrovejo

Tutora: Janine Rhea

Año: 2011

RESUMEN

Las poblaciones indígenas en el país no reciben atención de salud adecuada y principalmente en lo relacionado a salud sexual y reproductiva, por lo que fue necesario realizar un estudio cualitativo en la comunidad de Gualsaquí con enfoque intercultural, considerando a la población indígena y mestiza de la localidad mediante la técnica de grupos focales, se trabajó con 7 grupos, tanto de adolescentes indígenas como de mestizos, estos grupos estuvieron conformados entre 7 y 12 participantes de diferentes sectores de la comunidad. Este estudio permitió identificar limitaciones existentes: como es la falta de comunicación en la familia, la poca confianza que existe entre los jóvenes y padres de familia para hablar sobre temas relacionados con salud sexual reproductiva, hecho que se debe a la falta de preparación de los padres, además la falta de información adecuada y oportuna en las instituciones educativas, el desconocimiento en métodos de planificación familiar principalmente en el grupo de indígenas lo que ha incidido en el aumento de jóvenes embarazadas en edades muy tempranas, la situación económica de las familias, en el aspecto cultural el embarazo es bien visto por los varones, ya que representa la fertilidad en la mujer. Por ello fue necesario elaborar un programa de educación en salud sexual y reproductiva con enfoque intercultural. Este programa permitió de alguna manera informar y preparar a la población indígena y mestiza de la comunidad en lo que se refiere a: una buena salud sexual reproductiva responsable, métodos anticonceptivos, autoestima, valores y en paternidad responsable. Los resultados de ésta propuesta es que los jóvenes en la actualidad tienen más confianza de hablar, preguntar y solicitar ayuda a la Unidad de salud en lo referente a salud sexual y reproductiva. De seguro que éste programa de capacitación continuará buscando nuevas estrategias para que los adolescentes de la comunidad lleguen a ser artífices de su destino sexual, con la finalidad de que puedan ser constructores de su proyecto de vida lleno de satisfacciones.

I MODEL OF PROGRAM OF EDUCATION AND DIFFUSION IN SEXUAL AND REPRODUCTIVE HEALTH, WITH FOCUS INTERCULTURAL FOR ADOLESCENTS OF THE COMMUNITY DE GUALSAQUI BELONGING TO THE CANTON OTAVALO COUNTY DE IMBABURA."

Author: Ligia Mogrovejo

Tutor: Janine Rhea

Year: 2011

SUMMARY

The indigenous populations in the country don't receive attention of appropriate health and mainly in the related to sexual and reproductive health, for what was necessary to carry out a qualitative study in the community of Gualsaquí with focus intercultural, considering the indigenous population and it crossbreeds of the mediating town the technique of focal groups, one worked with 7 groups, so much of indigenous adolescents as of mestizos, these groups were conformed between 7 and 12 participants of different sectors of the community. This study allowed to identify existent limitations: as it is the lack of communication in the family, the little trust that exists between the youths and family parents to talk about topics related with sexual reproductive health, fact that is due to the lack of the parents' preparation, also the lack of appropriate and opportune information in the educational institutions, the ignorance in methods of family planning mainly in the group of indigenous what has impacted in the increase of youths embarrassed in very early ages, the economic situation of the families, in the cultural aspect the pregnancy is very seen by the males, since it represents the fertility in the woman. Hence it was necessary to elaborate an education program in sexual and reproductive health with focus intercultural. this programs he/she allowed somehow to inform and to prepare the indigenous population and it crossbreeds of the community in what refers to: a responsible good sexual reproductive health, birth-control methods, self-esteem, values and in responsible paternity. The results of this proposal is that the youths at the present time have more trust of speaking, to ask and to request help to the Unit of health regarding sexual and reproductive health. Of for sure this qualification program will continue looking for new strategies so that the adolescents of the community end up being authors of its sexual destination, with the purpose that they can be building of its project of life full with satisfactions.

INTRODUCCIÓN

La educación es una variable clave en la explicación y la transformación de los conocimientos relacionados con la salud sexual y reproductiva. La educación sexual es todo un proceso fundamental mediante el cual se adquieren y transforman de manera formal e informal, conocimientos, actitudes y valores, respecto a la sexualidad en todas sus manifestaciones, que van desde los aspectos biológicos hasta los relacionados con la reproducción, la identidad y las representaciones sociales, ya que ejerce su influencia sobre el comportamiento, criterios, convicciones, motivaciones y actitudes de los individuos en la sociedad.

Es un instrumento importante para lograr la conservación y el restablecimiento de la salud individual y de la población en general.

Una adecuada educación y consejería en sexualidad acorde a la etapa de desarrollo de los (las) adolescentes y jóvenes contribuyen positivamente a la salud y al desarrollo de ellos(as), y permite la postergación de su vida sexual activa y precoz.

Para valorar la sexualidad adecuadamente, es necesario abordarla con seriedad y responsabilidad, sin olvidar su carácter gozoso y alegre. La sexualidad no se puede entender de forma aislada, pues perderíamos toda la riqueza que aporta. Pensar en ella significa comprender al hombre entero, en su complejidad y en su unidad, explicar los valores de la vida, la libertad y la esencia del amor. El fin de las normas objetivas morales no es la represión de la sexualidad, sino proteger y favorecer que el dinamismo profundo de la sexualidad llegue a su plenitud y sentido.

Por esta razón, preocupada por una educación diferente se desarrollo el presente trabajo, el mismo que a través de un programa de educación sexual y Reproductiva, permita llegar a la mayoría de las/los

adolescentes con una educación integral la misma que no se conforma con lo intelectual, debe abrirse a la voluntad, a los sentimientos, a los valores.

Una educación sexual nunca debe convertirse en una especie de información obsesiva que llene la mente del adolescente, como un incentivo que desate su curiosidad y le lleve a realizar actos sexuales. La mera explicación de cómo se obtienen sensaciones placenteras puede constituir una incitación al erotismo. No forma para el amor, deforma. Lanza por una vía contraria al auténtico amor, y las consecuencias de esta actitud pedagógica van a ser muy negativas: embarazos en adolescentes, abortos, madres solteras y desequilibrios psicológicos a muy temprana edad, enfermedades de transmisión sexual.

La meta principal no es imponer preceptos a la persona humana, sino invitarle a ser persona en plenitud.

La salud sexual y reproductiva incluye la capacidad que tenemos de disfrutar una actividad sexual responsable, satisfactoria y segura, y la libertad para decidir tener o no relaciones sexuales, con quien, cuando y con qué frecuencia. Asimismo, la decisión de tener o no hijos, cuantos y cuando tenerlos. También incluye nuestro derecho a recibir información adecuada para prevenir embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual, incluido el VIH/SIDA, y acceder a servicios de salud adecuados.

Para llevar a cabo el presente trabajo de investigación, se lo ha estructurado en cinco capítulos, los mismos que estructurados en una secuencia lógica y ordenada permiten el desarrollo de la investigación.

El capítulo I presenta la contextualización del problema a nivel macro, meso y micro, identificando las causas tanto a nivel nacional como a nivel local sobre el desconocimiento del tema de salud sexual y reproductiva y

los efectos que esto acarrea a la población de adolescentes de la comunidad de Gualsaquí. Esto permite la formulación del problema y el planteamiento de los objetivos justificando la importancia de este estudio de investigación.

El capítulo II, abarca el Marco Teórico el mismo que contiene todo lo referente a salud sexual y reproductiva desde un punto de vista diferente, considerando aspectos sociales y culturales.

El capítulo III ha permitido estructurar la investigación en forma ordenada iniciando por la identificación de la población a la que fue dirigida la investigación con los apropiados instrumentos, métodos y técnicas de aplicación para poder obtener una información acertada.

El capítulo IV, contiene los resultados y análisis obtenidos de la investigación para luego realizar una discusión de resultados, respondiendo a las preguntas de investigación y terminando con las conclusiones y recomendaciones.

El capítulo V, abarca la propuesta que es un modelo de programa de educación y difusión en salud sexual y reproductiva, con enfoque intercultural para adolescentes de la comunidad de Gualsaquí, la investigación se termina estableciendo conclusiones y sus respectivas recomendaciones para lograr que éste trabajo de investigación continúe buscando soluciones en cuanto al tema de salud sexual y reproductiva con enfoque intercultural.

CAPÍTULO I

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.

1.1 CONTEXTUALIZACIÓN DEL PROBLEMA

El embarazo es un estado de salud normal al cual la mayoría de mujeres aspiran en algún momento de sus vidas, a pesar de que este proceso de la vida sea normal, conlleva riesgos serios de muerte y discapacidad.

A nivel mundial se conoce que medio millón de mujeres jóvenes que mueren cada año como resultado de complicaciones del embarazo y principalmente en zonas rurales e indígenas. La mayoría de esas muertes podrían ser evitadas si se tomaran medidas preventivas y se dispusiera de un cuidado adecuado.¹

Cada año seis millones de mujeres se embarazan, casi cuatro millones tienen un parto, y más de un millón experimentan complicaciones relacionadas con él. Esto significa que las complicaciones relacionadas con el embarazo son una carga importante para las mujeres, sus familias, y la sociedad en los aspectos económico, social y personal.²

Según el informe sobre salud sexual y reproductiva presentado por la confederación parlamentaria de la Américas en junio del 2006 afirma que:

- Por lo menos 350 millones de personas que desean evitar un embarazo carecen de acceso a métodos de planificación familiar;

¹World Health Organization. Beyond the numbers : reviewing maternal deaths and complications to make pregnancy safer. Geneva: World Health Organization; 2004.

²Berg C, Danel I, Atrash H, Zane S, Bartlett L (Editors). Strategies to reduce pregnancy-related deaths: from identification and review to action. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention; 2001.

- 120 millones de mujeres carecen de servicios de salud reproductiva accesibles y aceptables;
- y alrededor de medio millón de mujeres mueren a consecuencia del aborto que es una causa más frecuente.

Ecuador es uno más de los países en desarrollo de América latina que tiene un alto porcentaje de embarazos de adolescentes especialmente de la población indígena.; debido a que estas poblaciones son generalmente pobres, residen en zonas rurales y su nivel educativo es muy bajo.

Las poblaciones indígenas en el país no reciben una atención de salud adecuada debido a que no existe por parte del gobierno diseños estructurales para la prestación de servicios con enfoques interculturales para poder llegar a esta población con características propias y que a diferencia de las demás requieren de mayor atención puesto que presentan desafíos culturales y lingüísticos y que reflejan el fracaso del sistema de servicios de salud.

En la provincia de Imbabura, según el diario Hoy en su página Web manifiesta que un grupo de ginecólogos en el año 2005 realizó una investigación cuyos resultados indican que existe un porcentaje del 59.45% de embarazos en adolescentes en la provincia, constituyéndose el más alto a nivel de País en lo que respecta a embarazos en adolescentes,

En la comunidad de Gualsaquí perteneciente a la Parroquia Quichinche del Cantón Otavalo, se ha observado en lo que va del año en curso que se encuentran 15 mujeres embarazadas de las cuales 3 son de 14 años; 4 de 16 y el resto de 17 y 18 años, situación que se torna alarmante por la temprana edad para ser madres.³

³ La información incluida en esta sección proviene de: ENDEMAIN 2004 y Sistema integrado de Indicadores Sociales (SIISE versión 4.5)

Estos datos se obtienen de la estadística obtenida de la Unidad de Salud que existe en la comunidad, en estos datos registrados no están considerados el número de adolescentes que no acuden a la Unidad de Salud a realizarse los controles respectivos por vergüenza, o por que las familias no quieren que se enteren que sus hijas se encuentran en estado gestacional, llegando a determinar que el número de adolescentes embarazadas es mayor que el registrado en la Unidad de Salud.

1.2. IDENTIFICACIÓN DE CAUSAS Y EFECTOS

Los adolescentes desconocen sobre Salud Sexual y reproductiva, de manera clara y verás de igual manera sus derechos y obligaciones con su propio cuerpo, a causa de mantener los tabúes desde tiempos ancestrales que no les permiten ir desarrollándose en el aspecto sexual y reproductivo con la misma rapidez del mundo globalizado. La cultura propia de los y las Adolescentes hace un poco más complicado llegar con la información correcta ya que no se da la debida importancia a la Interculturalidad.

Existen referencias por parte de los pobladores de la comunidad, de que algunos embarazos de adolescentes son producto de abuso sexual de parte de quienes las llevan a trabajar especialmente a Colombia, actos que no son denunciados por la rudeza, temor y por falta de recursos para contratar los servicios de un profesional del derecho para su respectiva defensa.

Esta situación se va agravando cada vez más, debido a que la mayoría de los niños/niñas no terminan los estudios primarios, lo que conlleva a que no tengan ninguna información sobre Salud Sexual y Reproductiva, y los/las jóvenes por su condición cultural no tienen la confianza en lo que

es la Salud Occidental, lo que implica que no acepten los métodos anticonceptivos, y no busquen esta ayuda.

1.3. IDENTIFICACIÓN DE ELEMENTOS COLATERALES

Las adolescentes madres tienen que buscar la forma de trabajar, algunas de ellas abandonan sus estudios por causa de su hijo y su vida de joven se le termina por el cuidado de su vástago, la comunidad también les relega por creer que son un mal ejemplo para las demás adolescentes.

El conflicto no queda aquí sino que también repercute en el niño/a que nace sin que su madre lo desee, más bien es un niño esperado con angustia, tristeza, ira, frustración social y personal, por esta imprevista situación de llegar a ser madre sin ninguna preparación ni ayuda y muchas veces agredida física y verbal por el padre de su hijo/a.

También la embarazada adolescente tiene que enfrentar por su temprana edad una maternidad con complicaciones, por lo que tendrían que tener una adecuada atención médica, para las detecciones tempranas de riesgos obstétricos, que prevengan muertes maternas y neonatales.

1.4. DETERMINACIÓN DE CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

Preocupados por ésta situación las autoridades civiles (presidente de la comunidad) solicitan que la unidad médica asistan con la difusión de la salud sexual y reproductiva haciendo énfasis en la interculturalidad para poder llegar en forma efectiva con la información requerida para que los adolescentes y adultos sepan manejar y enfrentar este problema que causa graves limitaciones en el desarrollo personal especialmente en los y las adolescente.

Ante el problema imperante en la población indígena de la comunidad de Gualsaquí es necesario plantear correctivos en la forma de cómo se vienen desarrollando los procesos de difusión, capacitación y prácticas de prevención en salud sexual y reproductiva especialmente por parte de las unidades de salud localizadas en la comunidad, integrando a las instituciones educativas y demás organismos responsables para evitar los embarazos en las adolescentes, la mortalidad y mejorar los niveles de vida de la población.

La población indígena por ser representativa merece un trato especial por todos quienes tienen en sus manos el desarrollo de este sector que ha sido relegado por aspectos de discriminación y que actualmente están haciendo presencia en el campo político pero que en su gran mayoría viven en condiciones extremas de pobreza, analfabetismo, sometimiento y marginación; condiciones que no son aceptables en un estado democrático como es el nuestro.

1.5. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuáles son las limitaciones existentes en la difusión, capacitación y prácticas de prevención en salud sexual reproductiva especialmente en adolescentes de la comunidad de Gualsaquí perteneciente al cantón Otavalo de la Provincia de Imbabura?

1.6. OBJETIVOS

1.6.1. OBJETIVO GENERAL

Elaborar un modelo de programa de Educación y Difusión en Salud Sexual y Reproductiva con Enfoque Intercultural para adolescentes en la comunidad de Gualsaquí perteneciente al cantón Otavalo provincia de Imbabura.

1.6.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Diagnosticar y analizar las limitaciones existentes en la difusión, capacitación y prácticas de prevención en salud sexual reproductiva especialmente en adolescentes de la comunidad de Gualsaquí perteneciente al cantón Otavalo de la Provincia de Imbabura.
- Elaborar estrategias útiles para promover un plan de acción para la salud sexual y reproductiva en la comunidad.
- Aplicar el modelo de programa de Educación y difusión en Salud Sexual y Reproductiva para realizar ajustes necesarios en la gestión de la educación y difusión del mismo.

1.7. PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

- ¿Qué barreras impiden que se desarrolle el conocimiento de las prácticas de la salud sexual y reproductiva en la población indígena?
- ¿Qué estrategias son útiles para promover un plan de acción para la salud sexual y reproductiva en la comunidad?
- ¿La puesta en marcha de un programa de educación y difusión de la salud sexual y reproductiva asegura el conocimiento y practica de métodos para una buena salud sexual y reproductiva del la población indígena?

1.8. JUSTIFICACION

Los embarazos y la maternidad durante la adolescencia definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como el período comprendido entre los 10 y 19 años de edad conllevan considerables riesgos. En los sectores rurales, urbano marginales del cantón Otavalo cuya población en un 90% es indígena, muestran una seria resistencia a integrar directamente los programas de capacitación en educación sexual y reproductiva y lo más importante la apropiación de estos conocimientos para aplicarlos en su vida sexual, lo que hace que gran número de adolescente de entre los 14-18 años de edad tengan embarazos no deseados, originando de esta manera un ambiente poco adecuado para el nuevo ser, e incidiendo también otra serie de factores como ,la condición de pobreza en la que viven, la afectividad, la aceptación por parte de los demás miembros de la familia y comunidad.

Siendo éste un problema de carácter social es imprescindible y de carácter urgente realizar ésta investigación la misma que nos permitirá a través de un diagnóstico conocer las limitaciones existentes para abordar el tema de salud sexual y reproductiva, para luego armar un programa de difusión que nos permita acceder a toda la población en especial en la comunidad de Gualsaquí con el fin de prevenir embarazos tempranos, y lograr de alguna manera no interrumpir su juventud para asumir la responsabilidad de ser padres en lo mejor de los casos, porque la mayoría de los embarazos se ve a la mujer adolescente en la amarga tarea de ser ellas solas quienes asuman tan grande responsabilidad de criar, educar y sacar adelante a su hijo/a.

La investigación que se va a llevar a efecto es original por cuanto no existen otras investigaciones en temas de salud sexual y reproductiva que estén enfocadas en el marco de la interculturalidad en las

comunidades indígenas especialmente en la Comunidad de Gualsaquí Cantón Otavalo provincia de Imbabura.

Es importante destacar que en la presente investigación existe la apertura por miembros de la unidad de salud “Gualsaquí”, lo que permitirá que no solo se verán beneficiados las/los adolescentes de la comunidad sino también la unidad de salud quienes serán los beneficiarios directos de esta propuesta de transformación de escenarios para la capacitación permanente en educación sexual y reproductiva tomando como base la interculturalidad.

1.9. VIABILIDAD

La presente investigación es viable realizarla en toda su extensión debido a que cumple con todos los requerimientos en los ámbitos administrativo, Técnico, Social, político, Económicos y Legal

La realización de la propuesta es generadora de cambio en las estructuras sociales y culturales de las comunidades indígenas en lo que respecta a la salud sexual y reproductiva en los adolescentes con la operativización eficaz de los objetivos del MSP.

Existe suficiente bibliografía especializada en lo referente al tema de investigación como: metodología de diseño, estrategias en procesos de gestión, planificación estratégica, administración de recursos humanos, datos científicos provenientes de estudios realizados por organismos internacionales que se preocupan por la población indígena de América Latina.

Se dispone de los recursos necesarios e indispensables sobre todo la predisposición de proponer soluciones que vayan en beneficio de quienes requieren de nuestro contingente.

Los recursos económicos para el proyecto se basan en la autogestión de los interesados.

CAPITULO II

MARCO TEÒRICO

2.1. ANTECEDENTES.

La Comunidad de Gualsaquí se encuentra al Noroeste de la ciudad de Otavalo, la misma que tiene una población del 90% de Indígena y un 10% de población Mestiza, la población de Adolescentes es de 328 que equivale al 10% de la población total; datos tomados de las estadísticas de la unidad de salud “Gualsaquí”.

Desde diez años atrás se viene observando un alto número de Embarazos en adolescentes mujeres en edades comprendidas de 14 a 18 años y mujeres, que se encuentran entre veinte y treinta que equivale del 8% que en varios de los casos son abandonadas por su parejas, viéndose obligadas a cuidar de sus hijos solas y en condiciones de extrema pobreza.

Se observa que la condición de la mujer indígena se ve afectada por ciertas convicciones de los adultos de que las mujeres solo sirven para las labores de la casa, y no les brindan cuidado ni protección de parte de la familia, por lo cual ellas tienen que a temprana edad buscar sus propios ingresos o lo que es mas se juntan en matrimonio sin una debida preparación ni orientación de la salud sexual y reproductiva. Su cultura es muy rígida en lo que respecta a esta creencia por lo que hay que trabajar con los jóvenes.

De igual forma hay una desigualdad en lo que respecta a la educación formal donde los varones si terminan la Instrucción Primaria y muchos asisten al Colegio, todo lo contrario sucede con las mujeres, que son muy

pocas las que culminan la Primaria y se reduce más las que asisten al Colegio. En los últimos diez años se observa que ninguna mujer indígena de ésta comunidad haya obtenido una carrera Universitaria, lo que no sucede con la población mestiza.

En lo que respecta a tener una salud sexual y reproductiva no reciben instrucción alguna de ninguna parte de organismos responsables como son las unidades médicas, a través de sus promotores y peor aún por parte de sus creencias es que deben aprender cuando lleguen al matrimonio.

2.2. BASES TEÓRICAS

El presente trabajo investigativo se orienta a operativizar adecuadamente los objetivos institucionales. El ministerio de Salud Pública MSP viene desarrollando a través de las unidades de salud una serie de programas orientados a la promoción de la salud y prevención de enfermedades y en especial sobre la maternidad gratuita y los embarazos de adolescentes.

Las unidades ejecutoras vienen desarrollando campañas de capacitación en los centros o subcentros del país con diferentes temas relacionados a las enfermedades, como también a las madres en períodos de gestación para un embarazo saludable, como profesional en el área de salud es importante implementar un plan de capacitación para las adolescentes que contribuya a la disminución de embarazos no deseados en la adolescencia.

La unidad de salud "Gualsaquí" avizora en emprender una ardua campaña para la capacitación en Educación sexual y reproductiva en forma permanente, para lo cual, como maestrante es necesario diseñar un modelo de programa de educación y difusión de la salud sexual y reproductiva con enfoque intercultural para la población indígena, el

mismo que deberá contener una serie de lineamientos, procesos estratégicos, métodos a aplicar con el fin de conseguir el objetivo.

2.3. ASPECTOS CONTEXTUALES DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES EN EL ECUADOR

En el Ecuador viven cerca de dos millones y medio de adolescentes entre 10 y 19 años, Los/as adolescentes representan el 20% del total de la población Ecuatoriana.⁴

La tendencia de la fecundidad adolescente en el país en la última década es al incremento, siendo la más alta de la sub-región andina y oscila alrededor de 100 nacimientos por cada mil mujeres.

Según ENDEMAIN (2004) en “Ecuador dos de cada tres adolescentes de 15-19 años sin educación son madres o están embarazadas por primera vez. Las proporciones de maternidad adolescente son hasta cuatro veces más altas entre las que no tienen educación (43%), comparadas con las de niveles educativos más altos (11% con secundaria completa)”.

Las brechas por niveles de ingresos son también importantes. Por un lado, alrededor del 30% de las adolescentes del quintil inferior de ingresos son madres en Ecuador, mientras poco más del 10% de las adolescentes de mayor nivel de ingresos son madres o se embarazan. Asimismo, al analizar las tasas de fecundidad por Área, se observa que la fecundidad adolescente en áreas rurales son 30% más altas que en áreas urbanas.⁵

En relación con el embarazo adolescente, según ENDEMAIN 2004, el 45% de adolescentes que se embarazaron, no estudiaban ni trabajaban.

⁴ENDEMAIN - 2004

⁵ENDEMAIN - 2004

Las tasas de desempleo son siempre mucho más elevadas entre los jóvenes de 15-24 años, comparados con los demás grupos de edad y el desempleo es mayor entre las mujeres. Los/as adolescentes son quienes presentan menores tasas de ocupación, y adolescentes y jóvenes que trabajan y tienen hijos, por su menor edad y poca experiencia, encuentran mayores barreras para encontrar trabajo, y la gran mayoría trabaja en empleos de baja productividad, con bajos salarios, sin cobertura de la seguridad social y con limitaciones para su crecimiento personal.⁶

En el caso de las mujeres, se profundizan las diferencias entre las adolescentes y jóvenes pobres, que trabajan en menores proporciones, y las no pobres, que en su gran mayoría están ocupadas. Los asalariados informales incluyen sobre todo a jóvenes que abandonan la escuela tempranamente, transitan y/o permanecen en el mercado informal sin superar la educación secundaria, muchos de ellos/as haciéndose jefes/as de sus hogares con hijos/as.

En el caso de las mujeres indígenas se profundiza más las diferencias, y existe una mayor probabilidad de presentar complicaciones durante el embarazo, tener hijos e hijas con bajo peso al nacer o prematuros.

El riesgo de morir de una mujer indígena durante el embarazo, parto o puerperio es casi tres veces mayor que el de una mujer no indígena. Como se sabe la mayor mortalidad de la población indígena se registra en los primeros años de vida. Los factores de riesgo asociados a las elevadas tasas de mortalidad infantil son: mujeres con elevada fecundidad; inicio temprano de la vida sexual activa y períodos intergenésicos cortos; madres de baja escolaridad y malas condiciones de vivienda.⁷

⁶ ENDEMAIN 2004

⁷ Guzmán, J.M. et al. (2001). Diagnóstico sobre Salud Sexual y reproductiva de Adolescentes en América Latina y el Caribe. México.

Este panorama es preocupante para quienes trabajamos en el sector salud, por lo que urgente un programa de educación y difusión en salud sexual y reproductiva, con un enfoque diferente, es decir planteando desde el punto de vista de la Interculturalidad considerada como un proceso que modifique las relaciones negativas entre institución-usuarios, entre saberes y prácticas institucionales y populares de atención.

2.4. SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

La Organización Mundial de la Salud define a la salud sexual y reproductiva como: *“es un estado general de bienestar físico, mental y social y no una mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo, sus funciones y procesos”*.

La salud sexual y reproductiva incluye la capacidad que tenemos de disfrutar una actividad sexual responsable, satisfactoria y segura, y la libertad para decidir tener o no relaciones sexuales, con quien, cuando y con qué frecuencia. Asimismo, la decisión de tener o no hijos, cuantos y cuando tenerlos. También incluye nuestro derecho a recibir información adecuada para prevenir embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual, incluido el VIH/SIDA, y acceder a servicios de salud adecuados.

2.4.1. LA SEXUALIDAD

La sexualidad existe desde que uno nace hasta que muere. En las diferentes etapas de la vida se manifiesta de distinta manera (de la misma forma que nos va cambiando el cuerpo y los gustos). Todo esto es un proceso normal en el desarrollo de las personas.

Muchas veces se confunde el sexo con la sexualidad. En realidad el sexo se refiere a las características biológicas y anatómicas que diferencian los aparatos genitales y reproductivos de mujeres y varones. Principalmente a los órganos sexuales, el pene y la vagina.

En cambio la sexualidad se refiere a todas las formas de buscar y dar placer: mirar, charlar, comunicarse, querer, sentir, acariciar, besar, jugar y tener relaciones sexuales.

Todos tenemos derecho a decidir si deseamos o no tener relaciones sexuales, si queremos o no tener hijos, la cantidad y el momento de la vida de ser padre o madre. También es nuestro derecho acceder a la información adecuada para hacer la mejor decisión.

Los jóvenes tienen derecho:

- Ha conocer su cuerpo, para poder cuidarlo y quererlo.
- A espacios donde poner en palabras sus interrogantes y necesidades en relación a la sexualidad, en un ambiente de confianza y apoyo.
- A la confidencialidad, a la privacidad y el respeto.
- A la escucha y comprensión.
- A la información clara y precisa de todos los métodos anticonceptivos ventajas y desventajas de cada uno y accesibilidad.
- Al acceso a métodos anticonceptivos seguros, eficaces y de buena calidad.
- A elegir como, cuando, con quien y cuántos hijos desean tener, fomentando una maternidad y paternidad responsables.
- A no sufrir situaciones de violencia y abuso sexual en ninguna de sus manifestaciones.

