UNIVERSIDAD DE COSTA RICA.
FACULTAD DE MEDICINA.
ESCUELA DE ENFERMERIA.

INFORME FINAL DE PRACTICA DIRIGIDA.

"IMPLEMENTACION DE UN PROGRAMA DE SALUD REPRODUCTIVA ORIENTADO ALUMNOS DE VI GRADO DE LA ESCUELA DE BARRIO SAN E LIBERIA."

PRIMER SEMESTRE DE 1999.

POR
BACHILLER: GUILLERMO ALVAREZ VILLEGAS.
BACHILLER: YENDRY MARTINEZ ARIAS.
LICENCIADA: MIRTA ROCHA GAMBOA.

JUNIO 1999.

UNIVERSIDAD DE COSTA RICA
VICERRECTORIA DE DOCENCIA
Facultad de Medicina
Escuela de Enfermería

ACTA DE PRESENTACION DEL REQUISITO FINAL DE GRADUACION

Sesión del Tribunal Examinador celebrada el día 13 del mes de julio de 1999, con el objeto de recibir el informe oral del estudiante **MIRTHA ROCHA GAMBOA,** carné **80V364,** quien se acoge al Reglamento de Trabajos Finales de Graduación, bajo la modalidad de Práctica Dirigida, para optar al grado de Licenciado (a) en Enfermería.

Están presentes los siguientes miembros del Tribunal:
M.Sc. María Griselda Ugalde Salazar Presidente
M.Sc. Ligia Murillo Castro
Licda. Delfina Charlton Lewis
Licda. Ana María Arias Calderón
Licda. Rebeca Gómez Sánchez

ARTICULO 1

El presidente informa que el expediente de **MIRTHA ROCHA GAMBOA,** contiene todos los documentos de rigor, incluyendo el recibo de pago de los derechos de graduación.
Declara que el Postulante cumplió con todos los requisitos del plan de estudios correspondiente y, por lo tanto, se solicita que proceda a hacer la exposición.

ARTICULO 2

El Postulante, **MIRTHA ROCHA GAMBOA** hace la exposición de su trabajo final de graduación titulado: *Implementación de un programa de salud reproductiva, orientado a alumnos de VI grado, en la Escuela de Barrio San Roque de Liberia, Guanacaste.*

ARTICULO 3

Terminada la disertación, los miembros del Tribunal Examinador interrogan al Postulante, durante el tiempo reglamentario y una vez concluido el interrogatorio, el Tribunal se retira a deliberar.

ARTICULO 4

El Tribunal considera el trabajo final de graduación satisfactorio y le confiere la calificación de: **10.00**

ARTICULO 5

El Presidente del Tribunal comunica al Postulante el resultado de la deliberación y lo declara acreedor al grado de **Licenciada en Enfermería con énfasis en Salud de la Mujer y Perinatología.**

Se le indica la obligación de presentarse al acto público de juramentación, al que será oportunamente convocado. Se da lectura al Acta que firman los Miembros del Tribunal Examinador y el Postulante, a las 11:00 horas.

María Griselda Ugalde Salazar Presidente

Ligia Murillo Castro

Delfina Chaves Ceris

Ana María Arias C.

Rebeca Gómez Sánchez

Martha Rocha Gamboa. Postulante

cc: Oficina de Registro
Expediente
Postulante

Sello

UNIVERSIDAD DE COSTA RICA
DIRECCION
ESCUELA DE ENFERMERIA

UNIVERSIDAD DE COSTA RICA
VICERRECTORIA DE DOCENCIA
Facultad de Medicina
Escuela de Enfermería

ACTA DE PRESENTACION DEL REQUISITO FINAL DE GRADUACION

Sesión del Tribunal Examinador celebrada el día 13 del mes de julio de 1999, con el objeto de recibir el informe oral del estudiante **GUILLERMO ALVAREZ VILLEGAS,** carné **926506,** quien se acoge al Reglamento de Trabajos Finales de Graduación, bajo la modalidad de Práctica Dirigida, para optar al grado de Licenciado (a) en Enfermería.

Están presentes los siguientes miembros del Tribunal:
M.Sc. María Griselda Ugalde Salazar Presidente
M.Sc. Ligia Murillo Castro
Licda. Delfina Charlton Lewis
Licda. Ana María Arias Calderón
Licda. Rebeca Gómez Sánchez

ARTICULO 1

El presidente informa que el expediente de **GUILLERMO ALVAREZ VILLEGAS,** contiene todos los documentos de rigor, incluyendo el recibo de pago de los derechos de graduación.
Declara que el Postulante cumplió con todos los requisitos del plan de estudios correspondiente y, por lo tanto, se solicita que proceda a hacer la exposición.

ARTICULO 2

El Postulante, **GUILLERMO ALVAREZ VILLEGAS,** hace la exposición de su trabajo final de graduación titulado: *Implementación de un programa de salud reproductiva, orientado a alumnos de VI grado, en la Escuela de Barrio San Roque de Liberia, Guanacaste.*

ARTICULO 3

Terminada la disertación, los miembros del Tribunal Examinador interrogan al Postulante, durante el tiempo reglamentario y una vez concluido el interrogatorio, el Tribunal se retira a deliberar.

ARTICULO 4

El Tribunal considera el trabajo final de graduación satisfactorio y le confiere la calificación de: **10.00**

ARTICULO 5

El Presidente del Tribunal comunica al Postulante el resultado de la deliberación y lo declara acreedor al grado de **Licenciado en Enfermería con énfasis en Salud de la Mujer y Perinatología.**

Se le indica la obligación de presentarse al acto público de juramentación, al que será oportunamente convocado. Se da lectura al Acta que firman los Miembros del Tribunal Examinador y el Postulante, a las 11:00 horas.