- A no ser discriminados por su género, edad u orientación sexual.
- Al disfrute y el placer.
- A la protección contra enfermedades de transmisión sexual, incluido el VIH/SIDA.
- A elegir si desean tener una vida sexual activa o no.
- A servicios de atención en salud sexual y reproductiva dirigidos específicamente hacia sus preocupaciones y necesidades.

2.5. LA SALUD SEXUAL REPRODUCTIVA EN LAS COMUNIDADES INDIGENAS

La Salud Reproductiva en zonas indígenas es desatendida y no tratada con calidad y calidez como debería ser, tomando en cuenta las cosmovisiones de las diferentes etnias que existen en nuestro país.

Dentro del Sistema Médico Indígena, llamado también Medicina Tradicional, existen especialistas que gracias a ellos, las comunidades indígenas han sobrevivido; entre ellos se encuentran las parteras, los yerberos(as), los hueseros(a), los chupadores (as), los rezanderos(as) y los curanderos(as) en general. Con esta investigación se pretende, por un lado, rescatar los conocimientos que tienen en las comunidades indígenas y que están dirigidos a atender a las mujeres en edad reproductiva, es decir, mujeres de 12 a 50 años de edad, no importando el ciclo de vida en el que se encuentren, y por otro lado se intenta incorporar estos conocimientos a los conocimientos “científicos” que dentro de la medicina hegemónica se pueden aplicar en esta comunidad, atendiendo siempre a la situación socio cultural que impera en la población objetivo.

Existen pocos proyectos que intentan trabajar interculturalmente en salud, sobre todo si se refiere a la atención en Salud Reproductiva de las mujeres en general, es decir los programas generalmente están

encaminados a mujeres embarazadas o en período de lactancia. La presente propuesta va mas allá de esta etapa de la vida, pretende atender a este grupo, cuidando su situación nutricional, implementando un programa de capacitación para ellas, dando a conocer los Derechos Sexuales y Reproductivos que desde sus sociedades, en este caso indígena, deben de conocer.

En el campo de la Salud Reproductiva, existen programas que son implementados en las comunidades indígenas, que se limitan a la atención, es decir a dar consultas, a la planificación familiar y en el mejor de los casos a invitar a las mujeres a realizarse los exámenes para detección del cáncer, descuidando la prevención y sobre todo la capacitación y la orientación del por qué atender estas cuestiones.

Lo que realizo con las mujeres, es implementar un programa de capacitación que incluye el conocimiento del cuerpo, el derecho que se tienen de decidir que queremos hacer con él y los riesgos que tiene el no conocer la relación del cuerpo con el ambiente y con las relaciones socioculturales del entorno. Se pretende ir más allá de los Derechos Sexuales y Reproductivos, es decir aparte de darlos a conocer, es el enfrentarlos de acuerdo a la situación comunitaria específica encontrada, ya que cada comunidad, cada grupo étnico y cada grupo social, requiere una atención específica.

2.6. LIMITACIONES DE ACCESO AL TEMA DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Los jóvenes indígenas enfrentan las mismas barreras a los servicios de salud reproductiva que otros jóvenes; sin embargo, ellos encuentran obstáculos adicionales debido a sus raíces indígenas. Muchos enfrentan discriminación social e institucional y pueden rehusarse a utilizar los

servicios de salud reproductiva disponibles en caso de que existieran. Los indígenas usualmente habitan en lugares menos accesibles, y el acceso a los servicios puede ser limitado. Si viven en áreas urbanas, pueden enfrentar problemas de aculturación y de discriminación.

Muchos jóvenes indígenas, especialmente las mujeres, hablan sólo su idioma nativo y encuentran dificultades de desarrollo en la cultura predominante. Ellas pueden sentirse más cómodas con sus propios sistemas de creencia sobre la salud, proveedores y tratamientos tradicionales que con la medicina Occidental. Estas y otras condiciones en conjunto, hacen de los jóvenes indígenas un grupo con grandes necesidades no satisfechas en cuanto a los servicios de salud reproductiva.

Comparados con los jóvenes que no son indígenas, los jóvenes de familias indígenas son más propensos a tener algunos de los siguientes problemas:

Situación marginal, política y legal. Esta marginalización ha contribuido al racismo y a la discriminación experimentada por estos jóvenes, y exacerba su pobreza y la carencia de acceso a los servicios. Los bajos niveles de alfabetismo e instrucción agravan este problema.

2.6.1. BARRERAS CULTURALES, ECONÓMICAS Y DE IDIOMA

Las barreras culturales, económicas y de idioma han limitado el acceso de los jóvenes indígenas al sistema escolar. Esta limitación es una constante, especialmente en las mujeres. A pesar que los logros educativos de los jóvenes indígenas están mejorando en algunos lugares, aun siguen por debajo en comparación con aquellos jóvenes que no son indígenas. Por ejemplo, en Guatemala, más del 80% de las niñas y

mujeres que viven en áreas rurales son analfabetas. Las niñas están en mayor desventaja que los niños debido a que la inversión en su educación se considera como un desperdicio porque las niñas se casan jóvenes y viven con la familia de su esposo.

Debido a que los jóvenes indígenas reciben menos educación, comienzan sus actividades económicas a muy temprana edad. Sin embargo, muchos trabajan en la agricultura y en actividades mal remuneradas del sector informal. A veces estas circunstancias los conducen y los hacen más vulnerables a la prostitución, alcoholismo y a otras formas de abuso de sustancias

El aislamiento geográfico y cultural limita el acceso de los jóvenes indígenas a los servicios de prevención y educación en salud, incluyendo los servicios de salud reproductiva. Este grupo es menos propenso a recibir tratamiento de ITS, incluyendo el VIH y aquellas condiciones que pueden afectar el normal desarrollo del embarazo y el parto.

El aislamiento cultural y geográfico hace que los jóvenes indígenas tengan menos conocimiento sobre aspectos de reproducción, embarazos y prevención de enfermedades que otros jóvenes. Adicionalmente, algunas prácticas tradicionales son dañinas o son el resultado de creencias erróneas acerca de la salud. Estas creencias contribuyen a elevar los índices de mortalidad infantil, a aumentar los índices de fertilidad, disminuir el peso de los niños al nacer y disminuir la prevalencia anticonceptiva entre los grupos de indígenas. Debido a la pobreza y a la discriminación, la edad y la falta de conocimientos; los jóvenes indígenas son más vulnerables a las enfermedades e infecciones como las ITS y el VIH.

Su cultura tradicional y los bajos logros educativos hacen a los jóvenes indígenas más propensos a casarse a temprana edad. La fertilidad es

generalmente un factor preponderante en las culturas tradicionales y las niñas usualmente sienten mucha presión de quedar embarazadas a una edad temprana para probar su fecundidad.

Son limitados los ejemplos de esfuerzos para llegar a los grupos indígenas, especialmente a los jóvenes. Esto se debe a un gran número de obstáculos, incluyendo las barreras del idioma, accesibilidad geográfica y las diferencias sociales y culturales entre los grupos indígenas y la población predominante.

El Centro Médico de Orientación y Planificación Familiar (CEMOPLAF) ha puesto en marcha por muchos años un consultorio de salud reproductiva para indígenas en Cajabamba. Los primeros esfuerzos para llegar a los adolescentes indígenas incluyeron aumentar horas diferenciadas (de 5 a 7 p.m.) para la atención de los jóvenes y capacitar al personal en orientación a los adolescentes.

Sin embargo, el horario especial del consultorio para los jóvenes fue suspendido cuando el personal encontró que las probabilidades que los jóvenes indígenas acudieran al consultorio durante el día eran mayores. CEMOPLAF ayudó a sus jóvenes clientes a trabajar con las autoridades locales para obtener recursos que les permitieran construir un centro recreativo junto al consultorio. A diferencia de la experiencia de programas clínicos para adolescentes en otras tres áreas que no brindaban servicios a poblaciones indígenas, CEMOPLAF se sorprendió de no encontrar oposición por parte de los líderes religiosos o de los padres de familia. Este programa fue más exitoso que otros programas para adolescentes desarrollados por CEMOPLAF, lo que fue medido por el incremento de clientes atendidos por el programa. El personal del programa también se sorprendió al saber que los jóvenes indígenas no querían material educativo impreso en su propia lengua, el quichua. A pesar que los jóvenes hablaban el Quechua en forma fluida, no podían

leer en Quechua y además se sentían avergonzados de ser vistos leyendo en Quechua.

CEMOPLAF también utilizó líderes indígenas y pro-motores estudiantiles mestizos para brindar servicios educativos y entrega de métodos anticonceptivos a los adolescentes indígenas en Cajabamba, Ecuador. Muchos condones han sido vendidos a los adolescentes a través de este programa. El uso de anticonceptivos orales está incrementándose y los promotores pronto serán capacitados para la entrega de inyectables. En una encuesta pública con jóvenes indígenas sobre su vida sexual y el aborto, CEMOPLAF encontró que los jóvenes indígenas estaban más dispuestos a discutir estos temas personales que otros jóvenes no indígenas.

Este proyecto de investigación permitirá:

- Documentar y apoyar una mayor difusión de experiencias en el campo de la salud sexual y reproductiva
- El incremento de programas para indígenas los mismos que podrían ser catalizados involucrando a las comunidades indígenas y a los jóvenes en el diseño, implementación, manejo y evaluación de los proyectos.

Pienso que los padres, líderes comunitarios y profesores deberán ser incluidos en estos procesos, y deberán ser sensibilizados en las necesidades de la gente joven, incluyendo las necesidades de salud reproductiva. Los programas también deberán ser holísticos, amigables, de fácil acceso y culturalmente apropiados. Cuando estos pasos se ponen en práctica, los proyectos serán más sostenibles y exitosos.

- Los materiales existentes sobre educación en salud reproductiva, así como los programas, deberán ser adaptados específicamente para audiencias indígenas y traducidas a los idiomas apropiados, utilizando personal indígena; así como también validar los contenidos con poblaciones indígenas.

2.7. EDUCACIÓN EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA CON ENFOQUE INTERCULTURAL

2.7.1. EL ENFOQUE INTERCULTURAL

El enfoque intercultural garantiza la vigencia y práctica de los conocimientos provenientes de un rico patrimonio cultural, incorporando modelos que expresan complementariedad, reciprocidad y diversidad, en el contexto del nuevo paradigma de la cultura, la salud y el desarrollo. Así, el enfoque intercultural promueve el respeto a la cultura de los usuarios (sus particulares percepciones, hábitos y costumbres respecto al proceso de salud y enfermedad) y promueve la articulación de las distintas medicinas (“occidental”, tradicionales, alternativas) permitiendo una deseable complementariedad de las acciones y la elección del sistema médico donde los usuarios prefieran ser atendidos.

2.7.2. LA INTERCULTURALIDAD

Siendo Ecuador un país multiétnico y pluricultural por tener distintas razas, culturas asentados en las regiones especialmente en la sierra y oriente donde habitan la población indígena en especial la provincia de Imbabura que mayor número de habitantes indígenas tiene como es el caso del Cantón Otavalo que es reconocido por sus trayectoria y atractivo turístico a nivel nacional e internacional existen marcados problemas como son la discriminación racial, la pobreza, el analfabetismo aspectos que afectan al desarrollo de la población.

Según datos publicados de las Encuestas Demográficas y de Salud (EDS) realizadas por el B.M. destacan que “existen **barreras socioeconómicas, culturales e institucionales que limitan desarrollo de la población indígena** “p.5

La pobreza y el analfabetismo en las poblaciones indígenas disminuyen las probabilidades de poder tener una educación formal especialmente en las mujeres quienes en porcentaje mayor a los hombres no llegan a culminar la educación básica y peor aun acceder a niveles de educación media o superior.

La mayoría de la población indígena residen en las zonas rurales, que en muchos casos son de difícil acceso especialmente para la información en todos los aspectos especialmente en salud sexual y reproductiva, las familias indígenas son más numerosas por la resistencia se ponen a la utilización de métodos para la anticoncepción. Debido a la desconfianza que generan las personas que no son de su cultura, las creencias indirectamente afectan a la aceptación de los servicios de salud. La religión otro factor limitante debido a la influencia fundamentalista que ejercen sobre la población indígena.

Los grupos Focales aplicados para la obtención de información relevante sobre temas de estudio especialmente en lo referente a la salud sexual y reproductiva orientan quienes dan la información en el hogar, instituciones educativas y los dirigentes comunitarios, datos que permiten identificar las limitaciones existentes como las creencias respecto a la sexualidad y la interculturalidad de los y las adolescentes, en las comunidades indígenas.

2.7.3. LA EDUCACION SEXUAL Y REPRODUCTIVA

La educación es una variable clave en la explicación y la transformación de los conocimientos relacionados con la salud sexual y reproductiva. La educación sexual es todo un proceso fundamental mediante el cual se adquieren y transforman de manera formal e informal, conocimientos, actitudes y valores, respecto a la sexualidad en todas sus manifestaciones, que van desde los aspectos biológicos hasta los relacionados con la reproducción, el erotismo, la identidad y las representaciones sociales, ya que ejerce su influencia sobre el comportamiento, criterios, convicciones, motivaciones y actitudes de los individuos en la sociedad. Es un instrumento importante para lograr la conservación y el restablecimiento de la salud individual y de la población en general.

Una adecuada educación y consejería en sexualidad acorde a la etapa de desarrollo de los (las) adolescentes y jóvenes contribuyen positivamente a la salud y al desarrollo de ellos(as), y permite la postergación de su vida sexual activa y precoz.

Desde los servicios de salud, tanto en lo administrativo como en el contenido y orientación de la atención, es importante que se visualice a la población adolescente como sujetos de derechos.

El concepto de sexualidad comprende tanto el impulso sexual, dirigido al goce inmediato y a la reproducción, como los diferentes aspectos de la relación psicológica con el propio cuerpo (sentirse hombre, mujer o ambos a la vez) y de las expectativas de rol social. En la vida cotidiana, la sexualidad cumple un papel muy destacado ya que, desde el punto de vista emotivo y de la relación entre las personas, va mucho más allá de la finalidad reproductiva y de las normas o sanciones que estipula la sociedad.

La sexualidad no puede reducirse a un fenómeno puramente biológico: a la experiencia genital, a la unión carnal hombre mujer. La sexualidad alcanza categoría humana cuando se enlaza en el misterio del amor, esencial en la existencia del hombre. Por esta razón, la educación sexual y Reproductiva se encuentra legalmente estipulada ha de estar incluida en el marco de la educación de la afectividad, es decir, en la educación de los sentimientos y tendencias humanas, entre las que el amor tiene carácter primordial.

La educación empieza por una acción sobre la inteligencia. De aquí la consecuencia de que toda educación en el aspecto sexual tiene que apoyarse en la formación de una conciencia clara del papel que desempeñamos en nuestra vida

2.7.4. PAUTAS PARA UNA CORRECTA EDUCACIÓN DE LA SEXUALIDAD

Hoy nos encontramos en bastantes ocasiones en que se excluye a la sexualidad del compromiso total de la persona, de los valores éticos del amor y la fidelidad. Esto se refleja en la actual polémica a propósito de la educación sexual que se quiere impartir en los centros educativos públicos de muchos países. Las siguientes ideas, muchas de ellas procedentes del Dr. López Quintas, nos ayudarán a tener un sentido correcto del tema.

1. No basta con información sexual

Impartir información sexual sin acompañarla de formación para el amor puede ser contraproducente. La educación integral no se conforma con lo intelectual, debe abrirse a la voluntad, a los sentimientos, a los valores. Lo contrario es como enseñar a conducir un carro a un chico, sin enseñarle las normas de tránsito, lo gratificante que resulta conducir bien y los peligros que existen. O de otro modo, como si quisiéramos forjar un buen

futbolista a base de charlas, videos, sin entrenarle en el esfuerzo, en la lucha, en la superación.

La educación sexual nunca debe convertirse en una especie de información obsesiva que llene la mente del niño o del adolescente, como un incentivo que desate su curiosidad y le lleve a realizar actos sexuales. La mera explicación de cómo se obtienen sensaciones placenteras puede constituir una incitación al erotismo. No forma para el amor, deforma. Lanza por una vía contraria al auténtico amor.

Las consecuencias de esta actitud pedagógica van a ser muy negativas: embarazos en adolescentes, abortos, madres solteras y desequilibrios psicológicos a muy temprana edad, enfermedades de transmisión sexual. Los que alegremente abren los caños se quejarán luego de las inundaciones.

2. Educar hacia la realización plena

La meta principal de la educación no es imponer preceptos a la persona humana, sino invitarle a ser persona en plenitud. Educar la sexualidad equivale a educar en el amor hacia el otro. Educar al hombre entero y revisar las estructuras de egoísmo y de mentira que convierten al hombre en un instrumentalizador de sus hermanos y que terminan por hacer de la sexualidad un objeto más para el consumo.

La formación para el amor es formación para la libertad, para la capacidad de ser auténticamente libres en el ejercicio de la sexualidad. "Ama y haz lo que quieras" (San Agustín). Estamos llamados a la libertad, pero no con el pretexto de buscar gratificaciones, sino para poder amar. La libertad en el amor debemos de conquistarla con esfuerzo, el esfuerzo que exige no acostumbrarse a elegir en virtud de nuestras apetencias de cada momento, sino en virtud del ideal que nos hemos propuesto. El amor

verdadero se traduce en un gozo interior que es promesa de futuro y necesidad de compartir la vida, arriesgándola.

3. Aspirar a valores más altos supone renunciaciones

Lo agradable encierra un valor, pero no el más alto. La amistad, el amor, por ejemplo, presentan una excelencia mayor. Y para conseguir el valor más alto hay que renunciar con frecuencia al valor más bajo. Por eso, conviene no apegarse al valor de lo agradable, ya que tal apego nos quita libertad para supeditar al logro de valores más altos.

Convertirse al amor auténtico, y por tanto, adquirir la plenitud humana, supone aceptar que el otro sea el centro y no yo. Esto supone renunciaciones pero nos lleva a la verdadera felicidad y alegría.

Es importante no tomar el primer valor que descubrimos como la cumbre de todo valor. Este malentendido deja a millones de personas bloqueadas en estadios primitivos. Un joven y una joven empiezan a tratarse y se entregan a complacencias eróticas. Se sienten embriagados por impresiones placenteras. El mero ejercicio de la sexualidad suscita emociones intensas pero todavía no constituye una experiencia auténtica de amor personal. Se contentan con poco, se precipitan a comer la fruta verde. No se acomodan al ritmo lento de maduración en el amor. Estaban llamados a crear una auténtica amistad, una vida de convivencia de altísimo valor, y se quedan a medio camino.

Enseñar esto al joven es importante. Tiene que saber, por ejemplo, que si no espera al matrimonio, si tiene relaciones prematrimoniales, se está buscando a sí mismo: no le importa que la chica se pueda quedar embarazada cuando todavía no está en disposición de serlo, con el riesgo de quedarse madre soltera, de que pierda sus estudios y acabe en trabajos humildes, de que se vea más impulsada a buscar el aborto.

4. No confundir amor con interés

Resulta muy fácil confundir el interés que sentimos por satisfacer un instinto con el amor de entrega a una persona. El amor no es como el hambre, que basta comer para saciarlo y restablecer el equilibrio vital. El alimento satisface una necesidad biológica primaria. La relación sexual, en cambio, no satisface la necesidad de crear una relación amorosa auténtica, es insuficiente. Tal engaño se nos presenta en muchas películas, en que aparece la relación sexual completa como algo normal al principio del enamoramiento, en vez de ser su culminación en el matrimonio.

5. No ser ingenuos: importancia de los inicios

El que quiere ser limpio se preocupa también por la pureza de sus pensamientos y en guardar su corazón. La vista y el tacto son las principales ventanas por donde entran los estímulos sexuales, sobre todo, en los varones. Cuando no existe el objeto delante, la imaginación nos lo trae. Ahí descansan, en buena medida, los llamados lenguajes subliminales: insinúan más de lo que realmente dicen. La imagen mueve a imaginar más cosas de las que han sido vistas. En esto se basa la propaganda comercial erotizada. Toda búsqueda directa de excitación sexual tiene por sí misma una dinámica de totalidad, es decir, dejada a sí misma, por su propio dinamismo lleva hacia la realización completa del acto sexual. El sexo por el sexo, es una experiencia vacía, mecánica y sin finalidad distinta que la satisfacción del egoísmo personal. Por tanto, el hombre que quiere conservar su dignidad personal, no debe dejarse arrastrar o seducir. Debe ser él quien guíe sus potencias y energías hacia metas altas, y para ello, debe acostumbrarse a tener un dominio de sí mismo. Esto requiere esfuerzo pero es fuente de alegría verdadera.

6. La sexualidad: lenguaje de amor

La relación sexual está destinada a expresar una relación de amor auténtico. Y éste lo es cuando se trata de un amor total y definitivo, fiel y exclusivo, incondicional y fecundo. Los hijos no son una enfermedad, sino la imagen viviente de un amor generoso y desinteresado. Si no se dan estas condiciones, la relación sexual deja de tener sentido, es un engaño, expresa algo que no existe.

Conclusión

Para valorar la sexualidad adecuadamente, es necesario abordarla con seriedad y responsabilidad, sin olvidar su carácter gozoso y alegre. La sexualidad no se puede entender de forma aislada, pues perderíamos toda la riqueza que aporta. Pensar en ella significa comprender al hombre entero, en su complejidad y en su unidad, explicar los valores de la vida, la libertad y la esencia del amor. El fin de las normas objetivas morales no es la represión de la sexualidad, sino proteger y favorecer que el dinamismo profundo de la sexualidad llegue a su plenitud y sentido.

2.8. LA ADOLESCENCIA

La adolescencia es una fase en el desarrollo de los individuos que se presenta en la segunda década de la vida de los seres humanos y en la que se producen transformaciones bio-psicosociales estableciendo nuevas relaciones e intereses⁸

Entre los cambios físicos podemos mencionar: el aumento de volumen y tamaño de músculo huesos y órganos internos, el desarrollo de las gónadas y cambio hormonales, el desarrollo de los órganos de

⁸guiajuvenil.com/adolescentes/adolescencia.htm

reproducción y de los caracteres sexuales secundarios (Telarquia, pubarquia, menarquía).

Como cambios psicológicos la maduración de la personalidad reparación de la influencia paterna y materna, adquisición de la personalidad e identidad individual, el desarrollo del proyecto de vida. Y como cambios sociales los que se observan en el entorno de escuela, familia, amigos y trabajo.

Si la adolescencia se inicia en la pubertad que es la maduración sexual (10 años) su final tiene un límite curiosamente impreciso, aunque algunos manifiestan que es sociológica o de tipo económico con la independencia del núcleo familiar (19 años) podríamos decir que el adolescente tienen un historia de vida de 11 años (incluido tiempo desde la fecundación) y un futuro por adelante; porque conociendo el pasado, que puede repercutir en la actualidad, actuar con el presente para que sea un adolescente sano y evitar un adulto con problemas.

La adolescencia debe entenderse como una etapa de crisis personal intransferible en el esquema del desarrollo biosicosocial de un ser humano.

Abarca un largo período de la vida, por lo general de los 10 o 12 años hasta los 22 años de edad. En este período crítico se alcanza la madurez biológica y sexual, con ello la capacidad de reproducción. También se abre a la búsqueda paulatina de la madurez.

Esta nueva perspectiva da énfasis a los elementos que deben incluirse en el trabajo con y por las y los adolescentes, en relación a su sexualidad, al embarazo y la maternidad temprana. Pero también a que los programas deben incluir necesariamente contenidos acerca de la socialización de

género y la construcción de las identidades femeninas y masculinas de las y los jóvenes.

La procreación temprana está profundamente arraigada en las culturas latinoamericanas, tal como ocurre en muchas otras partes del mundo. El matrimonio y la procreación a menudo se consideran acontecimientos capitales en la vida de una mujer joven.

Las jóvenes con bajos niveles educacionales y económicos tienen menos oportunidades a su favor, padecen con frecuencia de una capacidad limitada y escasa motivación para regular su fecundidad, lo que redundará en elevadas tasas de embarazo

De acuerdo con especialistas, ese círculo vicioso se refuerza porque una vez embarazadas las adolescentes se ven obligadas a abandonar los estudios, lo que, a su vez, limita mucho sus oportunidades económicas.

Para la investigadora Cheryl Davis, *“la mayoría de los embarazos precoces no se debe al desconocimiento por parte de las adolescentes de los métodos anticonceptivos ni a la falta de acceso de los servicios o métodos, “Sino que responde a las creencias de determinados grupos culturales como es el caso de las comunidades indígenas que por el idioma, la religión y el nivel de educación no les permite reaccionar positivamente ante la realidad”*. MERANI, Alberto. Enciclopedia de la Psicología Genética Pág., 236

2.8.1. EMBARAZO EN ADOLESCENTES

Se denomina embarazo en adolescentes al que ocurre durante la adolescencia de la madre, definida esta última por la Organización Mundial de la Salud OMS como el lapso de vida transcurrido entre los 10

y 19 años de edad. También se suele designar como embarazo precoz, en atención a que se presenta antes de que la madre haya alcanzado la suficiente madurez emocional para asumir la compleja tarea de la maternidad.

Aunque en muchas culturas aún persiste la idea de que la mujer debe iniciar tempranamente su vida reproductiva, son diversos los argumentos que la contradicen.

La OMS considera como embarazo de riesgo el que ocurre en mujeres menores de 20 años, ya que es la causa principal de mortalidad de las jóvenes que tienen entre 15 y 19 años de edad debido a complicaciones relacionadas con el parto, y los abortos practicados en condiciones de riesgo.

Algunos indicadores que describen el problema:

En todo el mundo, uno de cada diez alumbramientos corresponde a una madre adolescente y las tasas de fecundidad oscilan entre 05 y 200 nacimientos vivos por cada 1000 adolescentes, siendo las más altas las de África y América Latina.

En los países en desarrollo, según el Informe sobre la juventud mundial 2005 Uno de cada seis alumbramientos corresponde a jóvenes de 15 a 19 años de edad Una de cada tres mujeres da a luz antes de los 20 años. Los partos de mujeres menores de 20 años representan el 17%, (14 millones de partos al año en el mundo entero).

Cada año, más de 4,4 millones de adolescentes se someten a un aborto; de esos abortos, un 40% se realizan en malas condiciones.

La dimensión del problema es superior a la que reflejan las cifras anteriores, dado que éstas no toman en consideración los nacimientos en menores de 15 años, los cuales representan una cifra a considerar. El Centro Latinoamericano de Demografía (CELAM) estima que el porcentaje de nacimientos de madres adolescentes es más bien cercano al 20 por ciento, mientras que otros organismos, como la UNICEF y el UNIFEM, lo establecen entre el 15 y el 26 por ciento.

En la población indígena, la maternidad temprana es un rasgo del patrón de comportamiento reproductivo que aparece aún más acentuado. La frecuencia de los nacimientos en adolescentes es más elevada entre las jóvenes indígenas, cuya tasa asciende a 151 nacimientos por mil mujeres de 15 a 19 años frente a los 89 estimados a nivel nacional. Sin embargo, vale destacar que las estimaciones disponibles para los últimos años revelan cierto descenso en la tasa de fecundidad adolescente en la población indígena, la cual ha caído de 200 a 151 por mil entre 1995 y el 2001.⁹

El inicio de la actividad sexual sin una adecuada educación sexual y sin los servicios de apoyo de orientación y salud adecuados para este grupo Poblacional, propicia comportamientos de riesgo que pueden acarrear embarazos no deseados o no planificados.

El embarazo en la adolescencia no sólo representa un problema de salud, también tiene una repercusión en el área social y económica, dado que implica menores oportunidades educativas o el abandono total de los estudios por parte de la madre adolescente, lo que incide en el incremento de la exclusión y de las desigualdades de género, coadyuvando en el fortalecimiento del círculo de la pobreza.

⁹ ENDEMAIN 2004 ECUADOR

2.8.2. IMPACTO DE LA MATERNIDAD DE ADOLESCENTES

Riesgo de muerte y enfermedad, sobre todo para las niñas de 10 a 14 años de edad, quienes tienen cinco veces mayores probabilidades de morir a causa del embarazo o el parto que las mujeres de 20 a 24 años.

Las madres adolescentes tienen más probabilidades de abandonar los estudios secundarios, lo que menoscaba sus posibilidades de participar plenamente en la sociedad, tener ingresos, cuidarse a sí mismas y cuidar a sus hijos.

Estos factores la convierten en una consecuencia de la pobreza y puede acentuarla. Además se convierte en un factor de transmisión de la pobreza de una generación a otra, sumando obstáculos para la movilidad social de esa generación y de la siguiente, profundizando la pobreza.

El inicio temprano de la maternidad aumenta la probabilidad de tener más hijos que las mujeres que comienzan a procrear más tarde. Esto influye en el tamaño de las familias y en el total de la población mundial. Así, si en vez de 18 años se aumentan a 23 años la edad de la madre en su primer alumbramiento, podría reducirse el impulso demográfico en más del 40%.

A escala mundial, al menos uno de cada diez abortos ocurre entre jóvenes de 15 a 19 años de edad. En este grupo de edades, más de 4,4 millones de jóvenes se someten cada año a abortos, un 40% de los cuales se realizan en malas condiciones, comprometiendo la salud y la vida de la joven. Esto obedece a que muchos embarazos de adolescentes

no son planificados ni deseados, como lo reportan estudios en América Latina.¹⁰

Los hijos de madres adolescentes tienen de 2 a 6 veces más probabilidades de tener hijos con bajo peso al nacer que las madres de 20 años o más.

El embarazo en adolescentes representa costos para el Estado, por concepto de atención en salud por las complicaciones que el parto y el recién nacido puedan presentar, así como por la atención y el apoyo social de los niños en situación de desventaja: educación, programas de nutrición infantil, programas alimentarios y viviendas subsidiadas por el gobierno, amén de las demandas generadas por niños con problemas psicosociales asociados a rechazo o abandono físico o afectivo.

El enfoque tradicional del problema conlleva deficiencias importantes para la formulación de estrategias de atención y prevención, por cuanto deja de lado la participación del varón, quien representa la mitad de los sujetos que participan en la aparición de los embarazos en adolescentes. En atención a las premisas expuestas se propone un nuevo modelo de difusión y educación en salud sexual y reproductiva y hablar de maternidad y paternidad adolescente responsable.

Esta visión debe combinarse con la educación de los hombres jóvenes para que compartan con la pareja la responsabilidad en lo tocante a la sexualidad y a la procreación. De esta manera se igualan las responsabilidades y derechos de ambas figuras parentales y se construye el paradigma tradicional de que la procreación y crianza de los hijos son roles inherentes a la feminidad.

¹⁰ Guzmán, J.M. et al. (2001). Diagnóstico sobre Salud Sexual y Reproductiva de Adolescentes en América Latina y el Caribe. México.

2.8.3. FACTORES ASOCIADOS A UN EMBARAZO TEMPRANO Y SOLUCIONES

Son diversas las variables que influyen en la aparición de la maternidad y paternidad en la adolescencia, resultando difícil desvincular una de otra. Sin embargo, pueden agruparse en dos categorías: factores internos o propios de la persona adolescente y factores externos o del contexto en el que se desenvuelve.

Entre los factores internos destacan:

- Inicio de la actividad sexual sin contar con información y recursos preventivos a su alcance; resistencia al uso de los métodos anticonceptivos; sentimiento de omnipotencia característico de la adolescencia: “a mí no me pasa lo que le pasó a mi amiga/o”; carencia de interés en la escuela, familia o actividades comunitarias; escape de grupos familiares disfuncionales (con problemas); influencia del alcohol y otras drogas, que limitan el control de los impulsos; inexistencia de un proyecto de vida; percepción de pocas o ninguna oportunidad para el éxito y falta de expectativas diferentes a la maternidad; cumplimiento de asignaciones de género construidas en su contexto, “como la necesidad de tener hijos para probar la feminidad o de probar la virilidad a través de la iniciación sexual y la procreación”; vivir en comunidades (como el medio rural) o escuelas donde los embarazos tempranos son comunes y se consideran como algo natural; crecer en condiciones empobrecidas; ser hija de madre adolescente.

Factores externos (contexto, cultura):

Escasos o inadecuados programas de educación sexual; insuficientes servicios de orientación y atención en salud del adolescente; mitos y estigmas acerca del uso de anticonceptivos; poca o ausente oferta de

métodos anticonceptivos; asignaciones de género fundamentadas en un rol femenino de dependencia y servicio a los hombres (incluso en el plano sexual) y centrado en la reproducción y en las funciones domésticas; estimulación del contexto para tener relaciones sexuales, especialmente por parte de los medios de comunicación (televisión, cine, música, videos, revistas...), de los pares o compañeros y de los modelos culturales predominantes; presiones, acoso sexual o amenazas de abandono por parte del hombre; violación sexual.

El enfrentamiento del problema requiere respuestas concatenadas que incluyan educación de la sexualidad en la familia, la escuela y la comunidad. Fuera del sector formal de educación, los medios de comunicación representan un valioso espacio para la transmisión de mensajes educativos y formativos. En todos los contextos, la recodificación de los patrones de género será una estrategia clave para el logro de la igualdad en responsabilidades y derechos por parte de los hombres y las mujeres.

La estrategia educativa resulta incompleta si no se dispone de servicios de orientación y salud del adolescente, acorde con sus necesidades y características, provistos de personal debidamente entrenado para preservar respeto y privacidad a los usuarios.

2.8.4. FACTORES DE RIESGO EN EL EMBARAZO

La identificación de los riesgos potenciales de un embarazo es una parte importante del cuidado previo al mismo. Algunas mujeres tienen más posibilidades de tener un embarazo de alto riesgo debido a sus antecedentes genéticos, trastornos médicos existentes, su estilo de vida o factores que pueden desarrollarse con el embarazo.

Los factores de riesgo incluyen, entre otros, los siguientes:

- La madre es menor de 18 o mayor de 35 años de edad.
- La madre se encuentra por debajo o por encima del peso normal para su altura.
- La madre tiene anemia (recuento bajo de glóbulos rojos) y un estado de mala nutrición.
- Bajo nivel socioeconómico
- Haber dado a luz más de cuatro veces anteriormente
- Parto prematuro previo (parto antes de las 37 semanas de gestación) Haber dado a luz anteriormente a un bebé muy pequeño o de gran tamaño
- Pérdida de un embarazo anterior
- Antecedentes familiares de enfermedad genética o bebé anterior con un defecto congénito
- Consumo de sustancias (cigarrillos, alcohol, drogas)
- Trastornos médicos preexistentes, entre ellos, diabetes, presión sanguínea alta y cardiopatías
- Medicamentos o tratamientos para la infertilidad (es más probable que ocurran nacimientos múltiples)
- Existen numerosos factores de riesgo externos, entre los que se incluyen el alcohol, las drogas, el tabaco, las altas temperaturas, la exposición a la radiación y las altitudes elevadas, que pueden significar una grave amenaza para el feto en desarrollo.
- En el directorio de abajo se proporciona información relativa a los factores de riesgo del embarazo, sobre los cuales le proveemos una breve descripción.

2.8.5. ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

Las E.T.S. también llamadas **venéreas**, son aquellas que se adquieren a través de las prácticas sexuales con personas infectadas. Tienen amplia incidencia y difusión y son de constante incremento a nivel mundial pues están relacionadas a patrones de comportamiento promiscuo (relaciones sexuales inseguras, sin uso de protección: preservativos), con parejas múltiples, sin cuidado de hábitos de **higiene personal**. El problema que genera en el ámbito de la salud pública, radica que algunas de **éstas enfermedades pueden encontrarse en estadio de cronicidad asintomática**, desconocidas o ignoradas por el mismo paciente, que ante parejas sexuales ocasionales no prevenidas, facilita su contagio, haciendo prácticamente imposible la erradicación.

“Son las únicas enfermedades que se adquieren con placer, sin tomar en cuenta el posterior displacer y a veces graves consecuencias que acarrearán a la salud”.

La nucleación de las **enfermedades venéreas** comprende por lo general, **la sífilis, la blenorragia o gonocócica, el chancro blando, el linfogranuloma venéreo, el condiloma acuminado (o papiloma venéreo), y algunas ectoparasitosis como la pediculosis púbica (ladilla)**. Existen otras infecciones transmitidas por contacto sexual, que sin ser catalogadas de venéreas, ocasionan molestos y recurrentes problemas a las parejas. Tal el caso de la tricomoniasis y la candidiasis, que suelen ser repetidos huéspedes del flujo vaginal. Otras enfermedades que debemos incorporar al grupo de las E.T.S., son: **la Hepatitis B y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA)** producida por el **HIV**. El recrudecimiento de la morbilidad venérea obedece a una multicausalidad, con un común denominador que es la disminución del nivel de vida de la población. Entre las causales de importancia merecen mencionarse a:

Precariedad social, que es sinónimo de precariedad sanitaria e incremento de la promiscuidad, destacándose mayor incidencia del comercio sexual en capas sociales bajas, donde existe desinformación y **abunda la falta de higiene.**

La libertad sexual que caracteriza a la nueva generación de adolescentes, con escasas ataduras a valores convencionales, con multiplicidad de contactos ocasionales, con prácticas sexuales donde suele ser habitual el cambio de parejas, en una etapa de la vida donde se relega la higiene y el autocuidado a segundos planos, manifestaciones todas ellas que culminan en sexo no seguro, promiscuo, y vulnerable a cualquier tipo de **enfermedad venérea.**

El mecanismo polimorfo habitual de contagio, con lo complejo que resulta identificar a los contactos, y con el agravante en **la infección gonocócica y sifilítica**, de casos asintomáticos principalmente en las mujeres, que actúan de portadoras desconocidas (aún por ellas mismas), propagando la enfermedad en proyección geométrica.

La **sífilis** y la **blenorragia** han penetrado en todos los grupos de edad, raza y sexo, y en casi todas las regiones geográficas del mundo, tanto urbanas como rurales.

El control de las **enfermedades venéreas** depende de *principios* que no son secretos de ningún país y que, en realidad, están claramente expuestos en algunas de las más antiguas obras de medicina.

2.8.6. ¿CÓMO PUEDEN PREVENIRSE LAS ENFERMEDADES VENÉREAS?

Una persona puede tomar varias medidas para evitar contraer una enfermedad venérea o transmitir una enfermedad venérea a otra persona. Aquí están algunos hechos importantes a saber:

Una relación sexual monógama entre dos personas no infectadas es la mejor manera de evitar contraer una enfermedad venérea. Los bebés recién nacidos pueden contraer ciertas enfermedades venéreas de una madre infectada, incluyendo el SIDA, la gonorrea, la sífilis, el herpes genital y la chlamydia. En algunos casos, el riesgo puede reducirse y hasta ser eliminado si la madre se diagnostica y se trata contra las enfermedades venéreas durante el embarazo.

Cuando se realiza actividad sexual, el uso correcto y consistente de un condón de látex nuevo con cada acto sexual, es un método sumamente eficaz para prevenir la transmisión del virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) -el virus que causa el SIDA- y reduce el riesgo de contraer otras enfermedades venéreas, incluyendo la gonorrea, la sífilis, el herpes genital y la chlamydia. El condón deberá lubricarse con base de agua, ya que un lubricante con base de aceite (como la jalea de petróleo) podría debilitar el látex. Afortunadamente, la mayoría de los condones, que se venden en el comercio ya vienen lubricados, inclusive existen algunos en el mercado que contienen un espermaticida como el nonoxinol-9, que brinda un efecto protector mayor para evitar el embarazo.

Los condones de membrana natural no son tan seguros como los de látex, ya que tienen poros que ocurren naturalmente que son lo suficientemente pequeños para prevenir el paso del espermatozoide, pero lo bastante grandes como para permitir el paso de los virus en los estudios de laboratorio.

Según estudios de investigación, "la eficacia de los espermaticidas en prevenir la transmisión del VIH es desconocida. Los espermaticidas empleados en la vagina pueden ofrecer alguna protección contra la gonorrea y la chlamydia cervical. No existe ningún dato que indique que los condones lubricados con espermaticidas, son más eficaces que otros

condones lubricados en proteger contra la transmisión de la infección por el VIH y otras enfermedades venéreas. En consecuencia se recomiendan los condones de látex, con o sin espermicida".¹¹

Cuando no puede usarse un condón masculino, las parejas deberán considerar usar un condón femenino. Este consiste en una envoltura lubricada de poliuretano con un anillo en cada punta que se inserta en la vagina. Los estudios de laboratorio indican que el condón femenino es una barrera mecánica eficaz contra el VIH y otros virus. Sin embargo, aunque no es probable que los condones masculinos se deslicen o rompan durante el uso adecuado, los estudios clínicos indican que el condón femenino tiene una tasa mayor de fracaso para la prevención de embarazos.

Aunque un condón se use y funcione adecuadamente, no siempre proporciona protección completa a los miembros de la pareja; por ejemplo, un hombre con una lesión herpética en un testículo podría infectar a una mujer durante el sexo ya que el condón no cubre los testículos.

Los niños adolescentes deberán ser educados acerca de los riesgos de la actividad sexual sin protección. También deberán ser advertidos sobre los peligros de manejar las agujas hipodérmicas y las jeringas, las cuales pueden estar contaminadas con ciertas enfermedades venéreas.

Las mujeres que sufren de infecciones vaginales deben recibir tratamiento y curarse antes de usar el dispositivo intrauterino (DIU). En el mundo, las infecciones vaginales más comunes son las siguientes: vaginosis bacteriana, causada por bacterias anaerobias entre las que figura la *Gardnerella vaginalis*; la tricomoniasis, infección protozoaria causada por

¹¹ GUTIÉRREZ, Amada

2007 «Situación de la educación sexual en el sistema educativo y propuesta de lineamientos preliminares de políticas para una educación sexual integral». Documento de trabajo N.º 3. Lima: MINEDU-DITOE.

Trichomonas vaginalis; y la candidiasis (muguet), infección micótica causada por Cándida albicans.

Los síntomas de la vaginosis bacteriana pueden incluir flujo vaginal mal oliente, aunque muchas mujeres infectadas no tienen (o no reconocen) síntomas. La tricomoniasis puede causar un flujo vaginal espumoso y amarillento, picazón o malestar. La candidiasis puede manifestarse con un flujo espeso y blanco y con picazón e hinchazón. Los síntomas solos no sirven para identificar de forma fiable los organismos vaginales específicos. Se pueden tratar con antibióticos u otros medicamentos.

Una persona que sospecha que él o ella ha contraído una enfermedad venérea, ha sido expuesta a una enfermedad venérea, está tratándose contra una enfermedad venérea o tiene una lesión herpética activa, deberá buscar tratamiento u orientación médica antes de:

- Realizar más actividad sexual.
- Tratar de concebir a un bebé.
- Donar sangre.

La persona diagnosticada con una enfermedad venérea deberá notificarle a todo compañero sexual que él o ella la puede haber infectado inadvertidamente, e insistir que la persona o las personas busquen atención médica profesional.

No se obtiene protección contra las enfermedades de transmisión sexual con los métodos que no son de barrera, incluidos los anticonceptivos hormonales (la píldora, el Norplant), los dispositivos intrauterinos (DIU), la esterilización, ni los métodos de planificación familiar natural.

Es posible que los anticonceptivos hormonales se relacionen con un mayor riesgo de contraer clamidiasis, pero tal vez reduzcan el riesgo de sufrir enfermedad pélvica inflamatoria sintomática (EPI).

Una vez que una persona se haya curado de una enfermedad venérea, no se hace inmune a esa enfermedad venérea, en otras palabras, es posible ser reinfectado.

Los chequeos regulares por un médico familiar o por un ginecólogo pueden ayudar a detectar y diagnosticar las enfermedades venéreas.

2.8.7. PREVENCIÓN Y ATENCIÓN DEL EMBARAZO EN LAS ADOLESCENCIA CON ÉNFASIS EN COMUNIDADES URBANAS POBRES

Es considerada como política de estado y política de salud, la prevención y atención del embarazo en la adolescencia pero no está cumpliendo con la función y objetivos propuestos debido a que las orientaciones son de carácter general y no de acuerdo a la población que existe en cada uno de los sectores, especialmente de los campos donde aun los temas de sexualidad son considerados tabú, para lo cual se debe contar con un conjunto de lineamientos teóricos y metodológicos que contribuyen a la construcción de estrategias de abordaje de la salud sexual y reproductiva de la población adolescente, con el fin de que éstas sean consideradas en las políticas de salud, en materia de promoción, prevención y atención del embarazo en la adolescencia con enfoque intercultural.

Este modelo o paradigma, es desarrollado por la sociedad desde una lógica dualista, bastante limitada, que se debate entre lo bueno y lo malo, el mundo adulto y el mundo adolescente, lo moral y lo inmoral, ser mujer o ser madre. Entre los recursos que la sociedad utiliza para difundir el modelo, están: el aparato estatal, la iglesia, el sistema educativo, el sistema de salud, los medios de comunicación, el mercado, el consumo, entre otros.

Se deben gestionar proyectos desde una perspectiva de género, orientados a que el Ministerio de Educación Pública reflexione y replantee los actuales mecanismos de atracción, permanencia, aseguramiento y continuidad en el proceso educativo formal de la población adolescente de ambos sexos, siendo que la deserción escolar es un factor desencadenante del embarazo en la adolescencia.

Es necesario gestionar proyectos de apoyo, para que desde los servicios de salud, se fortalezca el área de investigación, tanto en hospitales como en los otros niveles de atención, donde se generan datos desde las diferentes disciplinas y servicios, con el fin de producir mayores conocimientos sobre el embarazo en la adolescencia y formas alternativas de dar respuesta, a partir de los datos ya existentes.

2.9. MODELO DE EDUCACIÓN INTERCULTURAL.

En los últimos tiempos se viene hablando de una educación multicultural, la misma que ha tomado diferentes nombres como: multiculturalismo verde, proyecto educativo global, educar para la ciudadanía en una sociedad multicultural. En este modelo, se pretende que la escuela prepare a los alumnos para vivir en una sociedad donde la diversidad cultural se reconoce como legítima. Considera la lengua materna como una adquisición y un punto de apoyo importante en todo el aprendizaje escolar, incluso para el aprendizaje de la lengua oficial.

El tema del pluralismo cultural está muy presente en los programas escolares, no para promover los particularismos culturales, sino para desarrollar en los alumnos el gusto y la capacidad de trabajar en la construcción conjunta de una sociedad donde las diferencias culturales se consideren una riqueza común y no un factor de división.

Los fines de una educación intercultural son: reconocer y aceptar el pluralismo cultural como una realidad social; contribuir a la instauración de una sociedad de igualdad de derechos y de equidad.¹²

Según Edgar Morín (2001) afirma que “la educación del futuro debe velar porque la idea de unidad de la especie humana no borre la idea de su diversidad, y que la de su diversidad no borre la de la unidad.”

En resumen, con la elaboración de un modelo de educación intercultural se pretende generar nuevas formas de pensamiento, propiciar nuevas formas de encuentro que rompan las fronteras físicas, mentales y culturales a través de estrategias creativas que ayuden a difundir el tema de educación sexual en la comunidad de Gualsaquí.

2.10. MODELO DE GESTIÓN EN EDUCACIÓN

2.10.1. MODELO DE GESTION

Un modelo es un punto de referencia para imitarlo o reproducirlo; mismo que se desprende de una adecuada administración convirtiéndose en un punto de partida para la consecución de objetivos.

Un modelo de gestión describe el modo particular en que desarrollan los procesos de los servicios de salud y los productos obtenidos en el campo Científico, Administrativo y financiero, en períodos habitualmente de un año.

El modelo de gestión debe incluir tres grandes etapas:

¹²GUTIÉRREZ, Amada
2007 «Situación de la educación sexual en el sistema educativo y propuesta de lineamientos preliminares de políticas para una educación sexual integral». Documento de trabajo N.º 3. Lima: MINEDU-DITOE.

1. La identificación de las políticas, planes y programas y proyectos en materia de salud, sustentados en adecuados “diagnósticos”.
2. La evaluación de la estructura y de los procesos, teniendo en cuenta las cuatro funciones de salud: Fomento, Prevención, asistencia y rehabilitación.
3. La cuantificación de las actividades científicas, administrativas, y financieras, incorporadas dentro de los procesos antes mencionados.

2.10.2. EFICIENCIA EN LA GESTION

La eficiencia en la gestión de servicios de salud se centra en la atención de excelencia del paciente e implica:

- Conocimiento racional de la situación de salud
- Identificación de los problemas relevantes y su ordenamiento en una escala de prioridades.
- La determinación de las estrategias, planes y tecnología más apropiados, para enfrentar los problemas prioritarios.
- La asignación racional de recursos
- La ejecución eficiente de las actividades.
- El seguimiento de las operaciones y la supervisión del personal
- La evaluación y la retroalimentación de los planes

Con lo expuesto anteriormente se desprende la necesidad de diseñar un modelo con enfoque intercultural para la difusión de la salud sexual y reproductiva de los / las adolescente de la comunidad de Gualsaquí.

2.11. PROMOCIÓN DE SALUD

2.11.1. LA PROMOCION DE LA SALUD Y PREVENCIÓN

Son medidas de protección específicas, lo que implica prevención en un sentido convencional.

Las medidas que se refieren a la promoción de la salud incluyen factores biológicos, ambientales y nivel de vida.

Actualmente se ha venido llevando a cabo una serie de programas dirigidos por parte de MSP, como la maternidad gratuita, educación sexual y reproductiva que en ciertos casos no se enmarcan en la realidad local; es así que es necesario orientar adecuadamente la aplicación de estos programas acorde a las necesidades con enfoque intercultural llamado así por la población indígena que es un porcentaje alto al cual debe dirigirse los servicios por ser los principales usuarios de los servicios médicos públicos especialmente en las unidades rurales.

Las unidades de salud vienen realizando un trabajo muy importante en lo que se refiere a la promoción de la salud con especial énfasis en la educación sexual y reproductiva con adolescentes de raza indígena que por aspectos de cultura y nivel de educación protagonizan una serie de dificultades relacionados especialmente con la sexualidad como son: los embarazos, aborto, descuido en la etapa de embarazo, hijos sin salud, la pobreza, temas que conciernen a la sociedad especialmente al área de salud

2.12. MARCO LEGAL

Es importante señalar el marco jurídico que sustenta y orienta su sistematización, en la Constitución Política del Ecuador en su artículo N° 32 de la sección séptima Salud; que manifiesta:

“La salud es un derecho que garantiza el estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir.

*El estado garantizará éste derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales, y el acceso permanente oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética con enfoque de género y generacional”.*¹³

La ley de Maternidad Gratuita en su art. 1 Dice: *“Toda mujer Ecuatoriana tiene derecho a la atención de salud gratuita y de calidad durante el embarazo, parto y posparto, así como al acceso a los programas de salud sexual y reproductiva”*

Al Art 49 de la carta Magna que dispone: “ Los niños y adolescentes gozarán de los derechos comunes al ser humano, además de los específicos de esa edad: El estado les garantizará y asegurará el derecho a la vida, desde su concepción; a la integridad física y psíquica; a su identidad nombre y ciudadanía; a la salud integral y nutrición, a la educación y cultura, al deporte y recreación, a la seguridad social, a tener una familia y disfrutar de una convivencia familiar y comunitaria; a la

¹³ Constitución de la República, Ley de Maternidad Gratuita, Código de la niñez y la adolescencia, Carta Magna

participación, al respecto de su libertad y dignidad y a ser consultados en los asuntos que los afecten.

Al código de la niñez y Adolescencia según R.O. de enero del 2003, establece la corresponsabilidad del estado ecuatoriano, la sociedad y la familia en la garantía y protección de los derechos de los niños, niñas y adolescentes.

2.13 GLOSARIO DE TÉRMINOS

ABUSO SEXUAL: Cualquier actividad sexual entre dos o más personas sin consentimiento de una persona.

CEMOPLAF: Centro médico de orientación y planificación familiar

COSMOVISIONES: Conjunto de saber evaluar y reconocer que conforman la imagen o figura general del mundo que tiene una persona, época o cultura a partir del cual interpreta su propia naturaleza y la de todo lo existente en el mundo.

CULTURA: La cultura es el conjunto de todas las formas, los modelos o los patrones, explícitos o implícitos, a través de los cuales una sociedad se manifiesta.

DISCRIMINACIÓN: Es el acto de separar o formar grupos de personas a partir de un criterio o criterios determinados.

EDUCACIÓN INTERCULTURAL: Es una forma de entender y vivir la educación, que tiene un carácter inclusivo

EMBARAZO EN ADOLESCENTES: Que ocurre durante la adolescencia de la madre, definida esta última por la Organización Mundial de la Salud OMS como el lapso de vida transcurrido entre los 10 y 19 años de edad.

ENDEMAIN: Encuesta demográfica y de salud materna e infantil

ETNIAS: Una población humana en la cual los miembros se identifican entre ellos.

ETS: Enfermedades de transmisión sexual.

FACTORES DE RIESGO: Es toda circunstancia o situación que aumenta las probabilidades de una persona de contraer una enfermedad.

INTERCULTURALIDAD: Refiere a la interacción entre culturas, de una forma respetuosa.

MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS: Aquel que impide o reduce significativamente las posibilidades de una fecundación en mujeres fértiles que mantienen relaciones sexuales de carácter heterosexual

MORTALIDAD INFANTIL: Es un indicador demográfico que señala el número de defunciones de niños en una población de cada mil nacimientos vivos registrados, durante el primer año de su vida.

PERÍODOS INTERGENÉSICOS: Se conoce al espacio de tiempo entre un embarazo y el siguiente.

PROMOCIÓN DE SALUD: Es un área de la Salud Pública que se dedica a estudiar las formas de favorecer una mejor salud en la población.

SSR: Salud sexual reproductiva

SEXO: Conjunto de características biológicas que diferencian al macho de la hembra.

SEXUALIDAD: Se puede entender por sexualidad a la forma en la que cada ser humano se manifiesta como hombre o como mujer, de acuerdo a las normas y valores propios de su cultura y de su época.

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.

3.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN.

El Tipo de la presente investigación fue **cualitativa** ya que a través de ella me permitió comprender la vida social del grupo a investigar desde una perspectiva holística tratando de entender el conjunto de cualidades interrelacionadas que caracterizan a los adolescentes de la comunidad de Gualsaquí.

La investigación cualitativa tiene como punto central comprender la intención del acto social, esto es la estructura de motivaciones que tienen los sujetos, la meta que persiguen, el propósito que orienta su conducta, los valores, sentimientos, creencias que lo dirigen hacia un fin determinado. La investigación cualitativa aborda el mundo subjetivo: la estructura de motivaciones, valores, sentimientos y pensamientos de las personas en su conducta social.

La investigación también se enmarcó como **proyecto factible** ya que permitió encontrar soluciones viables y pertinentes al problema, como fue la elaboración y difusión de un modelo de educación intercultural en SSR.

Por el Lugar; la investigación fue de campo por cuanto se desarrolló en el mismo lugar donde se produce los acontecimientos sin alterar la realidad existente.

3.2 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.

El estudio se enmarcó dentro del diseño **No Experimental**, tiene un corte **Transversal** con una duración doce meses debido a que consistió en la recolección de datos sobre las limitaciones existentes en la difusión, capacitación

y prácticas de prevención en salud sexual reproductiva especialmente en adolescentes de la comunidad de Gualsaquí perteneciente al cantón Otavalo de la Provincia de Imbabura. La información permitió realizar una descripción de las causas de las limitaciones para luego realizar una explicación más detallada sobre el problema existente.

3.3 POBLACIÓN



Según el área de salud No 4, en el año 2005, la población de Gualsaquí es de 2488 habitantes. De ésta población se consideró únicamente a los adolescentes de 10 a 19 años para su estudio que son aproximadamente 292 tal como indica el siguiente cuadro:

POBLACION DE LA COMUNIDAD DE GUALSAQUI

SECTOR	Pob. total	Menor 1 año	De 1 a 4	De 5 a 9	De 10 a 19	De 20 y mas
GUALSAQUI	2488	72	220	500	292	1403

FUENTE: Estadística de la Unidad de Salud

3.4. MUESTRA A INVESTIGACIÓN.

La muestra para la investigación se tomó considerando a los 292 adolescentes de 10 a 19 años de la comunidad de Gualsaquí, como se utilizó la técnica de grupos focales, se realizó la recopilación de la información en siete sectores que se encuentra dividida la comunidad tal como se indica en el siguiente gráfico. Encada sector se convocó a 12 adolescentes por grupo focal de los cuales

asistieron tal como indica la siguiente distribución, cuyas listas se encuentran en el anexo 3: GRUPO 1: Mestizos, Mixto con 7 participantes; GRUPO 2: Hombres



indígenas con 7 participantes; GRUPO 3: Mujeres indígenas con 11 participantes; GRUPO 4: Hombres indígenas con 10 participantes; GRUPO 5: Mujeres indígenas con 9 participantes; GRUPO 6: Hombres indígenas con 7 participantes; GRUPO 7: Mujeres indígenas con 7

participantes. Sumando el número de participantes tenemos un total de 58 participantes de un total de la población que es de 292, no se consideraron más grupos focales y por ende mas participantes, puesto que la información se repetía por lo que únicamente se trabajo con esa muestra de 7 grupos focales conformados como esta anotado anteriormente.

3.5. MÉTODOS.

Para el desarrollo de la presente investigación se utilizó el método Científico Inductivo- Deductivo, Analítico porque identificamos el problema, analizamos sus procedimientos y se propuso una solución al problema.

También el método específico sociológico por cuanto integra a un grupo humano representativo (Grupos Focales).

El método matemático para la representación de los datos cuadros en forma grafica, en cuadros estadísticos.

3.6. TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Para la recolección de la información, así como para fundamentar los elementos teóricos y metodológicos de la propuesta se utilizó la siguiente técnica:

- Los grupos focales, los grupos focales es una reunión con modalidad de entrevista grupal abierta y estructurada, en donde se procura que un grupo de individuos seleccionados por los investigadores discutan y elaboren, desde la experiencia personal, una temática o hecho social que es objeto de investigación. Si se logra generar un ambiente adecuado y se controlan las variables necesarias, se obtiene información valiosa tanto del contexto, relaciones y actores directamente involucrados en la temática en estudio.

PASOS PARA TRABAJAR CON GRUPOS FOCALES

- Definir los objetivos del estudio
- Definir los participantes del Grupo Focal.
- Preparar las preguntas estímulo.
- Seleccionar el/la moderador del Grupo Focal
- Realizar la reunión.
- Interpretar la información obtenida.

3.7. VALOR PRACTICO DEL ESTUDIO

El estudio permitió comprender la interculturalidad existente en la comunidad para así adentrarnos en: su vida social, creencias, costumbres, valores y mitos existentes en el sector. Una vez comprendida la problemática existente poder mejorar desde su cosmovisión todas aquellas falencias encontradas.

3.8. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLE INDEPENDIENTE: Limitaciones Relacionadas a la difusión en salud sexual y reproductiva

CONCEPTUALIZACIÓN	CATEGORIAS	INDICADORES	ITEMS BÁSICOS	TÉCNICAS INSTRUMENTOS
Forma de inaccesibilidad, restricción a la obtención de información	<ul style="list-style-type: none"> Limitaciones Culturales Limitaciones socioeconómicas 	<p>Creencias y mitos</p> <p>Valores</p> <p>Pobreza y trabajo pesado</p>	<p>¿Existen mitos en su comunidad que impiden tener acceso al tema de SSR?</p> <p>¿En su casa se habla de la sexualidad?</p> <p>¿En la pareja quien decide tener relaciones sexuales?</p>	<p>-Grupos focales: son grupos de discusión organizados alrededor de una temática o fenómeno.</p> <p>Considerada una reunión de individuos seleccionados por los investigadores para discutir y elaborar desde la experiencia personal, una temática o hecho social que</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • Limitaciones Institucionales 	<p>Violencia contra la mujer</p> <p>Servicios y prácticas de salud deficitarios</p> <p>Servicios de educación en SSR deficitario</p>	<p>¿Cuándo acude a un servicio de salud recibe información sobre educación sexual?</p> <p>¿ En los centros educativos que tipo de información recibe en el tema de SSR</p>	<p>es objeto de una investigación elaborada</p>
--	--	--	--	---

CAPITULO IV

4.1. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

A continuación se presenta los resultados sistematizados en las siete jornadas de trabajo las mismas que se basaron en las guías de preguntas que se habían elaborado previamente para esta investigación.

La sistematización se la realizó categorizando preguntas de acuerdo al tema en estudio, las mismas que se encuentran en el anexo 2.

Preguntas 1-2 y 3. Salud Sexual y Reproductiva. ¿Qué entiende Ud. Por Sexualidad, Salud Sexual y Reproductiva, y por Reproducción?

Se puede decir que los/las adolescentes mestizos expresan tener un poco más de conocimientos de lo que se trata la Sexualidad con lo que respecta a los/las adolescentes indígenas.

En lo que respecta a la Salud Sexual y Reproductiva el grupo de los mestizos hablan de protegerse en las relaciones sexuales, grupos de indígenas también hablan de no tener relaciones sexuales a muy temprana edad y de protección en las mismas, pero hay que resaltar que la mayoría de los dos grupos étnicos no saben sobre el tema.

Y en lo, que respecta a Reproducción la mayoría entienden que es tener hijos y solo dos grupos se refieren que es los cambios físicos de las personas.

Preguntas 4y 5. Temas Sexuales en Casa. ¿Conversan en su casa de temas Sexuales, y con quién tiene más confianza para hablar de estos temas?

Realizando una comparación entre los grupos diríamos que no existe una gran diferencia en lo que respecta a la educación en temas sexuales en la casa, tanto en, los/las adolescentes mestizos e indígenas. Debido a que en las dos etnias no tienen confianza de hijos a padres, debido a que expresan que los padres no están preparados para hablar de estos temas.

Pregunta 6, ¿Quién en las parejas de la comunidad decide tener relaciones sexuales?

En su mayoría los grupos focales manifiestan que es el hombre quien decide tener relaciones sexuales, solo en un grupo se pudo observar con gran timidez dijeron que es la mujer. Todos los integrantes de los grupos focales están de acuerdo en que debería ser la pareja quien decida tener relaciones sexuales.

Preguntas 7- 8 y 9. De Educación Sexual. ¿A dónde ha encontrado Ud. Información sobre Salud Sexual y Reproductiva. Recibió temas de Educación Sexual en la Institución Educativa y qué temas le gustaría saber sobre sexualidad?

Haciendo la comparación de la información el grupo de los adolescentes mestizos son más abiertos en el dialogo, todos/as ellos estudian en los colegios de la ciudad de Otavalo, por lo que reciben una información más completa.

Los integrantes de los otros grupos tanto mujeres y hombres adolescentes, también recibieron Educación sexual pero como son introvertidos no se comunican de manera fluida sus inquietudes y sus conocimientos, este es un

cuestión de la cultura, Pero hay que decir que la Unidad Educativa de la comunidad no imparte educación sexual de acuerdo a las necesidades de los alumnos, se imparte algunos temas pero no todo.

En lo que respecta a temas que les gustaría saber todos los grupos exponen sus inquietudes de conocimientos, que se tomaran en cuenta para aplicar la solución al problema.

Unificando criterios diríamos que la mayoría de adolescentes tienen la idea de que es planificación familiar, unos por supuesto saben más, como es el grupo de jóvenes mestizos, sin embargo los jóvenes indígenas también conocen en menor grado pero si tienen la idea bastante acertada.

Pregunta 12, ¿Es necesario que el hombre y la mujer mantengan una buena salud sexual y reproductiva?

Las participantes, contestan a la pregunta de que si es bueno que el hombre y la mujer mantengan una buena salud sexual y reproductiva.

Pregunta 13, ¿Qué valor cultural tiene que una mujer y un hombre sean padres antes del matrimonio aquí en la comunidad?

Unificando criterios diríamos que existe una gran diferencia entre los adolescentes mestizos de los adolescentes indígena. Los primeros, opinan que sus padres no están preparados para educarles en casa, y que usan a los hijos para asegurar el matrimonio.

En cambio los/as adolescentes indígenas nos expresan su valor cultural propio que el ser padres en la comunidad está bien visto y que las mujeres tienen un valor agregado al poder ser madres.

Pregunta 14, ¿Qué valor cultural tiene la práctica sexual en los jóvenes de la comunidad?

La mayoría de adolescentes indígenas explica que es vista como normal la práctica sexual en los/as adolescentes de la comunidad, mientras que el grupo de mestizos manifiestan que es malo o mal vista en la comunidad las relaciones sexuales.

Ver Anexo 3 (Listado Y Evaluación)

4.2. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

En el tema de SSR en las/los adolescentes de la comunidad que participaron en los grupos focales para realizar el estudio, este tema es muy poco conocido por no decir de alguna manera casi nulo, lo cual me ha llevado a concluir que es uno de los motivos sino el más importante por el cual existen embarazos precoces en estos adolescentes. Esto concuerda con la teoría de Leonardo Romero.

A pesar de que en las instituciones educativas se hablan de temas de salud sexual y reproductiva, se sigue observando embarazos en la comunidad, es así que en el presente año se observó 2 adolescentes embarazadas de edades de 14 y 16 años, ya que según manifiestan los /as adolescentes las charlas recibidas sobre salud sexual y reproductiva no cubren las expectativas y necesidades de los adolescentes de la comunidad, por ello el desconocimiento de ciertos temas relacionados con sexualidad, embarazo temprano e infecciones de transmisión sexual, y más aún solo se ha enfatizado en llegar con conocimientos, descuidando sentimientos, valores y autoestima de los /as adolescentes.

He determinado que existe una clara desigualdad en lo concerniente al género, entre las/los adolescentes de la comunidad, en lo que respecta, en tomar las decisiones sobre las relaciones sexuales, me he dado cuenta que es mas impuesta por los hombres y se da mayor énfasis en la cultura indígena, y las mujeres de la misma cultura aceptan sin mayor vacilación esta imposición. Esto concuerda con las teorías que maneja el ministerio de salud en la maneja salud integral.

He descubierto que el ser madre en la cultura indígena tiene un valor muy importante, pues ellas se sienten mucho mas importantes en su sociedad cuando ellas se encuentran embarazadas sin importar la edad que tengan, este pensamiento sumado a la falta de información, nos lleva a que el índice de embarazos precoces sea alto en la cultura indígena y puede ser comparado con lo que expresa el libro de Raúl Andrade (Manifestaciones culturales del pueblo Kichwa) donde el manifiesta que hablar de sexo y sexualidad en su cultura es un completo tabú, por lo cual no hay una teoría sobre este valor agregado.

Que importante es en una relación de pareja, realizar una verdadera planificación familiar, pero lamentablemente en nuestra sociedad no existe esa cultura de planificación, es así como en la comunidad los/as jóvenes manifiestan que sería importante que se realice una planificación familiar ya que reduciría el aumento de embarazos a edad temprana como también se mantendría una buena salud sexual y reproductiva.

Los y las adolescentes indígenas expresan en su gran mayoría de los integrantes de los diversos grupos focales que las relaciones sexuales en los jóvenes de la comunidad son visto como naturales, según lo expresado se puede decir que no importa a qué edad se la inicia. Estas respuestas son una gran información obtenida para poder entender el porqué las mujeres a tempranas edades son madres.

Tras los estudios que realice he llegado a la conclusión que en los adolescentes de la comunidad ya sean mestizos o indígenas ya tienen la inquietud de educarse o que se les instruya sobre SSR para poder así tener una mejor y más sana relación. Lo cual compagina la política nacional de salud y derecho de salud sexual y reproductiva.

4.3. POSICIONAMIENTO DEL INVESTIGADOR

De los resultados obtenidos de la investigación, mi posición frente al tema de salud sexual y reproductiva de los adolescentes de la comunidad, fue realizar talleres de capacitación para los grupos, tanto de indígenas como de mestizos, ya que tienen muy poco conocimiento sobre el tema, claro que también lo ideal sería trabajar con las familias, es decir, con los padres y madres de la comunidad para que ellos puedan también informar sobre aspectos importantes relacionados con la salud sexual y reproductiva. Es necesario que además del tema central que es salud sexual y reproductiva, es necesario trabajar desde el enfoque de derechos y equidad, para que las y los adolescentes exijan mayor información, respeto y valoración a la integridad de cada persona, ya que de esta manera se estaría trabajando con enfoque Intercultural, reconociendo la diversidad de manifestaciones étnico – culturales de la localidad.

Al observar que existe poca valoración como persona, es necesario trabajar mediante talleres en lo referente al autoestima y valores para que mediante el conocimiento de su cuerpo aprendan a valorarse y asumir con responsabilidad, respeto y autonomía el cuidado de su cuerpo y por consiguiente una buena salud sexual y reproductiva.

4.4. RESPUESTAS A LAS PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

1. Luego de un diagnóstico acerca de las limitaciones existentes en la difusión, capacitación y prácticas de prevención en SSR, encontramos que las barreras que impiden para que se desarrolle el conocimiento y de las prácticas de salud sexual y reproductiva en la población indígena son: falta de comunicación en la familia, educación sobre salud sexual y reproductiva deficiente, desigualdades ocasionadas por los condicionantes de género.
2. Las estrategias para promover un plan de acción en salud sexual y reproductiva son: primeramente trabajar en una serie de talleres que les permitan tener conocimiento sobre SSR, como también mejorar su autoestima y realizar sus proyectos de vida de manera responsable, posteriormente se trabajara con las instituciones educativas del sector para capacitar a grupos de jóvenes, los mismos que tendrán la misión de replicar dichos conocimientos al resto de estudiantes y con la ayuda de autoridades del sector lograr que se llegue a capacitar a la población de adolescentes indígenas que no tienen la oportunidad de asistir al centro educativo.

Es necesario coordinar con otras entidades que se dedican a desarrollar programas dirigidos a adolescentes para unificar criterios respecto a la educación para una buena salud sexual y reproductiva en la comunidad.

3. La ejecución de un programa de educación en salud sexual y reproductiva si asegura el conocimiento y practica de métodos para lograr una buena salud sexual y reproductiva, esto se logrará mediante un seguimiento continuo de una serie de talleres que permitan justamente a los /las adolescentes tener el conocimiento necesario para gozar de una sexualidad responsable.

4.5. CONCLUSIONES

Con los resultados obtenidos luego de los diagnósticos realizados mediante el trabajo con grupos focales, como también mediante observaciones y análisis efectuados, he determinado como conclusiones que:

1. Los adolescentes mestizos poseen ciertos conocimientos sobre salud sexual y reproductiva lo que les favorece la adquisición de nuevos conocimientos permitiéndoles cambios de conducta aceptable.
2. Un alto porcentaje de los/las adolescentes no han recibido una buena educación sobre Salud Sexual y Reproductiva; lo que se convierte en una limitante para el desarrollo integral.
3. Las desigualdades ocasionadas por los condicionantes de género juegan un papel central, ya que se percibe el escaso control y poder de decisión de la mujer indígena y mestiza en relación con la vivencia de la sexualidad y la reproducción de estas jóvenes.
4. De los grupos de indígenas con los que se trabajó pertenecen a familias de escasos recursos económicos y estos tienen conceptos limitados sobre sexualidad, lo cual obstaculiza dialogar abiertamente sobre Salud Reproductiva.
5. Un alto porcentaje de los/las adolescentes no han recibido una buena educación sobre Salud Sexual y Reproductiva; lo que se convierte en una limitante para el desarrollo integral.
6. Las desigualdades ocasionadas por los condicionantes de género juegan un papel central, ya que se percibe el escaso control y poder de decisión

de la mujer indígena y mestiza en relación con la vivencia de la sexualidad y la reproducción de estas jóvenes.

4.6. RECOMENDACIONES

1. Seguir Trabajando en programas de atención a adolescentes para incrementar la educación en temas relacionados con Salud sexual y reproductiva, coordinando con otras instituciones que se dedican a desarrollar programas dirigidos a los adolescentes y lograr cambios de conducta y respeto a la interculturalidad, garantizando así un mejor futuro para ellos.
2. Organizar clubes de adolescentes para el desarrollo de contenidos educativos en Salud Reproductiva acorde a su edad, manuales existentes, lo que ayudará a definir sus proyectos de vida, aumentar conocimientos e influenciar prácticas positivas para el cuidado de su salud.
3. Realizar talleres con los/las adolescentes para lograr cambios en el rol asignado a los hombres como meros productores y lograr su participación en la construcción de sociedades basadas en la igualdad, equidad de género, respeto y valoración a la diversidad étnico-cultural y en el disfrute común de una salud sexual y reproductiva plena.

Esto podría permitirles a los/las jóvenes tomar decisiones y lograr el empoderamiento sobre el autocuidado, autoconocimiento y mantenimiento de una buena salud sexual y reproductiva.

CAPITULO V

PROPUESTA

PROGRAMA DE EDUCACION Y DIFUSION EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA, CON ENFOQUE INTERCULTURAL

INDICE DE LA PROPUESTA

CONTENIDOS	Págs.
5.1 Justificación	68
5.2 Fundamentación	69
5.3 Objetivos.	72
5.3.1 Objetivo general	72
5.3.2 Objetivos específicos	72
5.4 Beneficiarios.	73
5.5 Ubicación sectorial y física.	73
5.6 Descripción de la propuesta.	73
5.7 Diseño metodológico.	75
5.8 Proceso metodológico.	76
5.9 Estructura de los talleres.	76
5.10 Evaluación	

5.1. JUSTIFICACION

La salud reproductiva del país se caracteriza por la alta tasa de paridad, inicio de las relaciones sexuales en edades tempranas y alto índice de embarazos en adolescentes.

Las elevadas tasas de embarazos no planificados (17.6%) y no deseados (18.7%) determinan un aumento de la morbilidad y mortalidad de mujeres en edad fértil lo que es un factor asociado a la falta de educación, incluyendo la educación sexual y reproductiva.

Los problemas de la Salud sexual y reproductiva son multicausales, multifactoriales y de diferente connotación en cada una de las diferentes regiones del país, por lo que para la intervención de cualquier programa se deberá tomar en cuenta la cosmovisión que el pueblo tenga del tema de la SSR.

Con conocimiento de los problemas encontrados en la comunidad, como: inicio a edad temprana de relaciones sexuales sin protección y como consecuencia embarazos no planificados, hijos no deseados, infecciones de transmisión sexual, abortos y otros, son problemas que limitan a la juventud de la comunidad a tener autonomía e independencia y además a tener oportunidades de trabajo y superación. Por ello la elaboración y aplicación de un programa de difusión en salud sexual y reproductiva con enfoque intercultural, proporcionará conocimientos, valores, actitudes positivas, habilidades para que en forma autónoma puedan iniciar responsable y constructivamente su vida sexual en el momento que cada cual lo considere, y el desarrollo de una adecuada autoestima.

Es necesario preparar a los y las adolescentes para que sean artífices de su destino sexual y amoroso, para que puedan ser constructores de su proyecto de vida sexual bueno y lleno de satisfacciones.

Además educar en la moral y los valores, que por lo general los adultos confunden con actitudes moralistas, ya que se confunde educar en valores con desinformar, como si informar fuese incompatible con la estructuración de valores.

Educar en el tema de la sexualidad teniendo en cuenta la formación de valores y la autoestima es imprescindible para manejar responsablemente su sexualidad.

5.2 FUNDAMENTACIÓN

La salud sexual reproductiva responsable dependerá de que se tengan o no los conocimientos sexuales exactos, en valores, principios y actitudes positivas y en habilidades socio sexuales necesarias para ejercer responsablemente la sexualidad.

Desde la nueva educación sexual se propone enseñar que "la sexualidad es algo maravilloso que merece vivirse, no de cualquier forma, sino de manera responsable". Los siguientes son algunos criterios que se proponen para analizar lo que implica vivir la sexualidad responsablemente, se vive una sexualidad en forma responsable cuando:

- La persona se hace cargo de los propios actos y decisiones.
- Tiene en cuenta las consecuencias de los propios actos sobre sí mismo y los demás.
- Tiene en cuenta los propios sentimientos, valores y actitudes para tomar decisiones respecto a la vida sexual.
- Tiene la capacidad de aplazar el placer y la gratificación en situaciones que ocasionarían problemas y consecuencias negativas para sí mismo y otras personas.
- Decide libre, consciente y autónomamente.

- Cuando la vivencia sexual está asociada a un sentido que le da significado a la experiencia sexual y amorosa.

La responsabilidad será el producto de una serie de talleres de formación que implicará la estructuración de conocimientos, valores, actitudes positivas, habilidades y el desarrollo de una adecuada autoestima.

La propuesta pretende lograr que las y los adolescentes de la comunidad sean responsables en su sexualidad, pero como podrán ser responsables si:

- ¿Se les tiene sometidos a ciertos grupos a la ignorancia y la desinformación sexual?
- ¿Cómo podrán ser responsables si no se les enseña el uso adecuado de métodos de protección para embarazo y VIH SIDA por el temor a que tengan relaciones sexuales?
- ¿Cómo podrán ser responsables si no se les entrena en habilidades para tomar decisiones, decir NO cuando eso es lo que se desea, manejar la presión de grupo etc.?
- ¿Cómo esperar que sean responsables si tienen una serie de mitos, creencias y actitudes que favorecen conductas sexuales de riesgo para la salud sexual?

El siguiente esquema presenta la estructuración de conocimientos que permitirán con el enfoque de género e interculturalidad llegar a formar la capacidad de autoformación, es decir lograr el autoconocimiento y por ende el autocuidado lo que les permitirá ser responsables de su propia vida y de sus parejas. Además llegar a elaborar el proyecto de vida de los y las adolescentes de la comunidad para de ésta manera garantizar una salud sexual reproductiva responsable.

Enfoque de interculturalidad.- Entendemos la interculturalidad como encuentro en la diversidad, en términos de equidad. Se trata de una relación que coloca a los interlocutores en un mismo nivel de valoración y reconocimiento, involucrándolos en un diálogo mutuamente gratificante y enriquecedor.

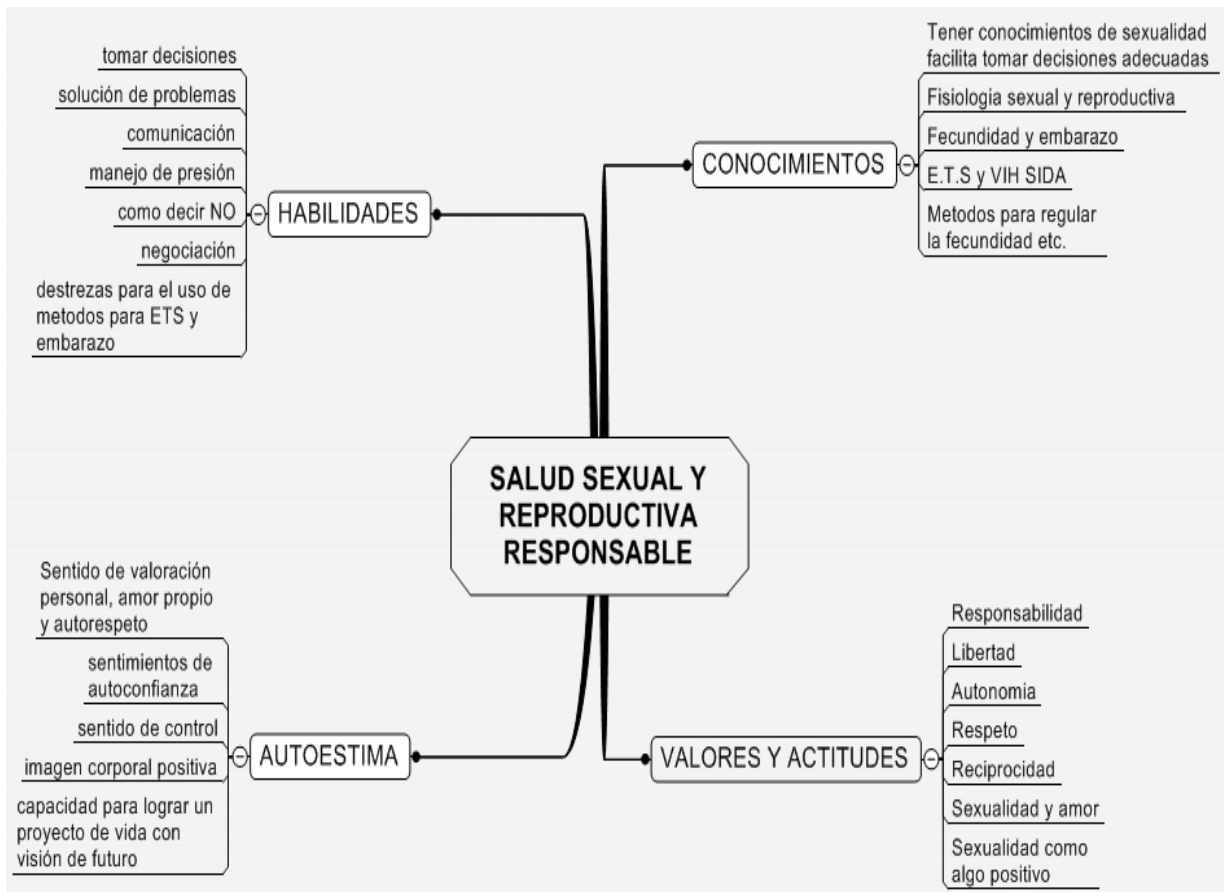
Consecuentemente, la interculturalidad intenta superar la hegemonía de una cultura sobre otras, y afirma identidades tradicionalmente excluidas para construir una convivencia plural, de respeto y legitimidad entre la diversidad de grupos que componen la sociedad.

La Educación Sexual de calidad, reconociendo la complejidad social y cultural de la comunidad, y partiendo de un marco de respeto a los derechos humanos, adopta una perspectiva intercultural que toma en cuenta las diferentes cosmovisiones, costumbres y prácticas cotidianas sobre la sexualidad, y constituye una estrategia formativa para el desarrollo integral de las personas, con espacios de diálogo, convivencia y encuentro.

Enfoque de equidad de género.- La noción de género refiere a la construcción social –que define valoraciones, comportamientos, funciones, oportunidades y cuotas de poder para mujeres y hombres–, basada en las diferencias sexuales.

Dichas percepciones y prácticas socioculturales organizan las relaciones sociales en un grupo humano, en su contexto cultural y de época.

La equidad es la ausencia de disparidades implicando la misma oportunidad para mujeres y varones de gozar de condiciones de vida similares. La equidad de género trata de eliminar las barreras entre varones y mujeres que impiden la igualdad de oportunidades económicas, políticas, de acceso a la educación, a los recursos y a los servicios básicos de una sociedad.



En todo proceso de educación en salud sexual y reproductiva, existen diferentes posturas ideológicas, sin embargo todas coinciden en un objetivo en común que es educar para una vida sexual responsable, constructiva y realizante, vivida esta, antes o después del matrimonio, lo cual sería parte de las opciones personales de vida, sin la pretensión de que toda la población practique un mismo valor y mucho menos sin una presunción que pretenda que quienes practiquen un determinado valor son considerados como "los buenos" y quienes no lo practiquen serán considerados como "los malos".

Por ello se debe considerar que no existe una "única", "válida" y "aceptable" alternativa de educación de la sexualidad. Cualquiera de las alternativas de educación sexual es válida siempre y cuando no se basen en una posición represora de la sexualidad y esté orientada a promover elecciones autónomas y consientes de las conductas sexuales.

Vale la pena hacer, lo que haya que hacer, como haya que hacerlo y cuando haya que hacerlo, con tal de lograr una educación en salud sexual y reproductiva abierta, basada en la verdad y el diálogo, sistematizada, intencional y permanente.

El reto de esta propuesta a través de éste programa de difusión es llegar a las y los adolescentes, padres de familia y comunidad con conocimientos, valores y actitudes que formen una sexualidad que realmente sea "para la vida y el amor"

"No hacer una buena educación sexual y pretender que la adolescencia no tenga problemas en su vida sexual, es tan estúpido, como pretender que no se ahoguen en una piscina sin haberles enseñado a nadar y protegerse de los riesgos en una piscina"

Leonardo Romero S.

5.3 OBJETIVOS

5.3.1 OBJETIVO GENERAL

Sensibilizar a las/los adolescentes de la comunidad sobre salud sexual y reproductiva para lograr el fortalecimiento en el ejercicio de su sexualidad

5.3.2 OBJETIVO ESPECÍFICO

- Fortalecer la autoestima y valores en los/las adolescentes mediante talleres participativos que permitan la valoración como persona
- ¿Capacitar mediante talleres con enfoque intercultural en salud sexual y reproductiva que asegure el conocimiento y practica de métodos para una buena salud sexual y reproductiva del la población indígena?

- Promover cambios de conducta y comportamiento en salud sexual y reproductiva con miras a prevenir el nacimiento de niños con discapacidades y no deseados.
- Lograr la participación de la mayoría de adolescentes de la comunidad en los talleres participativos para fomentar una actitud crítica y reflexiva frente a la sexualidad.

5.4 BENEFICIARIOS

La propuesta sobre salud sexual y reproductiva estructurada con talleres, se aplica a las y los adolescentes de la comunidad de Gualsaquí, considerando a los grupos de mestizos, indígenas con educación e indígenas analfabetos, quienes serán los beneficiarios directos de éste programa de difusión; además quienes se beneficiarán de ésta propuesta serán las familias y comunidad en general.

5.5 UBICACIÓN SECTORIAL Y FÍSICA

La comunidad de Gualsaquí se encuentra ubicada en el noroeste de la ciudad de Otavalo, diagonal a la fábrica de cementos La Farge.

5.6 DESCRIPCIÓN DE LA PROPUESTA

El programa de educación y difusión en salud sexual y reproductiva con enfoque intercultural está estructurado en talleres que se encuentran en el anexo 1, con los siguientes temas a tratarse:

1. Valores y autoestima
2. Sexualidad, Autoconocimiento y autocuidado
3. Infecciones de transmisión sexual
4. Género e interculturalidad
5. Proyecto de vida

Cada uno de estos talleres serán tratados desde diferentes enfoques como:

Enfoque de derechos.- Los derechos humanos se definen como facultades, prerrogativas y libertades fundamentales que tienen las personas, y se basan en el desarrollo pleno de sus potencialidades. Son universales, inalienables, interdependientes, indesligables e indivisibles.

Los derechos sexuales y reproductivos constituyen un aspecto central de los derechos humanos y, desde su especificidad, comprometen la responsabilidad pública e individual de las personas de alcanzar una educación integral, bienestar, autonomía, capacidad de tomar decisiones libres y responsables; así como planificar y decidir sobre los aspectos que conciernen a su sexualidad.

5.7 DISEÑO METODOLÓGICO

El programa de educación y difusión en salud sexual y reproductiva está basado en la mediación pedagógica entre el proceso y los participantes.

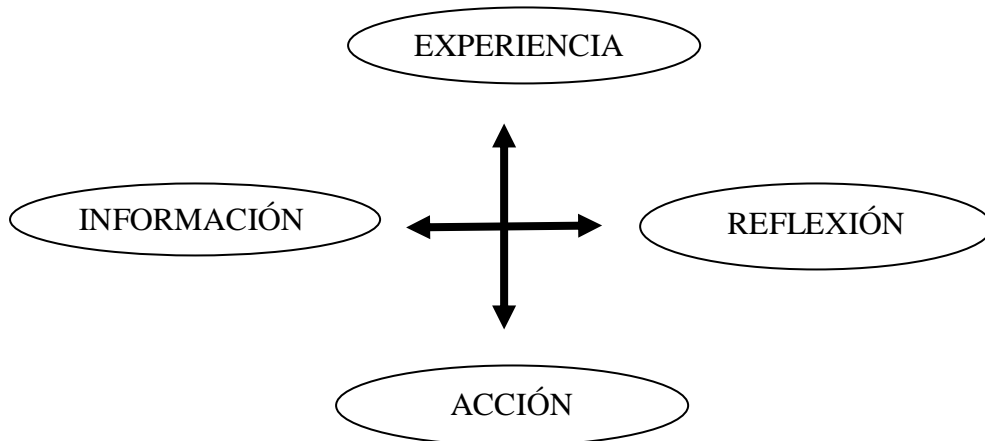
Como dice Simón Rodríguez “Lo que no se hace sentir no se entiende y lo que no se entiende no interesa”. El sentido no se enseña, se construye en un proceso permanente de enriquecimiento y descubrimiento, en el quehacer cotidiano, en las relaciones con las demás personas.

En la mediación pedagógica la educación es un proceso de elaboración de sentidos o dicho de otra forma, la educación es un proceso de intercambio y en donde el estudiante logra crear o recrear el sentido de su propia existencia.

Un aprendizaje con sentido implica que todas las actividades, los conceptos, los valores signifiquen algo en la vida cotidiana de quien aprende.

5.8 PROCESO METODOLÓGICO

La metodología en el programa de educación se basará en el siguiente esquema, de tal manera que no se pierda de vista la metodología basada en la mediación:



La **experiencia** implica partir de las realidades y las vivencias de quienes participan en los talleres para identificar las necesidades, las condiciones de vida y sus conocimientos previos sobre el tema a tratarse.

La **reflexión** nos conduce a construir un puente entre la realidad y un nuevo concepto mediante la **información**. Para ello, durante las actividades de presentación de contenidos, se recurre a: preguntas generadoras, imágenes, buscando llegar a la reflexión.

La **acción** pretende poner en práctica los conocimientos e insertarlos en la vida cotidiana, de tal manera asumir compromisos que provoquen cambios de actitudes o comportamientos en su vida.

5.9 ESTRUCTURA DE LOS TALLERES

Según criterios de mediación pedagógica, el tratamiento de contenidos debe tener tres estrategias: estrategias de entrada, de desarrollo y de cierre. Por ello cada taller contiene los siguientes puntos:

OBJETIVO: determina la finalidad del taller

MATERIALES DE APOYO: materiales necesarios para el desarrollo del taller

CARGA HORARIA: distribución del tiempo en cada una de las actividades

ACTIVIDAD DE ANIMACIÓN: permite relajar a los participantes a través de actividades lúdicas, y permite establecer relación entre los participantes y crear un buen ambiente de trabajo.

ACTIVIDAD DE MOTIVACIÓN: permite presentar el tema del taller y dar sentido a los contenidos, introduciéndolos en la vida cotidiana de los participantes.

PRESENTACIÓN DE CONTENIDOS: presenta conceptos para relacionarlos con los conocimientos previos de los participantes.

DEFINICIÓN DE COMPROMISOS: luego del desarrollo de contenidos definir compromisos permitirá cambiar actitudes y comportamientos.

EVALUACIÓN: permite determinar el grado de cumplimiento de los objetivos.

5.10 EVALUACION

La evaluación de la propuesta se la realizó durante todo el proceso de educación y al final del mismo, mediante el cumplimiento de los talleres, que se verificará con memorias de cada una de las actividades, las mismas que tendrán registros de asistencia, fotos de las actividades realizadas y los trabajos realizados por los participantes a los talleres.

Además se elaborará un informe general de las actividades realizadas durante todo el proceso de educación y difusión del programa.

CONCLUSIONES DE LA PROPUESTA

1. Aplicados los diferentes talleres planteados en la propuesta se pudo observar que mejoró la autoestima en los/as adolescentes y también sus conocimientos, lo que ha permitido disminuir el número de embarazos, es así que, si se considera que en el año 2005 se tuvo 15 embarazos en adolescentes solteras, en la actualidad en la comunidad de Gualsaquí según estadísticas del Subcentro de salud del primer semestre del 2010, se registra un embarazo en una adolescente de 14 años producto de violación.
2. El programa propuesto en la presente investigación ha permitido establecer lazos de confianza entre la Unidad Operativa y los/as jóvenes de la comunidad de Gualsaquí.
3. Luego de aplicar la propuesta se puede observar una mejor conducta de parte de las/los jóvenes en cuanto al manejo del tema de salud sexual y reproductiva.
4. Los y las adolescentes de la comunidad luego de la aplicación de la propuesta son más expresivos y abiertos a temas relacionados con educación sexual, y es así que en la actualidad se formó un club de adolescentes para tratar temas de diferente índole.

RECOMENDACIONES DE LA PROPUESTA

1. Coordinar y desarrollar con los docentes de instituciones educativas de la comunidad actividades educativas orientadas a mejorar la Salud Reproductiva de los/las adolescentes.
2. Capacitar a jóvenes de la comunidad como líderes en salud sexual y reproductiva lo que permitirá difundir con mayor confianza y respetando la interculturalidad temas de sexualidad.
3. Realizar talleres con padres de familia en temas relacionados con la comunicación familiar, lo que permitirá lograr mayor confianza y comunicación en temas relacionados con salud sexual y reproductiva.

BIBLIOGRAFIA

- ◆ Arciniegas, G. (2005). *El Reto de Formar Líderes Creadores*, Gráficos Ibarra.
- ◆ Berlanga, B. (2005). *Dignidad, Identidad y Autonomía*. Cesder-PRODES,A.C.
- ◆ Castelnuovo, A. (2006). *Técnicas y métodos pedagógicos*. Serie educación y desarrollo social. Quito: Primera Edición.
- ◆ Chiavenato, A. (2007). *Administración de Recursos Humanos*. México: Edición.Mc Graw Hill
- ◆ Cleary, Thomas. (2009). *El Arte de la estrategia y liderazgo*. España: Novena edición.
- ◆ Coenn, J. Enciclopedia De La Vida Sexual. TOMO I,II,III,IV y V Edit. Argos Vergara S.A
- ◆ Cornejo, M. A. Enciclopedia de la Excelencia, Tomos 2 –Excelencia Empresarial. México: Editorial Grijalbo S.A.
- ◆ Dever, A. *Epidemiología y Administración de servicios de salud*.Editorial médica Panamericana 2ª. Edición. OMS.
- ◆ Endemain, (2004). Para Ecuador.
- ◆ Galloti, A. 2003). *Educación Sexual para adultos sin Tabúes*.13ª edición España
- ◆ Galotil, A. (2002). *Guía sexual para adolescentes*. Tercera Edición
- ◆ García, J. (2006). *Educando con valores*. Ediciones Mirbet.Primera Edición.
- ◆ Guía para el diseño del plan de trabajo de grado - UTN
- ◆ Guizar, R.*Planificación y Desarrollo Organizacional*.

- ◆ Guzmán, J.M. (2001). *Diagnóstico sobre Salud Sexual y Reproductiva de Adolescentes en América Latina y el Caribe*. México.
- ◆ Hernández, R. (2006). *Metodología de la Investigación*. Mc Gray Hill. México: tercera edición
- ◆ Koontz, H. *Una Perspectiva Global en la administración*.
- ◆ Leiva, Z. F. (1979). *Nociones de Metodología de la Investigación Científica*. Quito Ecuador: Editorial Ortiz.
- ◆ Logroño, V. (2003) *Facultad de Filosofía, Instituto Superior de Postgrado. Módulo de Investigación y Proyectos de Grado*. Quito: Tutoría I.
- ◆ Magalon, G. y otros. (2002). *Administración hospitalaria*. Editorial médica Panamericana. 2de edición.
- ◆ Maldonado, L. E. (2003). *Pueblos y Nacionalidades Indígenas Del Ecuador: De La Reivindicación al Protagonismo Político*.
- ◆ Merani, A. *Enciclopedia de la Psicología Genética*. Tomos 1- 5. México: Edit. Grijalva S.A.
- ◆ Ministerio de Educación, (2008). *Lineamientos Para Una Educación Sexual Integral*, Documento de Trabajo.
- ◆ Ministerio de Salud pública, (2002). *Modernización de los servicios de Salud, Responsabilidad Social Compartida*.
- ◆ Ministerio de Salud pública, (2002). *Manual de Organización y Funcionamiento de las Áreas de Salud*. Quito Ecuador: OPS- OMS.
- ◆ Ministerio de Salud pública, dirección nacional, Fasbace. Proced. (2003). *Reforma del Sector Salud, Aplicada a la Administración de los servicios de Salud*.
- ◆ Orizaga, J. (2003). *Tratado de Enfermería Practica*. México: Mc Graw Hill, Quinta Edición.

- ◆ Paredes, A. *El Proceso Estratégico*.
- ◆ Pineda, R. *El Método Etnográfico, Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales*. Universidad de los Andes. Modulo 5, La Investigación Cualitativa, Teoría. Medellín: ICFES, INER
- ◆ Plan nacional de prevención del embarazo en Adolescentes en Ecuador
- ◆ Polit, H. (2002). *Investigación científica en ciencias de la Salud*. Mc Graw – Hill interamericana. México: Sexta Edición.
- ◆ Política Nacional de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos
- ◆ Poso, M. (2006). *Metodología Para el trabajo de Grado*. Ibarra – Ecuador: Tercera Edición.
- ◆ Prodepine, (2002). *Fortalecimiento organizativo de las federaciones campesinas-indígenas de la Sierra ecuatoriana*, Quito.
- ◆ Quintana, J.M.(2006). *Desafíos de la educación. Serie educación y desarrollo social*. Quito: Primera edición.
- ◆ República del Ecuador, Ministerio de Salud Pública, Consejo Nacional de Salud, Política de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos 2006-2008, Cuarta Edición, Agosto 2007
- ◆ Rodríguez, M. (2006). *Inteligencia Emocional, Fundación Manantial de vida*. Primera Edición.
- ◆ Rodríguez, M. (2006). *Liderazgo, Fundación Manantial de vida*. Primera Edición.

LINCOGRAFIA

- ◆ [www /bvp/texto/14/grupos_focales.htm](#) – 55k
- ◆ [www.geocities.com/88técnicas88ía/88técnicas88ía/ grupos _ focales.html](#) – [www/miguelm/grupos focales.html](#)
- ◆ [www.gerza.com/88técnicas_grupo/todas_tecnicas/grupos_focales.html](#).
- ◆ http://www.generoysaludreproductiva.gob.mx/articulo.php?id_rubrique=8&id_article=899
- ◆ <http://www.caps.ucsf.edu/abstinencia.html>. ¿Debemos enseñar “Sólo abstinencia” en la educación sexual?

ANEXOS

ANEXO 1

Los talleres que a continuación se anexan se realizaron durante una semana, previo a la invitación realizada personalmente como también invitación realizada por el presidente de la comunidad en todos los sectores. En el primer taller se busco el compromiso de los asistentes a los talleres siguientes mediante una charla de motivación, los mismos que se comprometieron asistir al resto de talleres realizados, en vista de la importancia que tenían para ellos y ellas.

TALLER 1

SEXUALIDAD, AUTOCONOCIMIENTO Y AUTOCUIDADO

1. OBJETIVOS:

- a. Reforzar conceptos de sexualidad
- b. Fomentar el autocuidado y el autoconocimiento de su cuerpo de manera integral
- c. Dimensionar las consecuencias de un embarazo
- d. Establecer compromisos para evitar embarazos en adolescentes, ya que son de alto peligro para sus bebés, y sus proyectos de vida

2. MATERIAL DE APOYO:

Papelotes, cinta adhesiva, grabadora, música, hojas de lectura de estudio de caso, hoja de compromisos, hojas de evaluación, tarjeta de papel y lápiz para cada participante.

3. ACTIVIDAD DE ANIMACIÓN: (15 min.)

- Solicitar a los participantes que escriban en sus tarjetas la característica por la que más quisieran ser recordados/as por las personas que las conocen, y pegarse en el pecho.
- Poner música y pedirles que salgan a bailar, mientras lo hacen van encontrando compañeras/os con respuestas afines y se van cogiendo del brazo hasta formar grupos.
- Una vez que estén integrado los grupos, solicitar que intercambien ideas sobre la razón por la cual desean ser recordados y recordadas por estas características. Cuando ya hayan compartido sus ideas se les agradece su participación reforzando la importancia de la autovaloración y de elevar la autoestima de manera permanente.

4. ACTIVIDAD DE MOTIVACIÓN (20 min)

ESTUDIO DE CASO

Una vez conformado los grupos se les pide dar lectura al siguiente caso.

Manuel y Laura tienen 15 años, son compañeros en el colegio. Desde hace ocho meses son novios y pasan juntos todo el tiempo que pueden. Hace tres meses tuvieron su primera relación sexual, Laura está muy preocupada porque no se sentía preparada para este momento. Manuel le dijo que no se preocupe, que la quiere mucho y que se cuidó, por eso nada malo le va a pasar.

Han transcurrido tres meses desde que iniciaron su vida sexual, Laura está triste, ha cambiado en el colegio, su rendimiento e interés han bajado.

En su casa sus padres están preocupados y cada vez que hablan con ella, Laura los evade y llora mucho. Ha dejado de comer porque dice que esta gorda.

Laura y Manuel están sufriendo mucho porque Laura ha dejado de menstruar. Se hizo una prueba y confirmó que está embarazada.

Después de la lectura se les pide contestar las siguientes preguntas en grupo para luego exponerlas:

1. ¿Cuáles son los principales cambios que Laura y Manuel van a enfrentar en su vida?
2. ¿Cuál creen que va a ser la reacción de los padres de Laura?
3. ¿Cuál creen que va a ser la reacción de los padres de Manuel?
4. ¿Cómo está viviendo esta situación el bebé por nacer?

- Luego de cada exposición recoger comentarios y reflexionar sobre la importancia de la corresponsabilidad que existe en la pareja frente a un embarazo en la adolescencia.
- Preguntar si las consecuencias son iguales para una adolescente mujer como para un adolescente hombre.
- Garantizar respeto a todos los comentarios.

5. PRESENTACIÓN DE CONTENIDOS (40 min)

LA SEXUALIDAD.- La sexualidad comprende el conjunto de características biológicas de cada persona que las hacen únicas y diferentes a la vez, van desde el color de la piel, ojos, cabello, hasta aquella sensación agradable que recorre el cuerpo cuando se está cerca de la persona que se ama, cuando te dan un abrazo o una caricia y permiten conductas y comportamientos como respuesta. Generalmente a nivel de adolescentes la sexualidad es vista desde el concepto de órganos genitales y no como una expresión integral que posee el ser humano para transmitir sentimientos y sensaciones.

SEXO.- Es el determinante biológico que diferencia al ser humano hombre y mujer, en base a características anatómicas, fisiológicas y de reproducción. Es lo que te hace hombre o mujer determinado por el sexo anatómico, pene o vagina y todos los demás órganos del aparato genital que caracterizan al ser varón o mujer. Algunas personas aún se refieren al sexo como al acto sexual genital íntimo como sinónimo de relación coital. Es momento de reflexión y crítica constructiva para actualizar conceptos aprendidos de manera equivocada.

AUTOCONOCIMIENTO Y AUTOCUIDADO.- Autoconocimiento significa conocerse a sí mismo y por lo tanto, conlleva al reconocimiento del cuerpo y la forma como funciona y responde a todo tipo de estímulos del medio. Cuando nos referimos al autocuidado, uso y protección del cuerpo, basada en buena información sobre el manejo y protección de nuestro cuerpo.

El autoconocimiento tiene estrecha relación con el conocimiento de la fertilidad y permite a hombres y mujeres detectar tempranamente enfermedades que pueden devenir en una discapacidad de sus bebés por nacer.

Consideramos dicho conocimiento como la base para la toma de decisiones y el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, principalmente respecto a la planeación de embarazos.

El autoconocimiento y el autocuidado son herramientas importantes para la prevención de discapacidades:

- Integra los elementos biológicos, físicos, sociales, culturales y derechos del ser humano.
- Desarrolla una aptitud para disfrutar la actividad sexual y reproductiva en concordancia con nuestros valores.
- Disminuye los temores sentimientos de vergüenza y culpabilidad.
- Fortalece la ausencia de trastornos orgánicos e infecciones como las ITS, que entorpecen la vida sexual y reproductiva.
- Puede garantizar embarazos deseados que estimulan a las mujeres y hombres a buscar la atención prenatal adecuada y una calidad de atención

durante el parto, lo que culminará con un bebé saludable y sin discapacidades.

CONSECUENCIAS DEL EMBARAZO PARA LOS/LAS ADOLESCENTES

El embarazo en la adolescencia es común por diversas causas que tienen que ver con la formación, información, relaciones familiares, aspectos socioculturales. El embarazo en la adolescencia conlleva riesgos para su salud y sus proyectos de vida.

Los y las adolescentes que se enfrentan a la situación de ser madres y padres se enfrentan a problemas de tipo económico, psicológico, laboral, educativo y social y en las muchachas se puede agregar el riesgo de la salud a que se exponen tanto ellas como sus hijos o hijas. A menudo la vida de una madre adolescente y la de su hijo/a se hace muy difícil en la etapa gestacional y después del parto.

Si un adolescente se convierte en padre y madre, tal vez tenga que salir de la escuela para mantener a su hijo o hija. Lo más probable es que obtenga un sueldo bajo, ya que sus conocimientos no le permitirán obtener un trabajo con buena remuneración. Esto puede originar que se mantenga la dependencia del joven con sus padres y parientes, lo que provoca en los y las adolescentes gran inestabilidad emocional y frustración.

Generalmente estos embarazos ocurren cuando los y las jóvenes no están informadas acerca del riesgo de un embarazo y las formas de evitarlo, o bien no cuentan con las habilidades necesarias para resistir la presión de tener relaciones sexuales cuando realmente no están preparadas o preparados para ello, y esto compromete seriamente su proyecto de vida.

RIESGO DEL EMBARAZO EN LA ADOLESCENTE.-

Las adolescentes a menudo no tienen buenos hábitos de alimentación, no cuentan con los recursos para ello o están fuertemente presionadas por patrones estéticos imperantes. Algunas adolescentes suelen fumar, beber. Estas prácticas ponen en riesgo su salud física y emocional, comprometiendo su propio desarrollo y el de

su hijo o hija por nacer.

El embarazo adolescente con frecuencia se acompaña de toxemia, prematuridad, asfixia intrauterina extrauterina, muerte fetal, retraso del crecimiento intrauterino y mortalidad perinatal.

Otro riesgo es la no aceptación del embarazo frente a lo cual pueden someterse a abortos en condiciones que atenten contra su vida.

RIESGOS DE SALUD PARA EL BEBE

Un bebé nacido de una madre adolescente tiene mayor riesgo que un bebé nacido de una madre adulta.

Según datos estadísticos un 10% de las madres de entre 15 y 19 años de edad dieron a luz bebés con bajo peso al nacer, en comparación con el 7.3% correspondiente a madres de todas las edades. Las adolescentes más jóvenes son las que tienen el 13.5% de las madres de menos de 15 años de edad dieron a luz un bebé con bajo peso al nacer.

Los órganos de los bebés de bajo peso al nacer pueden no estar completamente desarrollados. Esto puede conducir a problemas pulmonares o hemorragias cerebrales.

Los bebés de bajo peso al nacer tienen 40 veces más probabilidades de fallecer durante su primer mes de vida que los bebés nacidos con peso normal.

Para contribuir a mejorar la calidad de vida de los y las adolescentes es fundamental potenciar las cualidades humanas de los muchachos y las muchachas como la responsabilidad en la toma de decisiones sobre sus vidas, sus cuerpos, su sexualidad, su afectividad, su reproducción. El fomento de esa autonomía se basa en asumir compromisos para que la sociedad en su conjunto se responsabilice de los y las adolescentes como seres humanos con derechos: derecho a una educación sexual de calidad, derecho a servicios de

salud diferenciados, derechos a expresarse y comunicarse con otros y otras adolescentes, derechos a ser apoyados e impulsados en sus propuestas, derecho a ser acogidas y acogidos cuando se embarazan y que sus vidas no se vean estigmatizadas ni excluidas por esta razón. Existen instituciones y organizaciones en los países que desarrollan proyectos, planes y programas en beneficio de una vivencia saludable de la sexualidad y de los derechos sexuales y re productivos de los y las adolescentes. Es importante tener conocimiento de estos espacios para poder difundirlos entre la población con quien se trabaja.

6. DEFINICIÓN DE COMPROMISOS (15 min.)

TALLER 2

AUTOESTIMA Y AUTO CUIDADO

1. OBJETIVO:

- Lograr crear un ambiente grato y de confianza.
- Reconocer y desarrollar en forma colectiva el concepto de autocuidado.
- Establecer desafíos personales que incorporen alguna actividad de autocuidado en la vida diaria.

2. MATERIAL DE APOYO:

- Sillas, lápices, mesa, papelotes, marcadores.

3. ACTIVIDAD DE ANIMACIÓN: (15 min.)

- Se pide que se reúnan en parejas ya sea por afinidad o por confianza, luego tendrán que conversar durante unos 5 min, diciéndose el nombre y lugar de nacimiento, y que es lo que más le ha impactado en su vida y a su vez lo que más le divierte.
- Luego en los 10min restantes se procederá a la presentación de las parejas ante sus compañeros.

4. ACTIVIDAD DE MOTIVACIÓN (20 min)

Se les pide a los chicos que se reúnan en grupos y se les entrega papelotes.

Reglas de la dinámica. A cada grupo se le entregara un papelote en donde anotaran 2 situaciones agradables que quiera vivir; 2 cosas que le gusta leer; 2 cosas que les gustaría aprender.

Junto a cada respuesta los otros grupos anotan lo que necesitan como estrategia para realizar esas actividades ya sea a nivel: emocional, familiar, comunitario, corporal, otros.

Sugerir que las respuestas procuren basarse más en respuestas creativas y realizables y no solo en dinero y tiempo.

5. PRESENTACIÓN DE CONTENIDOS (40 min)

El autocuidado.- a través de la historia, partiendo desde la cultura griega, se generó desarrollos importantes en torno al autocuidado, llamada por ellos el CULTIVO DE SI, que se basaba en el siguiente principio.

Hay que cuidarse y respetarse a sí mismo, constituyendo un sujeto responsable de sus propios actos.

Similar es el concepto de la promoción de la salud, que se basa en promover en las personas y su grupo social, el acceso a los medios que les permitan tomar las mejores decisiones para lograr el control sobre su propia salud, representando una estrategia de mediación entre las personas y su entorno, creando un futuro más saludable a través de tres mecanismos no transmisibles.

- Autocuidado o decisiones que el individuo toma en beneficio de su propia salud.
- Ayuda mutua o acciones que las personas realizan para ayudarse unas a otras.
- Entornos sanos o creación de las condiciones y entornos que favorecen la salud.

Cuando hablamos de autocuidado, nos estamos refiriendo a un conjunto de decisiones y practicas adoptadas por el individuo para ejercer un mayor control sobre la salud. El segundo mecanismo es la ayuda mutua que los esfuerzos que hacen las personas para corregir su problemas de salud colaborando unas a otras, prestándose apoyo emocional, compartiendo ideas, información y experiencias. El tercer punto comprende la creación de entornos sanos, que

implica adaptar los entornos sociales, económicos y físicos de tal forma que ayuden a conservar la salud.

El autocuidado se puede caracterizar en dos grandes aspectos.

- La conceptualización dentro de un enfoque integral y humano.

Se refiere a que toda persona saludable necesita afecto, protección, participación, entendimiento, ocio, creación, libertad y descubrir su propia identidad. Estos factores están relacionados con los valores, los recursos, las costumbres, los hábitos, las creencias, el entorno social, y los atributos del ser como son-. La creatividad, la libertad, la dignidad, la solidaridad, la identidad, la autonomía, todo esto está dentro de un marco de respeto mutuo y relaciones creativas y complementarias.

En otras palabras, el autocuidado es un acto individual que cada persona realiza cuando adquiere autonomía, pero a la vez es un acto recíproco que tiende a darse a cualquier persona que temporal o definitivamente no está en capacidad de asumir sus necesidades vitales y requiere ayuda.

- Los principios y las condiciones que deben tenerse en cuenta en su promoción.

Para la promoción del autocuidado se deben tener en cuenta los siguientes principios.

- Es un proceso voluntario que permite a las personas convertirse en sujetos de sus propias acciones.
- Debe ser una filosofía de vida y una responsabilidad individual, contando con el apoyo de un sistema social y de salud.
- Es una práctica social que implica cierto grado de conocimiento, que da lugar a intercambios y relaciones interindividuales.

Las estrategias que se deben tomar en cuenta para el desarrollo de autocuidado en las personas son las siguientes:

- Desarrollar en las personas la autoestima y generar niveles de fortalecimiento o empoderamiento, favoreciendo el control personal,

desarrollando habilidades de movilización personal y colectiva para cambiar las condiciones personales y sociales en beneficio de la salud, favoreciendo el crecimiento integral.

- Involucrar el dialogo, el que permite identificar, interpretar y comprender la lógica y la dinámica de las personas mediante el descubrimiento y entendimiento de su racionalidad, sentido y significado, para poder articularlo con la lógica científica, logrando una visión integral de la enfermedad y de la salud, traduciéndose en comportamientos saludables.
- Explorar y comprender las rupturas que existen entre conocimientos, actitudes y prácticas y configurar propuestas de acción y capacitación, produciendo una armonía entre cognición y comportamiento.
- Los agentes de la salud debemos asumir el autocuidado como una vivencia cotidiana, pues al vivir saludablemente, la promoción de la salud favorece compartir sus propias vivencias el autocuidado, estará en cuidado, estará en condiciones de difundir la salud a los demás.
- Contextualizar el autocuidado, es decir darle una direccionalidad cultural de acuerdo a las características de género, etnia y ciclo vital humano. Es importante tener presente que cada persona tiene una historia de vida, con valores, creencias, aprendizajes y motivaciones diferentes.
- Generar procesos participativos; la práctica del autocuidado debe incluir participación más activa e informada de las personas en el cuidado de su propia salud, entendiendo la participación más activa e informada de las personas en el cuidado de su propia salud, entendiendo la participación como el proceso mediante el cual la comunidad asume como propio el cuidado de sí misma y el ambiente que le rodea, dirigiendo la sensibilización a aumentar el grado de control y compromiso mutuo sobre su propia salud por parte de las personas que ofrecen los servicios de salud y quienes los reciben.
- El personal de salud debe buscar espacios de reflexión y discusión acerca de lo que la gente sabe, vive y siente en las diferentes situaciones de la

vida y salud por parte de las personas que ofrecen los servicios de salud quienes los reciben.

- El personal de salud debe buscar espacios de reflexión y discusión acerca de lo que la gente sabe, vive, siente en las diferentes situaciones de la vida y de la salud, identificando prácticas de autocuidado favorables y desfavorables, promoviendo así, mediante un proceso educativo de reflexión-acción el regreso a la práctica para transformarla.

No tenemos que olvidar que lograr impactar sobre los estilos de vida, implica la toma de conciencia de las personas sobre el compromiso y responsabilidad que se tiene en el cuidado de su propia salud permitiendo el desbloqueo de nuestras corazas personales como la depresión, los malos hábitos alimentarios y del sedentarismo que afectan nuestra salud y el desarrollo de nuestro potencial como seres humanos.

6. DEFINICIÓN DE COMPROMISOS (15 min.)

Cada uno de los asistentes debe plantearse para ellos mismos algunos compromisos como por ejemplo:

- Mi meta es inscribirme en un gimnasio para no sentirme sola y mejorar mi salud.
- Mi meta es leer un libro afuera de mi casa para olvidarme de la rutina.
- Yo me comprometo a realizar cosas en mi propio genero para sentirme bien con migo mismo.

TALLER 3

PLAN DE VIDA

7. OBJETIVO:

- Lograr despertar el interés en los jóvenes por tener un plan de vida.
- Enseñar cómo realizar un plan de vida.

8. MATERIAL DE APOYO:

- Proyector, hojas de papel, esferos, papelotes, marcadores, computadora.

9. ACTIVIDAD DE ANIMACIÓN: (15 min.)

Todos los asistentes cierran los ojos y piensan en un animal con el cual se identifican.

Luego uno por uno vamos diciendo cual fue ese animal y comparando con los otros participantes sin que existan en sus opiniones el temor a ser reprimidos.

10. ACTIVIDAD DE MOTIVACIÓN (20 min)

Se les pide a los asistentes que imiten sonidos de naturaleza en el cual vivirían si fueran esos animales con el cual se identifican.

11. PRESENTACIÓN DE CONTENIDOS (40 min)

Este trabajo permite tomar conciencia sobre los principales problemas que tienen los pueblos indígenas en el mundo, con su contribución a la creación de modelos que den soluciones y, al mismo, tiempo, permita hacia el futuro precisar sus anhelos y sueños a la luz de las posibilidades y capacidades, en armonía y paz consigo mismos, con los vecinos, y con la madre naturaleza y el espíritu.

La metodología del Plan de Vida requiere de un proceso de educación continua de participación comunitaria, que conduzca a la comunidad a mejorar su calidad y condiciones de vida, en equilibrio constante con su territorio, la naturaleza, la cultura, el trabajo y el mundo exterior.

Un Plan de Vida es el instrumento de transformación permanente que jalona y organiza a la comunidad para alcanzar niveles de *calidad y condiciones de vida*, a transformar la práctica en conciencia (participación), la conciencia en eficiencia, (organización) y la eficiencia en autonomía (autogestión).

De igual modo, aporta a los gobiernos, en especial, latinoamericano un modelo para delinear políticas para los pueblos indígenas, así como encontrar la manera de respetar sus condiciones propias para integrarlos a la realidad nacional. La gran mayoría de políticas del Estado repercuten de una u otra forma en las condiciones de vida de los pueblos indígenas, por tal motivo es muy importante establecer los mecanismos para atender los impactos que estas acciones producen y las consecuencias que se viven en el seno de estos pueblos.

Los Planes de Vida: un modelo de planeación

Los mayores y las organizaciones de base: La fuerza del proceso de un Plan de Vida debe estar alimentada por la sabiduría de los mayores de los pueblos indígenas. Esta se manifiesta en las orientaciones y reflexiones, así como en las inspiraciones reveladoras, irradiadas en sesiones culturales (espirituales). Sin estos dos torrentes de inspiración y sensibilización, el proceso no puede alcanzar los niveles de participación, cohesión, compromiso y éxito. Es el entendimiento filosófico. Es la fuente de sabiduría más importante para realizar el trabajo.

Las condiciones históricas de cada pueblo indígena nos lleva a considerar las situaciones específicas en que vive cada uno, matizadas por la colonización, la marginación, la violencia, la contaminación, la pérdida del territorio, la destrucción

ecológica del hábitat, la cultura y la identidad, llevan a que cada pueblo, en cabeza de sus mayores (autoridades tradicionales, sabedores y sabios), a plantearse la necesidad de organizar su vida en términos de unidad, identidad, organización y bienestar. Este proceso se realiza en colaboración y apoyo con sus comunidades y organizaciones, entidades públicas y privadas.

De esta manera surge la necesidad de diseñar y construir un Plan de Vida con la participación general de los actores de estos pueblos, que se convierta en el núcleo de la organización y la participación y, a la vez, en la fuerza motivadora del bienestar, la convivencia y el desarrollo.

El enfoque: El proceso metodológico para la construcción del Plan de Vida está concebido dentro de un planteamiento estratégico, las fases están motivadas por una *visión* y un *gran propósito*.

Se trata también de llegar a resultados concretos de mantenimiento de la cultura, el territorio, el medio ambiente y los recursos naturales. Hay que llegar a un territorio sagrado para la explotación, la ocupación y la convivencia es un Santuario para la vida, en todas sus manifestaciones, en donde se conviva en armonía y paz con la naturaleza y con el mundo externo, donde exista la cooperación y el apoyo mutuo.

El diseño metodológico:

Analizadas las condiciones históricas y situacionales inherentes al pueblo, recogiendo los deseos de la comunidad para la elaboración de su Plan de Vida y con base en las competencias profesionales en el plano metodológico y pedagógico, hacia la participación, la organización y autogestión comunitaria, se ha asumido la responsabilidad de diseñar una metodología de participación y organización comunitaria Conducente a obtener este propósito.

La conciencia:

Existe cuando hay *comprensión* y *aplicación*. Cuando la práctica se convierte en saber y, el saber, en sabiduría.

Esto es, en saber-hacer. Si nos quedamos en la mera acción sin reflexión actuamos a ciegas, puesto que no hay comprensión. Si todo se queda en teoría y no hay acción, nos quedamos en la especulación.

La operabilidad:

La estrategia para operar el proceso se debe inspirar en el movimiento de la *red*, que se abre para “ganar terreno” y se recoge para “ganar fuerza”. El movimiento de apertura está representado por los replicadores que hacen presencia en todas las comunidades para reproducir cada etapa del proceso.

Los multiplicadores

Están representados por el equipo central y los miembros de la comunidad. Este método permite validar los conceptos metodológicos de los multiplicadores a partir de la práctica en cada comunidad específica.

- Abre el proceso de participación a toda la comunidad.
- Extiende para ganar cobertura de participación y recogerse para analizar lo recogido.
- Llega a cada plenaria con los aportes de cada comunidad para ser reflexionados y debatidos por todos, hasta llegar a una construcción colectiva.
- Combina de manera permanente la teoría con la práctica.
- Analiza la realidad desde la perspectiva de cada grupo.
- Hace una recuperación crítica de cada práctica y una retroalimentación del proceso.

- Construcción del Plan de Vida con base en las necesidades y deseos de cada comunidad. Construir un Plan de Vida con la participación de todos.

La organización propia:

Se requiere para iniciar el proceso de construcción del Plan de Vida de una organización propia que garantice el sostenimiento del proceso, cohesione y dé fuerza interna y posicionamiento externo, en donde conserve la identidad, la unidad y la cultura. Así mismo se logre ser un pueblo reconocido, querido, respetado y admirado, en los ámbitos nacional e internacional.

Se deben preparar los recursos para abordar el proceso de participación, conformación y acople del equipo de trabajo; la puesta en común de los elementos marco y apropiación del proceso metodológico; la definición de estrategias pedagógicas; la preparación de instrumentos; la concertación con instituciones y comunidades; la programación de acciones y disposición de los recursos económicos necesarios para poner en marcha el proceso.

El proyecto es el núcleo de la organización comunitaria.

La comunidad se organiza para la participación en torno a los diferentes proyectos, en atención a sus intereses, motivaciones y capacidades: participación (que puede estar determinada por la naturaleza de los proyectos), y salud, recreación, vivienda, alimentación y producción, entre otros. El proyecto es, entonces, el eje de la participación en sus diferentes niveles: ejecución, coordinación y dirección.

12.DEFINICIÓN DE COMPROMISOS (15 min.)

Los asistentes tienen que plantearse un plan de vida real y alcanzable y en base a aquello seguir adelante en sus vidas para cumplirlo.

TALLER N0 4

TALLER DE GENERO E INTERCULTURALIDAD

13. OBJETIVO:

- Fomentar el interés de comprender y respetar lo que implica, el género e interculturalidad.

14. MATERIAL DE APOYO:

- CPU, Infocus, pizarra liquida, pliegos de papel periódico, marcadores permanentes.

15. ACTIVIDAD DE ANIMACIÓN: (15 min.)

- Se pide que se reúnan en grupos de distinto numero y que los jóvenes compartan de donde provienen o si saben cuál es su herencia cultural.
- Luego en los 10min restantes se procederá a la presentación de las parejas ante sus compañeros.

16. ACTIVIDAD DE MOTIVACIÓN (20 min)

Se les pide a los chicos que se reúnan en grupos y se les entrega papelotes. Realizar gráficos o esquemas de cómo se miran en inter relación con el resto de sociedad en la que se desenvuelven esto comprendiendo colegio, comunidad, casa, amistad

17. PRESENTACIÓN DE CONTENIDOS (40 min)

La cultura.- según el autor Pederson quien recuerda que Kroeber y Kluckhohn en el 1952 hallaron más de 150 definiciones de culturas.

Un todo complejo que incluye conocimiento, creencia, arte, moral, derecho, costumbre y otras capacidades por el hombre como miembro de la sociedad. Podremos hablar de culturas: cultura occidental, cultura oriental, culturas milenarias, cultura maya, cultura inca, cultura médica de los kichwas de Napo.

La interculturalidad es el proceso de dialogo (entre diferentes pensamientos sentires, que haces en distintos espacios de comunicación, entre individuos y agrupaciones humanas provenientes de diferentes culturas). Un dialogo basado en el respeto y la valoración mutua.

Basta con reconocerlo como ser humano, con valores, con afectos, con costumbres y comportamientos diferentes. Y a pesar de que somos diferentes, debemos tener puentes que nos permitan comunicarnos como iguales. Uno de esos puentes es la voluntad de conocernos unos a otros.

En definitiva el reto de la interculturalidad es aceptar que el otro de la interculturalidad es aceptar que el otro puede ingresar en lo que consideramos nuestros espacios, significa darnos la vuelta y empezar a vivir de frente unos con otro, dialogando, comunicando, sin prejuicios).

Para construir la interculturalidad, vale bien incorporar criterio de admiración hacia el otro de no creerse autosuficientes o superior frente al otro; sino inclusive de establecer nexos y relaciones, de interacción de interdependencia, y eso implica afecto.

Las relaciones interculturales son negativas si llevan a la destrucción del que es culturalmente distinto o por lo menos a su disminución o asimilación, como sucede en nuestras sociedades neocoloniales. En cambio, son positivas si llegan a aceptar al que es culturalmente distinto y a enriquece mutuamente, aprendiendo unos de otros.

Interculturalidad en salud.- Para abordar la salud desde una perspectiva más integral, se debe tener un mayor conocimiento de los pueblos y culturales e

indígenas que conforman la riqueza pluriétnica y pluricultural del Ecuador. Una de las razones por las cuales al sistema oficial de salud encuentra serias limitaciones para enfrentar gran parte de los problemas de salud de los pueblos indígenas está relacionada con su visión cultura distinta sobre los procesos de salud y enfermedad.

La salud desde el punto de vista indígena, se mide no solo sobre la base de la incidencia de enfermedades o epidemias, sino también sobre la presencia de otros componentes como por ejemplo, la identificación con un territorio sano, una buena provisión de recursos, relaciones familiares y sociales positivas, autorespeto, confianza en los valores culturales, con su medio ambiente o los espíritus o fuerzas naturales entre otros.

La enfermedad o los problemas ocurren cuando se rompe este equilibrio, en tal sentido, la enfermedad es el resultado o la manifestación de esta ruptura.

De acuerdo con los diagnósticos de salud que se ha realizado en comunidades indígenas, y según la percepción indígena, entre el 60% y el 75% de las enfermedades tienen una dimensión socio espiritual. Se percibe la enfermedad como resultante de la interferencia de fuerzas espirituales conscientemente dirigidas “por unos, para enfermar a otros”.

Para el mundo indígena la prevención de las enfermedades se traduce en el uso de las plantas medicinales herbolarias, purgantes, ayunos, celebraciones rituales de los ciclos de la vida (nacimiento, pubertad, matrimonio, funeral), dietas alimenticias, respeto y comunicación con las especies naturales, ubicación y control de la vivienda y sobre todo los comportamientos sexuales.

18.DEFINICIÓN DE COMPROMISOS (15 min.)

Cada uno de los asistentes debe plantearse para ellos mismos algunos compromisos como por ejemplo:

- Aceptar su cultura y empezar a vivir de acuerdo a ella si así lo desea y que ayude a otros a aceptarla de igual manera.

TALLER 5

PATERNIDAD RESPONSABLE

19. OBJETIVO:

- Promover el conocimiento sobre paternidad, planificación familiar e ITS.

20. MATERIAL DE APOYO:

- Sillas, lápices, mesa, papelotes, marcadores, pizarra de tiza líquida, Infocus, insumos de planificación, CPU.

21. ACTIVIDAD DE ANIMACIÓN: (15 min.)

- Se pide que se reúnan en parejas ya sea por afinidad o por confianza, luego tendrán que conversar, diciéndose el nombre y lugar de nacimiento, y que es lo que más le ha impactado en su vida y a su vez lo que más le divierte sobre su familia.
- Luego en los se procederá a la presentación de las parejas ante sus compañeros.

22. ACTIVIDAD DE MOTIVACIÓN (20 min)

Se les pide a los chicos que se reúnan en grupos y se les entrega papelotes.

En aquellos papelotes ellos pondrían dibujos de lo que consideran paternidad responsable, y sobre los otros temas a tratar en el taller para así poder ir paso a paso guiando y despejando dudas sobre aquellos temas.

23. PRESENTACIÓN DE CONTENIDOS (40 min)

IMPACTO DE LA MATERNIDAD DE ADOLESCENTES

Riesgo de muerte y enfermedad, sobre todo para las niñas de 10 a 14 años de edad, quienes tienen cinco veces mayores probabilidades de morir a causa del embarazo o el parto que las mujeres de 20 a 24 años.

Las madres adolescentes tienen más probabilidades de abandonar los estudios secundarios, lo que menoscaba sus posibilidades de participar plenamente en la sociedad, tener ingresos, cuidarse a sí mismas y cuidar a sus hijos.

Estos factores la convierten en una consecuencia de la pobreza y puede acentuarla. Además se convierte en un factor de transmisión de la pobreza de una generación a otra, sumando obstáculos para la movilidad social de esa generación y de la siguiente, profundizando la pobreza.

El inicio temprano de la maternidad aumenta la probabilidad de tener más hijos que las mujeres que comienzan a procrear más tarde. Esto influye en el tamaño de las familias y en el total de la población mundial. Así, si en vez de 18 años se aumentan a 23 años la edad de la madre en su primer alumbramiento, podría reducirse el impulso demográfico en más del 40%.

A escala mundial, al menos uno de cada diez abortos ocurre entre jóvenes de 15 a 19 años de edad. En este grupo de edades, más de 4,4 millones de jóvenes se someten cada año a abortos, un 40% de los cuales se realizan en malas condiciones, comprometiendo la salud y la vida de la joven. Esto obedece a que muchos embarazos de adolescentes no son planificados ni deseados, como lo reportan estudios en América Latina.¹⁴

Los hijos de madres adolescentes tienen de 2 a 6 veces más probabilidades de tener hijos con bajo peso al nacer que las madres de 20 años o más.

El embarazo en adolescentes representa costos para el Estado, por concepto de atención en salud por las complicaciones que el parto y el recién nacido puedan presentar, así como por la atención y el apoyo social de los niños en situación de desventaja: educación, programas de nutrición infantil, programas alimentarios y

viviendas subsidiadas por el gobierno, amén de las demandas generadas por niños con problemas psicosociales asociados a rechazo o abandono físico o afectivo

El enfoque tradicional del problema conlleva deficiencias importantes para la formulación de estrategias de atención y prevención, por cuanto deja de lado la participación del varón, quien representa la mitad de los sujetos que participan en la aparición de los embarazos en adolescentes. En atención a las premisas expuestas se propone un nuevo modelo de difusión y educación en salud sexual y reproductiva y hablar de maternidad y paternidad adolescente responsable.

ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

Las E.T.S. también llamadas **venéreas**, son aquellas que se adquieren a través de las prácticas sexuales con personas infectadas. Tienen amplia incidencia y difusión y son de constante incremento a nivel mundial pues están relacionadas a patrones de comportamiento promiscuo (relaciones sexuales inseguras, sin uso de protección: preservativos), con parejas múltiples, sin cuidado de hábitos de **higiene personal**. El problema que genera en el ámbito de la salud pública, radica que algunas de **éstas enfermedades pueden encontrarse en estadio de cronicidad asintomática**, desconocidas o ignoradas por el mismo paciente, que ante parejas sexuales ocasionales no prevenidas, facilita su contagio, haciendo prácticamente imposible la erradicación.

“Son las únicas enfermedades que se adquieren con placer, sin tomar en cuenta el posterior displacer y a veces graves consecuencias que acarrearán a la salud”.

La nucleación de las **enfermedades venéreas** comprende por lo general, **la sífilis, la blenorragia o gonocócica, el chancro blando, el linfogranuloma venéreo, el condiloma acuminado (o papiloma venéreo), y algunas ectoparasitosis como la pediculosis púbica (ladilla)**. Existen otras infecciones transmitidas por contacto sexual, que sin ser catalogadas de venéreas, ocasionan molestos y recurrentes problemas a las parejas. Tal el caso de la tricomoniasis y la candidiasis, que suelen ser repetidos huéspedes del flujo vaginal. Otras

enfermedades que debemos incorporar al grupo de las E.T.S., son: **la Hepatitis B y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA)** producida por el **HIV**. El recrudecimiento de la morbilidad venérea obedece a una multicausalidad, con un común denominador que es la disminución del nivel de vida de la población. Entre las causales de importancia merecen mencionarse a:

Precariedad social, que es sinónimo de precariedad sanitaria e incremento de la promiscuidad, destacándose mayor incidencia del comercio sexual en capas sociales bajas, donde existe desinformación y **abunda la falta de higiene**.

La libertad sexual que caracteriza a la nueva generación de adolescentes, con escasas ataduras a valores convencionales, con multiplicidad de contactos ocasionales, con prácticas sexuales donde suele ser habitual el cambio de parejas, en una etapa de la vida donde se relega la higiene y el autocuidado a segundos planos, manifestaciones todas ellas que culminan en sexo no seguro, promiscuo, y vulnerable a cualquier tipo de **enfermedad venérea**.

El mecanismo polimorfo habitual de contagio, con lo complejo que resulta identificar a los contactos, y con el agravante en **la infección gonocócica y sifilítica**, de casos asintomáticos principalmente en las mujeres, que actúan de portadoras desconocidas (aún por ellas mismas), propagando la enfermedad en proyección geométrica.

La sífilis y la blenorragia han penetrado en todos los grupos de edad, raza y sexo, y en casi todas las regiones geográficas del mundo, tanto urbanas como rurales.

El control de las **enfermedades venéreas** depende de *principios* que no son secretos de ningún país y que, en realidad, están claramente expuestos en algunas de las más antiguas obras de medicina.

¿CÓMO PUEDEN PREVENIRSE LAS ENFERMEDADES VENÉREAS?

Una persona puede tomar varias medidas para evitar contraer una enfermedad venérea o transmitir una enfermedad venérea a otra persona. Aquí están algunos hechos importantes a saber:

Una relación sexual monógama entre dos personas no infectadas es la mejor manera de evitar contraer una enfermedad venérea.

Los bebés recién nacidos pueden contraer ciertas enfermedades venéreas de una madre infectada, incluyendo el SIDA, la gonorrea, la sífilis, el herpes genital y la chlamydia. En algunos casos, el riesgo puede reducirse y hasta ser eliminado si la madre se diagnostica y se trata contra las enfermedades venéreas durante el embarazo.

Cuando se realiza actividad sexual, el uso correcto y consistente de un condón de látex nuevo con cada acto sexual, es un método sumamente eficaz para prevenir la transmisión del virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) -el virus que causa el SIDA- y reduce el riesgo de contraer otras enfermedades venéreas, incluyendo la gonorrea, la sífilis, el herpes genital y la chlamydia. El condón deberá lubricarse con base de agua, ya que un lubricante con base de aceite (como la jalea de petróleo) podría debilitar el látex. Afortunadamente, la mayoría de los condones, que se venden en el comercio ya vienen lubricados, inclusive existen algunos en el mercado que contienen un espermaticida como el nonoxinol-9, que brinda un efecto protector mayor para evitar el embarazo.

Los condones de membrana natural no son tan seguros como los de látex, ya que tienen poros que ocurren naturalmente que son lo suficientemente pequeños para prevenir el paso del esperma, pero lo bastante grandes como para permitir el paso de los virus en los estudios de laboratorio.

NOTA.- CABE RECALCAR QUE SE TOMO LA EVALUACION AL FINAL DEL ULTIMO TALLER COMO UNA ESTRATEGIA PARA QUE LOS JOVENES ASISTAN A TODOS LOS TALLERES SIN MIEDOS PUES ELLOS NO ESTABAN ACOSTUMBRADOS A ESTE TIPO DE EVALUACIONES.

ANEXO 2

RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

Preguntas 1-2 y 3. Salud Sexual y Reproductiva. ¿Qué entiende Ud. Por Sexualidad, Salud Sexual y Reproductiva, y por Reproducción?

Grupo 1, Mestizos. Mixto.7 Participantes.

Los y las Jóvenes, entienden por sexualidad a las relaciones sexuales entre un hombre y una mujer, este grupo expresa también que debería haber sentimientos y responsabilidad, Sobre la salud S y R, la mayoría no conoce el tema y hablan de protección en la relación sexual y de eyaculación precoz. La reproducción la entienden la mayoría como el tener hijos y solo dos no conocen nada acerca del tema.

Grupo 2, Hombres Adolescentes Indígenas. 7 Participantes

Este grupo entiende a la sexualidad solo como las relaciones sexuales. En salud sexual y reproductiva no dan ninguna respuesta es decir no tienen conocimiento. Sobre la reproducción refieren que es cuando los hombres y las mujeres tienen hijos y tres adolescentes no conocen del tema.

Grupo 3, Mujeres Adolescentes Indígenas. 11 Participantes

Las mujeres de este grupo sobre sexualidad la responden no conocer el tema. De la SSy R. dos expresan que es el tener hijos y el resto no saben. Sobre la Reproducción manifiestan que es el hecho de tener hijos y un grupo importante no conocen.

Grupo 4 Hombres Indígenas. 10 Participantes

Los hombres de este grupo entienden por sexualidad, la mayoría entienden como la relación sexual, uno habla de violación y otro expresa que es cuando se enamora. De la SS y R, entienden que los hombres deben cuidar sus cuerpos para no tener muchos hijos. Sobre la reproducción hablan que es tener hijos y otros dicen no saber que es.

Grupo 5, Mujeres Indígenas. 9 Participantes.

Ellas entienden por sexualidad como la relación sexual entre hombre y mujer, de tener amigos y otras no saben nada. Sobre SS y R, expresan que es no tener relaciones sexuales a temprana edad, pero hay unas cuantas que no saben. De Reproducción tres contestan que es tener hijos y el resto no saben.

Grupo 6, Hombres Indígenas. 7 participantes.

Los jóvenes de este grupo entienden por sexualidad a las relaciones sexuales entra las parejas, pero la mayoría no sabe. Sobre la SS y R, todos responden no saber. De Reproducción éste grupo refiere que es el cambio físico de Hombres y mujeres.

Grupo 7, Mujeres. Indígenas. 7 Participantes.

Las mujeres del grupo entienden por sexualidad a las relaciones sexuales entre hombres y mujeres. Sobre SS y R, todas contestan no saber. De Reproducción, ellas también entienden que es los cambios físicos de los/las jóvenes.

Se puede decir que los/las adolescentes mestizos expresan tener un poco más de conocimientos de lo que se trata la Sexualidad con lo que respecta a los/las adolescentes indígenas.

En lo que respecta a la Salud Sexual y Reproductiva el grupo de los mestizos hablan de protegerse en las relaciones sexuales, grupos de indígenas también hablan de no tener relaciones sexuales a muy temprana edad y de protección en las mismas, pero hay que resaltar que la mayoría de los dos grupos étnicos no saben sobre el tema.

Y en lo, que respecta a Reproducción la mayoría entienden que es tener hijos y solo dos grupos se refieren que es los cambios físicos de las personas.

Preguntas 4y 5. Temas Sexuales en Casa. ¿Conversan en su casa de temas Sexuales, y con quién tiene más confianza para hablar de estos temas?

Grupo 1, Mestizos. Mixto. 7 Participantes.

La mayoría del grupo refieren que si conversan, un solo integrante dice que no. Y en lo que respecta a la confianza es mas con la mamá, luego con las hermanas mayores y uno con, ninguno.

Grupo 2, Hombres Adolescentes Indígenas. 7 Participantes

Los jóvenes de este grupo en lo respecta a la confianza refieren que es muy poco lo que conversan y uno que no lo hace. Y con quienes tienen más confianza dicen que con la mamá, papá y tres refieren que con ninguno.

Grupo 3, Mujeres Adolescentes Indígenas. 11 Participantes

La mitad del grupo refiere que si conversan pero poco solo lo que respecta a la menstruación, la otra mitad no lo hacen. De la confianza expresan tener más con la mamá y las hermanas mayores.

Grupo 4 Hombres Indígenas. 10 Participantes

En este grupo todos los integrantes refieren no conversar. Sobre la confianza dicen tener con el papá, la mamá y uno con la hermana.

Grupo 5, Mujeres Indígenas. 9 Participantes

Este grupo de mujeres refieren no conversar en la casa, solo una si lo hace. Respecto a la confianza, una indica tener confianza con la mamá y el resto con nadie.

Grupo 6, Hombres Indígenas. 7 participantes

Los integrantes de este grupo en lo que respecta a la conversación en casa refieren la mayoría que no lo hacen y unos pocos que sí. Sobre la confianza dicen tener con los/las hermanos/as mayores y la mayoría con ninguno.

Grupo 7, Mujeres. Indígenas. 7 Participantes

La gran mayoría de los integrantes de éste grupo refieren no conversar en casa de temas sexuales y solo unos cuantos que si lo hacen. En lo que se refiere a la confianza dicen que la tienen con las hermanas, mamá, papá y con ninguno refieren otras participantes.

Realizando una comparación entre los grupos diríamos que no existe una gran diferencia en lo que respecta a la educación en temas sexuales en la casa, tanto en, los/las adolescentes mestizos e indígenas. Debido a que en las dos etnias no tienen confianza de hijos a padres, debido a que expresan que los padres no están preparados para hablar de estos temas.

Pregunta 6, ¿Quién en las parejas de la comunidad decide tener relaciones sexuales?

Grupo 1, Mestizos. Mixto. 7 Participantes

Los integrantes del grupo refiere la mayoría que es la mujer la que decide si quiere o no tener sexo, pero también dicen que deben ser los dos.

Grupo 2, Hombres Adolescentes Indígenas. 7 Participantes

En este grupo la mayor parte de los integrantes responden que es el hombre y unos pocos dicen que deben ser los dos.

Grupo 3, Mujeres Adolescentes Indígenas. 11 Participantes

Las integrantes del grupo todas refieren que es el hombre el que decide tener relaciones sexuales en la comunidad.

Grupo 4, Hombres Adolescentes Indígenas. 10 Participantes

Los jóvenes de este grupo también de manera total refieren que es el hombre quien decide tener sexo en la comunidad.

Grupo 5, Mujeres Indígenas. 9 Participantes

Ellas responden que es el hombre quien decide tener sexo, pero que deberían ser los dos quien lo decidan junto si tener o no tener sexo

Grupo 6, Hombres Indígenas. 7 participantes

Los integrantes del grupo dan la respuesta en dos partes, que es el hombre el que decide tener sexo en la comunidad pero también dicen que deberían ser los dos quien decidan tener sexo.

Grupo 7, Mujeres. Indígenas. 7 Participantes

Las integrantes del grupo también dan dos respuestas, la mayoría que es el hombre de la comunidad quien decide tener sexo, pero hay otras que opinan que deben ser los dos quienes decidan sobre tener o no sexo

Preguntas 7- 8 y 9. De Educación Sexual. ¿A dónde ha encontrado Ud. Información sobre Salud Sexual y Reproductiva. Recibió temas de Educación Sexual en la Institución Educativa y qué temas le gustaría saber sobre sexualidad?

Grupo 1, Mestizos. Mixto. 7 Participantes

Los/las integrantes del grupo refieren haber obtenido información sobre SS y R en el Colegio, uno que responde que en ningún lado. En lo que respecta a la unidad educativa refieren que si han recibido temas de sexualidad, pero que no son suficientes.

En lo que respecta a los temas que les gustaría saber refieren los siguientes: Enfermedades de transmisión sexual, Como protegerse del VIH/SIDA, Etapas de los cambios del cuerpo, Que es la sexualidad y sobre Planificación Familiar.

Grupo 2, Hombres Adolescentes Indígenas. 7 Participantes.

Este grupo responde haber obtenido información sobre SS y R en la Unidad Educativa, otros en libros y unos pocos refieren no tener ninguna información. Sobre si han recibido temas de educación sexual en la institución educativa responden la mayoría que no ha recibido ninguna educación sobre estos temas otros responden que es insuficiente.

Los temas que les interesan saber son: todos los temas en lo que respecta a Educación Sexual. Pero se debe decir que es un grupo poco comunicativo ya que no expresan lo que sienten.

Grupo 3, Mujeres Adolescentes Indígenas. 11 Participantes

Las adolescentes exponen que encontraron información sobre SS y R en la escuela sobre abuso sexual específicamente.

En la respuesta de que si recibieron educación en la institución educativa sobre temas de educación sexual refieren que si pero que no son suficientes y no satisfacen sus necesidades de conocimiento de estos temas.

Este grupo de jóvenes son más comunicativas y refieren querer conocer sobre: Planificación Familiar, Anticonceptivos, Como cuidar el cuerpo, Fisiología de la Menstruación, Valores, y prevención del VIH/SIDA.

Grupo 4, Hombres Adolescentes Indígenas. 10 Participantes

A la pregunta responden los integrantes del grupo a la primera parte que encontró la información sobre SS y R, en la televisión, en la unidad educativa, en revistas, y en DVD.

En lo que respecta a temas de Educación Sexual en la institución Educativa, el grupo responde que son pocos los temas tratados, que solo les hablaron del VIH/SIDA.

El grupo expresa el deseo de conocer sobre Planificación Familiar, Enfermedades De Transmisión Sexual. Cómo funciona el cuerpo humano, Auto cuidados y abuso sexual.

Grupo 5, Mujeres Indígenas. 9 Participantes

Las integrantes del grupo responden a la pregunta de a donde ha encontrado información sobre SS y R, en la escuela solo de abuso sexual.

Este grupo, sobre si recibió educación sexual en la institución educativa responden que no.

Expresan el deseo de querer conocer sobre los siguientes temas: A qué edad se debe tener relaciones sexuales. Fisiología de la menstruación. Sobre los cambios físicos y Que es la homosexualidad.

Grupo 6, Hombres Indígenas. 7 participantes

Los integrantes del grupo refieren haber obtenido información en la Unidad Educativa y en el proyecto CORCIMA.

En lo que respecta si en la Institución educativa recibieron temas de educación sexual refieren que si pero que son insuficientes.

En la pregunta de qué temas les gustaría saber dicen lo siguiente: VIH/SIDA. ETS. Qué es la Sexualidad. Como nacen los niños. Como usar el preservativo y como cuidar el cuerpo.

Grupo 7, Mujeres. Indígenas. 7 Participantes

En la pregunta de a donde encontraron información sobre SS y R, en la Unidad Educativa y en CORCIMA.

Los integrantes del grupo refieren que son insuficientes los temas que les impartió La institución educativa en temas de salud sexual.

Las integrantes del grupo quieren saber sobre, Qué es Sexualidad. Fisiología de la menstruación. Cambios físicos del cuerpo. Planificación Familiar y Autoestima.

Haciendo la comparación de la información el grupo de los adolescentes mestizos son más abiertos en el dialogo, todos/as ellos estudian en los colegios de la ciudad de Otavalo, por lo que reciben una información más completa.

Los integrantes de los otros grupos tanto mujeres y hombres adolescentes, también recibieron Educación sexual pero como son introvertidos no se comunican de manera fluida sus inquietudes y sus conocimientos, este es un cuestión de la cultura, Pero hay que decir que la Unidad Educativa de la

comunidad no imparte educación sexual de acuerdo a las necesidades de los alumnos, se imparte algunos temas pero no todo.

En lo que respecta a temas que les gustaría saber todos los grupos exponen sus inquietudes de conocimientos, que se tomaran en cuenta para aplicar la solución al problema.

Pregunta 10, ¿Conoce Ud. de que se trata las Enfermedades de Transmisión Sexual?

Grupo 1, Mestizos. Mixto. 7 Participantes

En este grupo expresan saber sobre VIH/SIDA.

Grupo 2, Hombres Adolescentes Indígenas. 7 Participantes

Los integrante del grupo dicen saber del SIDA, gonorrea, y otros refieren no saber de qué se trata.

Grupo 3, Mujeres Adolescentes Indígenas. 11 Participantes

Las jóvenes refieren saber sobre el VIH/SIDA y la mayoría responden no saber.

Grupo 4, Hombres Adolescentes Indígenas. 10 Participantes

Este grupo es muy poco participativo y nuevamente se encuentra con la cultura de no querer comunicarse y su respuesta es que no saben nada.

Grupo 5, Mujeres Indígenas. 9 Participantes

Este grupo refiere que se trata cuando la pareja tiene un virus y le contagia, incluso a la descendencia, también tenemos integrantes que no saben.

Grupo 6, Hombres Indígenas. 7 participantes

Dos integrantes del grupo refieren que es cuando se tiene relaciones sexuales con desconocidos, pero los demás integrantes dicen que no saben de qué se trata.

Grupo 7, Mujeres. Indígenas. 7 Participantes

Tres participantes refieren conocer del VIH/SIDA y el resto expresa no saber. Se puede concluir que los/as adolescentes mestizos e indígenas no saben realmente de lo que se trata las ETS. Solo expresan saber un poco de la enfermedad más grave esta es VIH/SIDA.

Pregunta 11, ¿Qué entiende por planificación Familiar y paternidad responsable?

Grupo 1, Mestizos. Mixto. 7 Participantes

En la primera parte de la pregunta, los integrantes del grupo contestan que es cuando la pareja decide tener hijos y/o que la pareja necesariamente tiene que planificar los hijos quiere tener. Sobre paternidad responsable contestan que son los padres que tienen en cuenta las necesidades, gastos y cuidados de los hijos y no abandonarlos.

Grupo 2, Hombres Adolescentes Indígenas. 7 Participantes

Los participantes de este grupo refieren en las dos preguntas que no saben y hay unos que dicen que es cuidar a los hijos.

Grupo 3, Mujeres Adolescentes Indígenas. 11 Participantes

Este grupo refiere en la primera parte que los padres piensen en el futuro de los hijos y en el bienestar de la pareja. En la segunda parte dicen que es cuidar a los hijos y otros responden que no saben lo que es paternidad responsable.

Grupo 4, Hombres Adolescentes Indígenas. 10 Participantes

Los integrantes del grupo responden no saber la primera y la segunda pregunta.

Grupo 5, Mujeres Indígenas. 9 Participantes

Este grupo dan respuestas a la primera pregunta como es, cuando tener una familia, pero también expresan lo que sucede en la comunidad, que los hombres obligan a tener sexo y de que luego no reconocen a sus hijos, y los abandonan. A la segunda pregunta responden que los padres deben cuidar a sus hijos.

Grupo 6, Hombres Indígenas. 7 participantes

A la primera pregunta los participantes responden que la familia debe ser cuidada con responsabilidad y respeto. La segunda respuesta dicen que es cuidar a los hijos.

Grupo 7, Mujeres. Indígenas. 7 Participantes

Los que conforman este grupo expresan el deseo que la familia sea el centro de valores donde exista verdaderamente respeto, amabilidad, amor, generosidad y sea confiable. A la segunda pregunta no responden.

Unificando criterios diríamos que la mayoría de adolescentes tienen la idea de que es planificación familiar, unos por supuesto saben más, como es el grupo de

jóvenes mestizos, sin embargo los jóvenes indígenas también conocen en menor grado pero si tienen la idea bastante acertada.

Pregunta 12, ¿Es necesario que el hombre y la mujer mantengan una buena salud sexual y reproductiva?

Grupo 1, Mestizos. Mixto. 7 Participantes

Todos los participantes refieren que si es bueno mantener una buena salud sexual y reproductiva.

Grupo 2, Hombres Adolescentes Indígenas. 7 Participantes

Los integrantes del grupo responden a la pregunta que si es bueno mantener una buena salud sexual y reproductiva.

Grupo 3, Mujeres Adolescentes Indígenas. 11 Participantes

Las jovencitas del grupo contestan que si es bueno mantener una buena salud sexual y reproductiva.

Grupo 4, Hombres Adolescentes Indígenas. 10 Participantes

Los jóvenes de esta grupo refieren que si es importante mantener una buena salud sexual y reproductiva.

Grupo 5, Mujeres Indígenas. 9 Participantes

Las mujeres jóvenes de la comunidad responden que si es necesario tener una buena salud sexual y reproductiva.

Grupo 6, Hombres Indígenas. 7 participantes.

También los participantes de este grupo, manifiestan que si a la pregunta de tener una buena salud sexual y reproductiva.

Grupo 7, Mujeres. Indígenas. 7 Participantes.

Las participantes, contestan a la pregunta de que si es bueno que el hombre y la mujer mantengan una buena salud sexual y reproductiva.

Pregunta 13, ¿Qué valor cultural tiene que una mujer y un hombre sean padres antes del matrimonio aquí en la comunidad?

Grupo 1, Mestizos. Mixto. 7 Participantes.

Los y las integrantes del grupo contestan de manera muy crítica con sus padres, pues refieren que ellos no saben cómo educarlos, expresan que los hombres son machistas y lo hacen para sentirse más hombre y un integrante refiere que con tener hijos se aseguran del matrimonio.

Grupo 2, Hombres Adolescentes Indígenas. 7 Participantes.

Los participantes del grupo responden muy seguros de el valor cultural de ser padres que la mujer es mas estimada por tener hijos.

Grupo 3, Mujeres Adolescentes Indígenas. 11 Participantes.

Las adolescentes del grupo refieren que tiene mucho valor cultural porque la mujer es más apreciada por los hombres si tiene hijos.

Grupo 4, Hombres Adolescentes Indígenas. 10 Participantes.

Los participantes del grupo expresan que el valor cultural que tiene el ser padres en la comunidad es que valoran más a la mujer por tener hijos.

Grupo 5, Mujeres Indígenas. 9 Participantes.

Este grupo de adolescentes en cuanto al valor cultural que tiene en la comunidad el de ser padres antes del matrimonio es que se la valora más a la mujer si puede tener hijos.

Grupo 6, Hombres Indígenas. 7 participantes.

Los jóvenes del este grupo da como respuesta que en la comunidad se ve como normal que sean padres antes del matrimonio, este es el valor cultural en la comunidad.

Grupo 7, Mujeres. Indígenas. 7 Participantes.

Las mujeres de este grupo dicen que en la comunidad es normal ser madres antes del matrimonio, o sea que el valor cultural es que las mujeres son más respetadas por tener hijos.

Unificando criterios diríamos que existe una gran diferencia entre los adolescentes mestizos de los adolescentes indígena. Los primeros, opinan que sus padres no están preparados para educarles en casa, y que usan a los hijos para asegurar el matrimonio.

En cambio los/as adolescentes indígenas nos expresan su valor cultural propio que el ser padres en la comunidad está bien visto y que las mujeres tienen un valor agregado al poder ser madres.

Pregunta 14, ¿Qué valor cultural tiene la práctica sexual en los jóvenes de la comunidad?

Grupo 1, Mestizos. Mixto. 7 Participantes.

Los/as participantes del grupo expresan que en práctica sexual de los jóvenes predomina el machismo, piensan los hombres que por hacerlo son más hombres esto es lo que opinan ellos y ellas, pero que lo practican a escondidas.

Grupo 2, Hombres Adolescentes Indígenas. 7 Participantes.

Este grupo sus participantes refieren que en la comunidad lo ven como normal la práctica sexual de los jóvenes.

Grupo 3, Mujeres Adolescentes Indígenas. 11 Participantes.

Las integrantes del grupo refieren que la práctica sexual de las adolescentes es mala en su comunidad.

Grupo 4, Hombres Adolescentes Indígenas. 10 Participantes.

Los integrantes del grupo dicen que la comunidad mira como normal la práctica sexual de los jóvenes.

Grupo 5, Mujeres Indígenas. 9 Participantes.

La mayoría de este grupo explica que es vista como normal la práctica sexual en los/as adolescentes de la comunidad, y unas pocas dicen que es malo o mal vista en la comunidad las relaciones sexuales.

Grupo 6, Hombres Indígenas. 7 participantes.

La mayoría de los integrantes del grupo refieren que es malo o sea que no sean bien vistas las relaciones sexuales en los jóvenes. Pero unos pocos dicen que es vista como normal las prácticas sexuales, pero entre hombres y mujeres.

Grupo 7, Mujeres. Indígenas. 7 Participantes.

En este grupo las integrantes contestan de manera unánime que las prácticas sexuales de los/as jóvenes de la comunidad se ven como normales.

El presente trabajo al enmarcarse dentro de la investigación cualitativa la misma que ha cobrado popularidad a raíz de los cambios paradigmáticos que se experimentan en la actualidad, me permite, mediante la técnica de grupos focales realizar el análisis e interpretación de los resultados obtenidos.

“Movilización de los participantes a los grupos focales”

Para la conformación de los grupos focales se realiza una invitación verbal por parte de la investigadora, casa a casa de los y las adolescentes de la comunidad, los mismos que llegan con una media hora de retraso, a la hora convocada.

Antecedentes.

En la comunidad de Gualsaquí, no se ha realizado ninguna investigación con grupos focales de adolescentes de manera tan directa, que permita obtener información veraz sobre lo que conocen y sobre que les gustaría aprender del tema de Salud Sexual y Reproductiva y los valores de su cultura en la práctica de salud sexual y reproductiva.

Convocados:

Los y las jóvenes de la comunidad son convocados tanto por la investigadora como por el presidente del cabildo de la comuna.

Objetivo:

Obtener la información de manera directa de los y las adolescentes de la comunidad sobre sus conocimientos sobre la salud sexual y reproductiva y de sus valores culturales.

Personas invitadas:

Para la realización de los grupos focales fueron invitados/as los y las adolescentes de la comunidad, esto se lo realizó en los diferentes sectores de la población, para lo cual se pidió verbalmente a sus padres el permiso correspondiente, los mismos que accedían a tal petición. Los participantes fueron invitados con dos días de anticipación.

Previo a la iniciación de cada grupo focal se explica a los y las participantes el objetivo de la presente investigación, indicándoles además que es una investigación seria por lo que se les asegura la confidencialidad de las respuestas.

Metodología:

En fecha del 7 de abril al 28 de Abril del 2009, de 14h00 a 16h00 en el salón de reuniones del Subcentro de salud de Gualsaquí, se conformó 7 grupos con diferente número de participantes.

Con todos los grupos focales que se trabajó, se les ofreció un refrigerio a todos los participantes, se los ubicó en el salón en sillas en forma de medio círculo, para que todos pudiéramos vernos y así facilitar la fluidez de la conversación.

La discusión se realizó en base a la guía de 14 preguntas previamente establecidas y estas fueron las mismas para todos los grupos.

Las sesiones de trabajo se realizaron de la siguiente manera:

- Presentación de la moderadora (5 min.)
- Presentación de los participantes (10 min.)
- Inicio de la reunión de trabajo basados en la guía de preguntas del grupo focal (50 min.)
- Lectura de las respuestas registradas para confirmar si no hay equivocaciones en el registro. (5 min.)
- Refrigerio (10 min.)

- Invitación a los talleres que se realizarán después para todos/as los/as participantes, para de esta manera iniciar una estrategia de comunicación muy abierta y dinámica con los y las adolescentes de la comunidad. (5 min.)

- Se da un tiempo para satisfacer preguntas de los/as participantes que deseen realizar fuera del grupo de trabajo. (8 min.)

- Despedida de los participantes de los grupos focales sin antes darles las gracias por la información obtenida y que es de gran utilidad para la investigadora (2 min.)

Moderadora:

Lcda. Ligia Mogrovejo investigadora.

Listado de participantes:

Los listados contiene la siguiente información: nombre, apellido y firma del participante, los mismos que se incluirá en anexos.

PREGUNTAS APLICADAS EN LOS GRUPOS FOCALES

En el día 2 del mes de abril se elabora las preguntas que se aplicaron a los grupos focales, estas preguntas surgen de una reunión entre tutora y la investigadora, las mismas que se presentan a continuación:

1. ¿Qué entiende usted por sexualidad? y ¿conoce como funciona su cuerpo?
2. ¿Sabe usted que significa salud sexual y reproductiva?
3. ¿Qué entiende usted por reproducción?
4. ¿Conversan en su casa sobre temas sexuales?
5. ¿Con quién tiene más confianza para hablar de estos temas en casa?
6. ¿Quién de las parejas de la comunidad decide tener relaciones sexuales?
7. ¿A dónde ha encontrado usted información sobre Salud Sexual y Reproductiva?
8. ¿Recibió suficiente educación sobre sexualidad en la institución educativa?
9. ¿Qué tipo de información recibió y de quien la recibió?
10. ¿Qué temas le gustaría saber sobre sexualidad?
11. ¿Qué entiende usted por planificación familiar y paternidad responsable?
12. ¿Es necesario que el hombre y la mujer mantengan una buena salud sexual y reproductiva?
13. ¿Qué valor cultural tiene que una mujer y un hombre sean padres antes del matrimonio aquí en la comunidad?

14. ¿Qué valor cultural tiene la práctica sexual en los jóvenes de la comunidad?

RESPUESTAS A LAS PREGUNTAS POR LOS GRUPOS FOCALES

GRUPO FOCAL Nº 1 (Mestizos SECTOR CENTRO) 7PARTICIPANTES.

PREGUNTA 1

RESPUESTAS:

- a) Contacto sexual entre parejas. No
- b) Es una etapa y que se debe ser con responsabilidad y saber las consecuencias que va a tener eso. Cuando esta indispueta no se puede embarazar.
- c) Cuando un hombre y una mujer tiene relaciones sexuales. No
- d) Debe existir por amor y no por otra cosa. No
- e) Tema importante porque los adolescentes tienen un futuro uno más que otros. No
- f) La manera de cómo proteger, tener una relación y analizar las consecuencias.
- g) Cuando tienen sexo entre un hombre y una mujer. No

PEREGUNTA 2

RESPUESTAS:

- a) No
- b) Que cuando tienen relaciones tienen que protegerse
- c) No
- d) Sobre la eyaculación precoz
- e) No
- f) No
- g) No

PREGUNTA 3

RESPUESTA:

- a) Es cuando un ser humano va desarrollándose más
- b) No se
- c) Cuando se reproduce un nuevo individuo
- d) Es dar vida a un nuevo ser
- e) Cuando está embarazada y da a luz.
- f) Cuando un espermatozoide y un ovulo se forma un individuo, una nueva etapa de la vida.
- g) Cambio que tiene cada uno de nosotros

PREGUNTA 4



Fuente: grupos focales

Autora: Lic. Ligia M

PREGUNTA 5

RESPUESTA:

- a) Mamá
- b) Mamá
- c) Mamá
- d) Hermana
- e) Mamá
- f) Ninguno
- g) Mamá

PREGUNTA 6

RESPUESTA:

- a) La mujer
- b) La mujer
- c) Los dos
- d) La mujer
- e) La mujer
- f) Los dos
- g) Los dos

PREGUNTA 7

RESPUESTA:

- a) Casa de la juventud
- b) Colegio
- c) Colegio
- d) Casa de la juventud
- e) Ninguna
- f) Colegio
- g) Colegio

PREGUNTA 8

RESPUESTA:

- a) Suficiente
- b) Incompleta
- c) Insuficiente
- d) Insuficiente
- e) Insuficiente
- f) Insuficiente
- g) Suficiente

PREGUNTA 9

RESPUESTA:

- a) Enfermedad de transmisión sexual
- b) De todo
- c) Como protegerse del VIH sida
- d) De todo
- e) De todo
- f) Conocer las etapas del cuerpo
- g) Sobre sexualidad y planificación familiar

PREGUNTA 10

RESPUESTA:

- a) Mas o menos
- b) Mas o menos
- c) Mas o menos
- d) MM.... de algunas
- e) No
- f) Mas o menos, sobre VIH
- g) Si

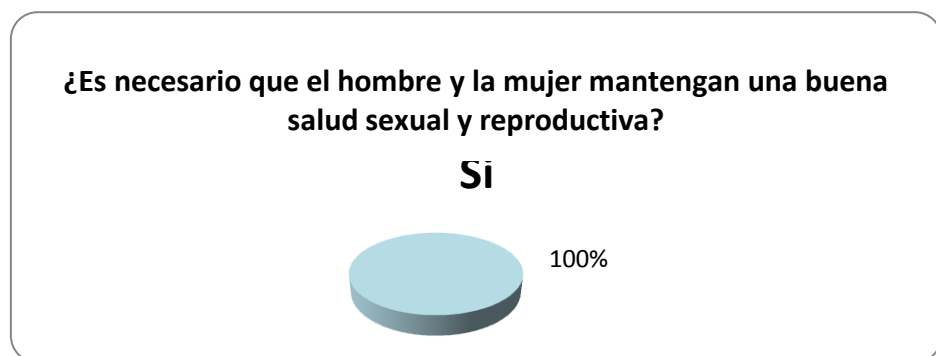
PREGUNTA 11

RESPUESTA:

- a) Cuando la pareja decide cuántos hijos tener. Y el padre responsable de los que necesitan los hijos.
- b) Cuando se decide cuántos hijos tener y tener una buena familia. Para que los padres sean responsables cuando tengan hijos.
- c) La pareja decide tener un hijo. Teniendo en cuenta los gastos y cuidados que deben darle.
- d) Necesariamente tiene que planificar cuántos hijos tener. Y darse cuenta si tienen para darle todo.

- e) Cuando la pareja decide tener hijos. El padre puede mantenerles y alcance la plata.
- f) La pareja debe decidir cuántos hijos tener. Y luego no arrepentirse.
- g) Es decisión de la pareja. Cuidado y protección del padre y de la madre de los hijos.

PREGUNTA 12



Fuente: grupos focales

Autora: Lic. Ligia M

PREGUNTA 13

RESPUESTA:

- a) Falta de charlas de sexualidad
- b) No se habla del tema sexual
- c) Tienen hijos antes, para asegurar el matrimonio
- d) Falta de orientación de los padres ya que ellos no tienen la educación que se necesita.
- e) Porque no saben que hacen no fueron educados bien
- f) Falta de charlas sobre el tema
- g) Por los antepasados falta de conocimiento en salud sexual y reproductiva, no sufren por los estudios ni por lo que necesitan los hijos.

PREGUNTA 14

RESPUESTA:

- a) Creerse más hombre y mas gallo
- b) Creerse más hombre
- c) Por machismo
- d) A veces obligan a las mujeres
- e) De 100 hombres uno lo hace por amor

- f) Obligan a las mujeres
- g) Por machismo

GRUPO FOCAL 2 (SECTOR ALTO DE GUALSAQUI) 7 PARTICIPANTES

PREGUNTA 1

RESPUESTA:

- a) No sé. No se
- b) Relaciones sexuales. No se
- c) Se refiere a los órganos sexuales. No sé.
- d) Relaciones de hombres y mujeres. No se
- e) No sé. No se
- f) No sé. No se
- g) No se

PREGUNTA 2



Fuente: grupos focales

Autora: Lic. Ligia M

PREGUNTA 3

RESPUESTA:

- a) No sé
- b) Cuando la persona se reproduce
- c) Cuando un hombre y mujer tienen relaciones sexuales y queda embarazada.
- d) No sé.
- e) No sé.
- f) Cuando nace un niño.
- g) Cuando tienen hijos.

PREGUNTA 4

RESPUESTA:

- a) Poco

- b) Bastante
- c) Poco
- d) Nada
- e) Nada
- f) Poco
- g) Nada

PREGUNTA 5

RESPUESTA:

- a) Papá
- b) Mamá
- c) Papá y mamá
- d) Ninguno.
- e) Ninguno.
- f) Mamá
- g) Ninguno.

PREGUNTA 6

RESPUESTA:

- a) El hombre
- b) A veces los dos
- c) El hombre
- d) El hombre
- e) Los dos
- f) El hombre
- g) El hombre

PREGUNTA 7

RESPUESTA:

- a) Ninguno
- b) Libros
- c) En la escuela
- d) Ninguna
- e) En la escuela
- f) Ninguna
- g) Ninguna

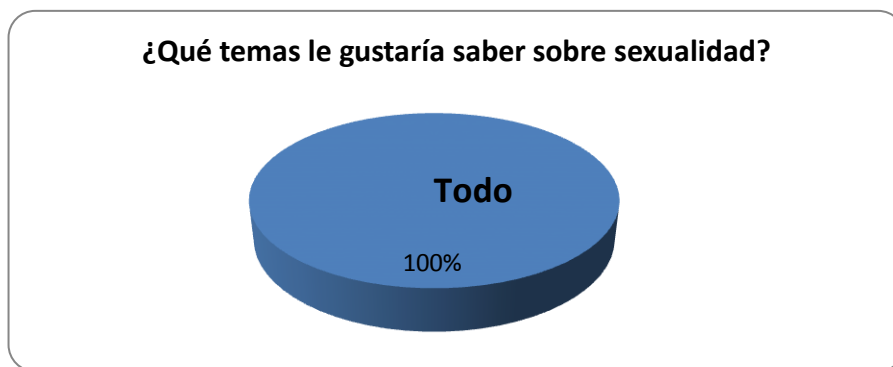
PREGUNTA 8

RESPUESTA:

- a) No

- b) No suficiente
- c) Insuficiente
- d) No
- e) Nada
- f) No
- g) Nada

PREGUNTA 9



Fuente: grupos focales

Autora: Lic. Ligia M

PREGUNTA 10

RESPUESTA:

- a) No se
- b) Si una persona de la pareja tiene sida puede contagiarle y es muy complicado.
- c) No se
- d) La gonorrea, el bebe puede nacer ciego
- e) No se
- f) No se
- g) VIH sida

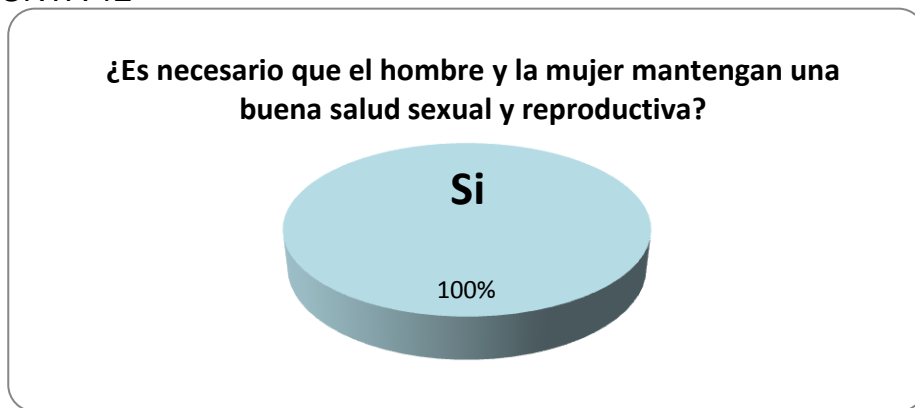
PREGUNTA 11

RESPUESTA:

- a) No se
- b) Que cuando se tiene confianza en sus padres y que las personas son responsables

- c) No se
- d) Cuidar de sus hijos responsabilidad de los padres
- e) No se
- f) Cuidar a los hijos
- g) No se

PREGUNTA 12



Fuente: grupos focales

Autora: Lic. Ligia M

PREGUNTA 13

RESPUESTA:

- a) No se
- b) No se
- c) Algunos valoran que la mujer tenga hijos
- d) Los hombres la valoran por tener hijos
- e) Si valoran que pueda la mujer tener hijos
- f) Las mujeres valen por tener hijos
- g) Que es bueno tener hijos para casarse

PREGUNTA 14

RESPUESTA:

- a) La ven como normal
- b) Como normal
- c) A temprana edad tienen responsabilidad pero lo ven normal
- d) Es normal
- e) Es normal
- f) Y ven como normal
- g) Normal

GRUPO FOCAL 3 (MUJERES DEL SECTOR ALTO)11 PARTICIPANTES

PREGUNTA 1

RESPUESTA:

- a) No sé. No se
- b) No sé. Cuando ven la menstruación
- c) No sé. No se
- d) No sé. Por el corazón
- e) No sé. No
- f) Lo que se sabe besar. No
- g) Los que abraza. No
- h) No sé. No
- i) No sé. No
- j) No sé. No
- k) No sé. No

PREGUNTA 2

RESPUESTA:

- a) Es cuando las mujeres están embarazadas
- b) No sé
- c) Cuando un hombre y una mujer acuestan y tienen un hijo
- d) No
- e) No
- f) No
- g) No
- h) No
- i) No
- j) No
- k) No

PREGUNTA 3

RESPUESTA:

- a) Que un bebe crece
- b) No
- c) Cuando un niño cambia el cuerpo
- d) Cuando un niño crece
- e) Cuando un bebe crece
- f) Nace crece y se reproduce
- g) Lo que el bebe crece y cambia el cuerpo
- h) No sé
- i) No sé

- j) No sé
- k) No sé

PREGUNTA 4



Fuente: grupos focales

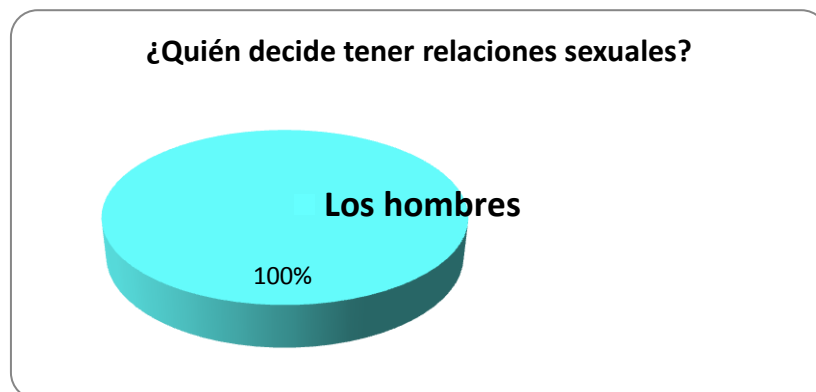
Autora: Lic. Ligia M

PREGUNTA 5

RESPUESTA:

- a) Mamá
- b) Mamá
- c) Hermanas
- d) Prima
- e) Mamá y hermana
- f) Mamá y tío
- g) Mamá
- h) Mamá
- i) Ninguno
- j) Ninguno
- k) Ninguno

PREGUNTA 6



PREGUNTA 7

RESPUESTA:

- a) Escuela sobre abuso sexual
- b) Escuela sobre abuso sexual
- c) Escuela sobre abuso sexual
- d) Escuela sobre abuso sexual
- e) Escuela sobre abuso sexual
- f) Escuela sobre abuso sexual
- g) Escuela sobre abuso sexual
- h) Escuela sobre abuso sexual
- i) Escuela sobre abuso sexual
- j) Escuela sobre abuso sexual
- k) Escuela sobre abuso sexual

PREGUNTA 8

RESPUESTA:

- a) Un poco
- b) Un poco
- c) Un poco
- d) Un poco
- e) Un poco
- f) Muy poco
- g) Muy poco
- h) Muy poco
- i) Poco
- j) Un poquito
- k) Poco

PREGUNTA 9

RESPUESTA:

- a) Como no quedar embarazada
- b) Como no quedar embarazada
- c) Como cuidar el cuerpo
- d) Como cuidar el cuerpo
- e) Como es la menstruación
- f) Anticonceptivos
- g) Valores
- h) Como prevenir el VIH sida
- i) Saber cómo funciona el cuerpo
- j) Como prevenir el VIH sida

k) Como cuidar el cuerpo

PREGUNTA 10

RESPUESTA:

- a) Solo VIH sida
- b) No sé
- c) VIH sida
- d) Solo VIH sida
- e) Cuando se besa una mujer y un hombre
- f) No sé
- g) No sé
- h) No sé
- i) No sé
- j) No sé
- k) No sé

PREGUNTA 11

RESPUESTA:

- a) Los padres tienen que planificar el futuro de sus hijos. Cuidar a los niños
- b) Estén bien mi papá y mi mamá. No sé
- c) Cuidar a los hermanos. No sé
- d) Los papas se preocupen por sus hijos. Que los papás sean responsables
- e) Cuando se discuten una pareja. No sé
- f) Que nuestros padres sean responsables. Cuidar los hermanos
- g) Que mis padres tienen que saber los derechos de mis hermanos. Que tienen cuidar hermana y hermano
- h) No sé. No sé
- i) No sé. No se
- j) No sé. Cuidar a los hijos
- k) No. Cuidar a mi hermano

PREGUNTA 12



PREGUNTA 13

RESPUESTA:

- a) A veces más apreciadas por el hombre
- b) Menos apreciada
- c) Menos apreciada
- d) Más valorada por el hombre
- e) Más apreciada por los hombres
- f) Más apreciada por los hombres
- g) Más apreciada por los hombres
- h) Más apreciada por los hombres
- i) Más apreciada por los hombres
- j) Más apreciada por los hombres
- k) Más apreciada por los hombres

PREGUNTA 14

RESPUESTA:

- a) Malo
- b) Malo
- c) Malo
- d) Malo
- e) Normal
- f) Malo
- g) Malo
- h) Malo
- i) Malo
- j) Malo
- k) Malo

GRUPO FOCAL 4 (HOMBRES SECTOR BAJO) 10 PARTICIPANTES

PREGUNTA 1

RESPUESTA:

- a) Hombre y mujer. No
- b) Una pareja que se va a la cama. No
- c) Entre una mujer y hombre que fabrican un bebe. No
- d) La sexualidad en pareja es hacer sexo en la cama. No
- e) No. No
- f) Cuando se enamora un hombre y mujer y se van a la cama. No
- g) Se quieren un hombre y una mujer. No sé

- h) Cuando produce hijo. No sé
- i) Es una violación. No sé
- j) Cuando se enamora. No sé

PREGUNTA 2

RESPUESTA:

- a) Se debe cuidar
- b) No sé
- c) Que el rato del sexo cuidarse y tener hijos
- d) Deben cuidarse
- e) Deben bañarse todos los días
- f) Deben cuidarse entre las mujeres y los hombres
- g) Que no tienen que tener sexo desde pequeños y tienen que cuidarse.
- h) Deben cuidarse para no tener muchos hijos.
- i) Deben cuidarse el cuerpo
- j) Hervir agua y tomar

PREGUNTA 3

RESPUESTA:

- a) No sé
- b) Tener hijos
- c) Que el sexo tiene hijos
- d) No se
- e) No se
- f) Reproducción de un niño tener hijos
- g) Cuando reproduce un bebe
- h) Se reproducen dos personas para mas personas
- i) No se
- j) No se

PREGUNTA 4



PREGUNTA 5

RESPUESTA:

- a) Papá
- b) Papá
- c) Mamá
- d) Papá
- e) Mamá
- f) Mamá
- g) Papá
- h) Mamá
- i) Hermana
- j) Papá

PREGUNTA 6

RESPUESTA:

- a) Los hombres
- b) Los hombres
- c) Los hombres
- d) Los hombres
- e) Los hombres
- f) Los hombres
- g) Los hombres
- h) Los hombres
- i) Los hombres
- j) Los hombres

PREGUNTA 7

RESPUESTA:

- a) En la clase. Profesor de química
- b) Televisión
- c) DVD
- d) Televisión
- e) Revistas
- f) Televisión
- g) Televisión
- h) Televisión
- i) Televisión

j) Televisión

PREGUNTA 8

RESPUESTA:

- a) No mucho
- b) Poco
- c) Poco
- d) Solo VHI sida
- e) Poco
- f) Poco
- g) Poco
- h) Poco
- i) Un poco
- j) Poco

PREGUNTA 9

RESPUESTA:

- a) Como cuidarse para no tener hijos
- b) Los hombres no ser tan machistas
- c) Como no contagiarse de sida
- d) Como no dejarse manosear ni hombres ni mujeres
- e) Cómo funciona el cuerpo masculino
- f) Como evitar el abuso
- g) Cómo funciona el cuerpo masculino
- h) Como no tener hijos
- i) Que son las enfermedades de transmisión sexual
- j) Que son las enfermedades de transmisión sexual

PREGUNTA 10

RESPUESTA:

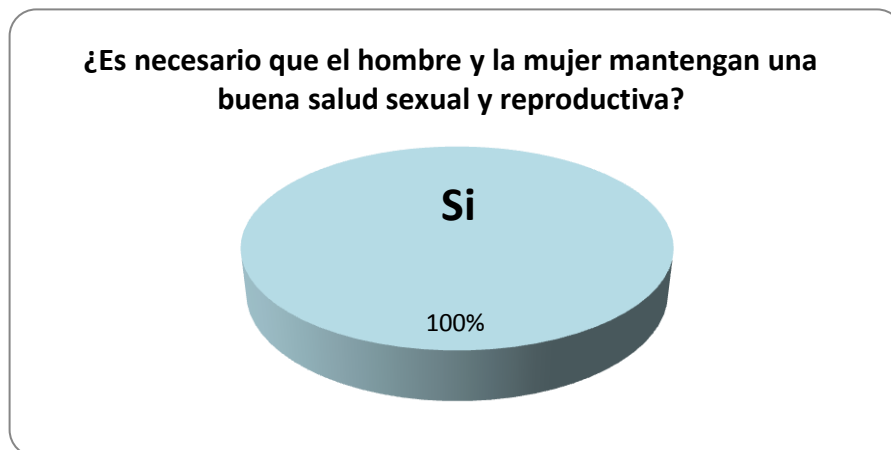
- a) Que tienen muchas parejas
- b) Sida
- c) Cuando una persona está con una persona y con otra
- d) No se
- e) No se
- f) No se
- g) Cuando se contagia de sida
- h) Cuando una persona tiene sida y se acuesta con una persona sana
- i) No se
- j) No se

PREGUNTA 11

RESPUESTA:

- a) Nada
- b) Hablar con los papas
- c) Conversar y preguntar a los padres
- d) Hablar con los hermanos
- e) Hablar con la familia de sexo
- f) Hablar con papa y mama sobre la sexualidad
- g) Cuando hablan sobre la sexualidad en la familia
- h) Preguntar a los padres
- i) Conversar con la familia
- j) Conversar con la familia

PREGUNTA 12



Fuente: grupos focales

Autora: Lic. Ligia M

PREGUNTA 13

RESPUESTA:

- a) No se
- b) Si tiene valor
- c) Si tiene valor
- d) Si tiene valor
- e) Si tiene valor
- f) Si tiene valor
- g) Si tiene valor
- h) No tiene valor
- i) Si tiene valor
- j) Si tiene valor

PREGUNTA 14

RESPUESTA:

- a) Normal
- b) Normal
- c) Normal
- d) Normal
- e) Normal
- f) Normal
- g) Normal
- h) Normal
- i) Normal
- j) Normal

GRUPO FOCAL 5(MUJERES SECTOR BAJO) 9 PARTICIPANTES

PREGUNTA 1

RESPUESTA:

- a) Del género. No sé cómo funciona
- b) No es decir relación sexual es lo que se refiere hombre y mujer. No sé cómo funciona mi cuerpo
- c) No sé. No sé cómo funciona
- d) No entiendo nada. No se
- e) Conversar con amigos. No se
- f) Género hombre y mujer. No se
- g) Hablar entre compañeros. No se
- h) Tener amistades en diferente género. No se
- i) Tener amistades. No se

PREGUNTA 2

RESPUESTA:

- a) No se
- b) No se
- c) No se
- d) No se
- e) No se
- f) No se
- g) No se
- h) Cuidarse para no tener relaciones sexuales a temprana edad
- i) No se

PREGUNTA 3

RESPUESTA:

- a) No se
- b) Reproducción de niños
- c) Reproducir cuando somos grandes
- d) No entiendo
- e) Nos hacemos grandes
- f) Cuando una persona pasa a ser una persona grande y luego a mamá
- g) Cuando crecemos cambiamos la forma de ser niñas
- h) Es de pasar de una etapa de ser niña a ser joven
- i) Reproducirse es hacer crecer la cadera

PREGUNTA 4

RESPUESTA:

- a) No
- b) No
- c) No
- d) No
- e) No
- f) No
- g) Si
- h) Mas o menos
- i) No

PREGUNTA 5

RESPUESTA:

- a) Ninguno
- b) Ninguno
- c) Ninguno
- d) Ninguno
- e) Ninguno
- f) Ninguno
- g) Con mamá
- h) Hermana
- i) Ninguno

PREGUNTA 6

RESPUESTA:

- a) El hombre
- b) Los dos
- c) Hombre
- d) Los dos
- e) Los hombres

- f) Entre los dos pero más el hombre
- g) El hombre
- h) Mas el hombre y debería ser los dos
- i) El hombre

PREGUNTA 7

RESPUESTA:

- a) En la escuela
- b) En la escuela
- c) En la escuela
- d) En la escuela
- e) En la escuela
- f) En la escuela
- g) En la escuela
- h) En la escuela
- i) En la escuela

PREGUNTA 8



Fuente: grupos focales

Autora: Lic. Ligia M

PREGUNTA 9

RESPUESTA:

- a) Edad en la que se debe tener relaciones sexuales
- b) Como se produce la menstruación
- c) Como se produce la menstruación
- d) Como crecen los senos
- e) Porque nos empieza gustar los hombres
- f) Por que se menstrua
- g) Por que crecen los vellos
- h) Como se menstrua

- i) Que es la homosexualidad

PREGUNTA 10

RESPUESTA:

- a) De que una persona entre en contagio de un virus y al tener relaciones sexuales le contagia.
- b) No se
- c) Si el hombre o mujer tiene un virus y si tienen sexo transfieren el virus al hombre o mujer
- d) Los hombres tienen virus con la mujer tienen relaciones sexuales se contagian.
- e) No se
- f) Cuando la mamá está con virus el bebe crece contagiado o tiene sexo contagia a la pareja
- g) Es cuando una persona tiene una enfermedad y le contagia
- h) Cuando un hombre tiene una enfermedad y la mujer tiene un bebe le contagia al bebe
- i) No se

PREGUNTA 11

RESPUESTA:

- a) No sé. Que los padres sean responsables
- b) Como planifica cuando conocer y tener una familia. El papá le obliga a tener un hijo y el no quiere reconocer o dar el apellido
- c) Lo que los hijos quieren. Ser responsable
- d) Que planifica cuando tener relaciones e hijos. Que cuando una persona el hermano u otra persona le deja con un hijo y tiene que darle el apellido
- e) Que sus hijos quieran todo. Ser responsable de sus hijos cuidarles, quererles y mantenerles
- f) Cuando los padres dicen cuando casarse y tener hijos. Que los padres sean responsables
- g) Tener una familia. Que nuestros padres nos cuiden
- h) Decidir en una pareja cuando casarse y tener hijos y formar una familia. Que los padres tienen la responsabilidad de cuidar y dar educación a los hijos
- i) Los hombres obligan a tener relaciones y se tienen hijos y no reconocen. Los padres tienen que cuidar a los hijos

PREGUNTA 12

¿Es necesario que el hombre y la mujer mantengan una buena salud sexual y reproductiva?



Fuente: grupos focales

Autora: Lic. Ligia M

PREGUNTA 13

RESPUESTA:

- a) Respeto por que una mujer puede tener hijos
- b) Valor negativo
- c) Si la respetan
- d) Algunos respetan mas
- e) Un valor bueno
- f) Bueno
- g) Un poco bueno y un poco malo
- h) Valor malo
- i) Bueno

PREGUNTA 14

RESPUESTA:

- a) Negativo malo
- b) Positivo o malo
- c) Normal
- d) Normal
- e) Normal
- f) Negativo
- g) Normal
- h) Malo
- i) Normal

GRUPO FOCAL 6(HOMBRES SECTOR ESTADIO)7 PARTICIPANTES
PREGUNTA 1

RESPUESTA:

- a) Que la relación es hablar con los compañeros. No sé.
- b) Que es una relación íntima de una pareja de distintos sexos. No conozco.
- c) Es cuando una pareja tiene relaciones sexuales. No conozco.
- d) La sexualidad es una mujer y un hombre. No conozco.
- e) Una pareja cuando duerme. No conozco.
- f) Cuando una pareja quisiera dormir con otra. No conozco.
- g) La sexualidad es cuando una persona hace el amor. No conozco.

PREGUNTA 2



Fuente: grupos focales

Autora: Lic. Ligia M

PREGUNTA 3

RESPUESTA:

- a) Crecer.
- b) Cambiar su forma de ser.
- c) Hacernos anchos los hombres.
- d) Cambiar la cara.
- e) Aumentar más de peso.
- f) Cambiar de voz.
- g) Cambiar la forma de ser.

PREGUNTA 4

RESPUESTA:

- a) No
- b) Si
- c) Si
- d) No
- e) Si
- f) No
- g) No

PREGUNTA 5

RESPUESTA:

- a) Ninguno.
- b) Hermano.
- c) Hermano.
- d) Ninguno.
- e) Hermana.
- f) Ninguno.
- g) Ninguna.

PREGUNTA 6

RESPUESTA:

- a) El hombre.
- b) Los dos.
- c) Los dos.
- d) Los dos.
- e) El hombre.
- f) Ambos.
- g) Los dos.

PREGUNTA 7

RESPUESTA:

- a) Colegio.
- b) CORCIMA.
- c) CORCIMA.
- d) Colegio.
- e) Escuela.
- f) Colegio.
- g) Colegio.

PREGUNTA 8

RESPUESTA:

- a) Suficiente.
- b) Insuficiente.
- c) Insuficiente.
- d) Insuficiente.
- e) Insuficiente.
- f) Insuficiente
- g) Insuficiente.

PREGUNTA 9

RESPUESTA:

- a) VIH/SIDA. Anatomía
- b) Enfermedades de las relaciones sexuales.
- c) Que es la sexualidad.
- d) Como nacen los niños.
- e) SIDA.
- f) Como usar el condón.
- g) Como cuidar el cuerpo.

PREGUNTA 10

RESPUESTA:

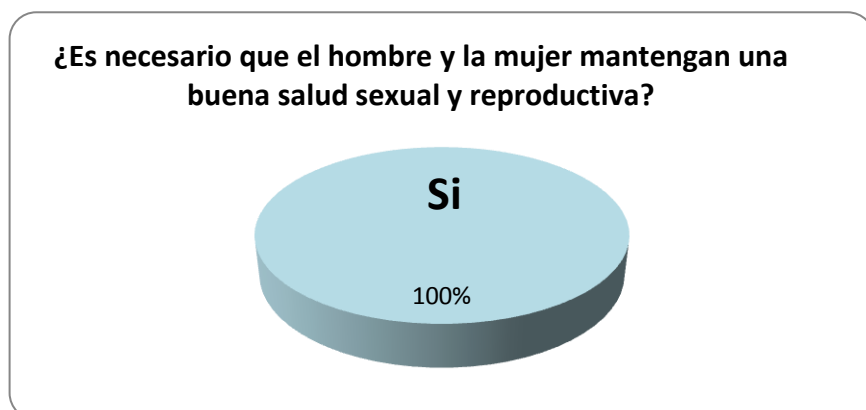
- a) No
- b) De hombre a otra mujer.
- c) No
- d) No
- e) No
- f) Cuando han tenido relaciones sexuales con desconocidos.
- g) No

PREGUNTA 11

RESPUESTA:

- a) Cuidar la familia.
- b) Ser responsable con la familia.
- c) Ser amable con la familia.
- d) No
- e) Ser respetuoso.
- f) Cuando un hombre y una mujer deciden tener un hijo. Y le cuidan con cariño.
- g) No sé.

PREGUNTA 12



PREGUNTA 13

RESPUESTA:

- a) Como normal
- b) Como normal.
- c) Como normal.
- d) Como Normal.
- e) Como normal.
- f) Como normal.
- g) Como normal

PREGUNTA 14

RESPUESTA:

- a) Bueno.
- b) Malo.
- c) Bueno.
- d) Malo.
- e) Malo.
- f) Malo.
- g) Malo.

GRUPO FOCAL 7(MUJERES SECTOR ESTADIO) 7 PARTICIPANTES

PREGUNTA 1

RESPUESTA:

- a) Cuando un hombre y una mujer hacen el sexo. No sé.
- b) Cuando una mujer necesita de un hombre. No sé.
- c) Es tener relación una mujer y un hombre. No sé.
- d) Es cuando una pareja duerme juntos. No sé.
- e) La sexualidad es la unión de dos géneros distintos. No sé.
- f) Cuando duerme una pareja. No sé.
- g) Es cuando una pareja tiene sexo. No sé.

PREGUNTA 2



PREGUNTA 3

RESPUESTA:

- a) Cambia todo el cuerpo.
- b) Cuando cambia el cuerpo el ser humano.
- c) Cuando crecen los niños.
- d) Ser grande.
- e) Cuando crece y cambia la voz.
- f) Cuando cambia el físico y los órganos.
- g) Cuando crece la persona.

PREGUNTA 4

RESPUESTA:

- a) No
- b) Si
- c) No
- d) Si
- e) No
- f) Si
- g) No

PREGUNTA 5

RESPUESTA:

- a) Ninguno.
- b) Hermana.
- c) Ninguno.
- d) Hermana.
- e) Ninguna.
- f) Ambos padres.
- g) Ninguno.

PREGUNTA 6

RESPUESTA:

- a) Los dos.
- b) Los dos.
- c) Los hombres.
- d) Hombres.
- e) Hombres.
- f) Hombres.
- g) Ambos.

PREGUNTA 7

RESPUESTA:

- a) CORCIMA.
- b) CORCIMA:
- c) Colegio.
- d) Colegio.
- e) Colegio.
- f) Colegio.
- g) Colegio.

PREGUNTA 8

RESPUESTA:

- a) Insuficiente
- b) Suficiente.
- c) Insuficiente.
- d) Insuficiente.
- e) Insuficiente.
- f) Insuficiente.
- g) Insuficiente.

PREGUNTA 9

RESPUESTA:

- a) Que es la sexualidad.
- b) Como se produce la menstruación.
- c) Por que se cambia el cuerpo.
- d) Como cuidar el cuerpo.
- e) Como no quedar embarazada.
- f) Cómo funciona el cuerpo.
- g) Autoestima.

PREGUNTA 10

RESPUESTA:

- a) No
- b) Cuando una persona tiene VIH/SIDA.
- c) No
- d) No
- e) No
- f) Cuando tienen relaciones sexuales.
- g) Cuando una persona tiene SIDA y otro no.

PREGUNTA 11

RESPUESTA:

- a) Respetar a la familia.
- b) Amar a la familia.
- c) Tener respeto a la familia.
- d) Ser bueno con la familia.
- e) No sé.
- f) Ser generoso con la familia.
- g) Ser confiable.

PREGUNTA 12

RESPUESTA:

- a) Si
- b) Si
- c) Si
- d) Si
- e) Si
- f) Si
- g) Si

PREGUNTA 13



Fuente: grupos focales

Autora: Lic. Ligia M

PREGUNTA 14

RESPUESTA:

- a) Bueno.
- b) Normal.
- c) Normal.
- d) Bueno.
- e) Normal.

- f) Normal.
- g) Normal.