María Gualda Ugalde Salazar — Presidente

Ligia Murillo Castro

Delfina Chartier Lewis

Ana María Suárez C.

Rebeca Goy Sánchez

[signature] — Postulante

cc: Oficina de Registro
Expediente
Postulante

Sello

UNIVERSIDAD DE COSTA RICA
DIRECCION
ESCUELA DE ENFERMERIA

UNIVERSIDAD DE COSTA RICA
VICERRECTORIA DE DOCENCIA
Facultad de Medicina
Escuela de Enfermería

ACTA DE PRESENTACION DEL REQUISITO FINAL DE GRADUACION

Sesión del Tribunal Examinador celebrada el día 13 del mes de julio de 1999, con el objeto de recibir el informe oral del estudiante **YENDRY MARTINEZ ARIAS,** carné **926590,** quien se acoge al Reglamento de Trabajos Finales de Graduación, bajo la modalidad de Práctica Dirigida, para optar al grado de Licenciado (a) en Enfermería.

Están presentes los siguientes miembros del Tribunal:
M.Sc. María Griselda Ugalde Salazar Presidente
M.Sc. Ligia Murillo Castro
Licda. Delfina Charlton Lewis
Licda. Ana María Arias Calderón
Licda. Rebeca Gómez Sánchez

ARTICULO 1

El presidente informa que el expediente de **YENDRY MARTINEZ ARIAS,** contiene todos los documentos de rigor, incluyendo el recibo de pago de los derechos de graduación.
Declara que el Postulante cumplió con todos los requisitos del plan de estudios correspondiente y, por lo tanto, se solicita que proceda a hacer la exposición.

ARTICULO 2

El Postulante, **YENDRY MARTINEZ ARIAS** hace la exposición de su trabajo final de graduación titulado: *Implementación de un programa de salud reproductiva, orientado a alumnos de VI grado, en la Escuela de Barrio San Roque de Liberia, Guanacaste.*

ARTICULO 3

Terminada la disertación, los miembros del Tribunal Examinador interrogan al Postulante, durante el tiempo reglamentario y una vez concluido el interrogatorio, el Tribunal se retira a deliberar.

ARTICULO 4

El Tribunal considera el trabajo final de graduación satisfactorio y le confiere la calificación de: **10.00**

ARTICULO 5

El Presidente del Tribunal comunica al Postulante el resultado de la deliberación y lo declara acreedor al grado de **Licenciada en Enfermería con énfasis en Salud de la Mujer y Perinatología.**

Se le indica la obligación de presentarse al acto público de juramentación, al que será oportunamente convocado. Se da lectura al Acta que firman los Miembros del Tribunal Examinador y el Postulante, a las 11:00 horas.

María Griselda Ingalde Salazar Presidente

Ligia Murillo C.

Delfina Chorkin Lewis

Ana María Arias G.

Rebeca Gómez Sánchez

Yudery Martínez Postulante

cc: Oficina de Registro
Expediente
Postulante

UNIVERSIDAD DE COSTA RICA
DIRECCION
Sello

PENSAMIENTO

"Ayuda a tus semejantes a levantar su carga, pero no a llevarla".

Pitágoras

DEDICATORIA

¡A mi Dios!

Al ser que me llevó en su vientre por nueve meses,
que veló junto a mi cama,
que me dio su mano en mis primeros pasos,
que día a día me da su amor, me escucha y aconseja.
¡Doña Anais!

A mi padre, por su apoyo, enseñanzas
y el coraje y optimismo que siempre me ha inculcado.

A Rodolfo, Helmon, Ana Lucía que han sido fuente de inspiración.
Y a todo aquel que de una u otra forma ayudó para que mis anhelos se coronarán con éxito. Gracias.

Guillermo

DEDICATORIA

Dedico esta práctica dirigida a Jesús, mi salvador personal, porque me ha dado su fortaleza y perseverancia. El alma sin ciencia no es buena. A tí Señor doy gracias por darme la luz y el entendimiento para concluir este trabajo con éxito.

A mis amados hijos Rafael y Marian. Porque han crecido y madurado entre angustias y falta de atención de una madre, ya que esta empleaba muchas horas al estudio y trabajo y el tiempo que compartíamos era poco para ustedes. Espero que al pasar de los años comprendan que todo el esfuerzo realizado fue para que ustedes estuvieran mejor y les sirva de estímulo en lo que les falta del trayecto de esta vida tan bella. Con un corazón lleno de amor, les digo los amo son muy especiales y mi razón de vivir.

A mis queridas hermanas Anita y Hilda. Que más que hermanas han sido como madres para mí, que Dios me las Bendiga siempre, las amo.

A José quien siempre fue mi apoyo personal, me brindó su comprensión y cariño y es algo muy especial.

A Felipe por su apoyo incondicional, lo quiero mucho.

A toda mi familia por su valiosa ayuda.

Mirtha

DEDICATORIA

Gracias a mi Dios por permitirme lograr la culminación de este proceso y darme la fortaleza para seguir adelante.

Dedico esta Práctica Dirigida a mi hija Mariana, que es mi inspiración y razón de ser.

A mi madre por la comprensión y paciencia que me brindó, además, por motivarme a llegar a mi meta.

A mi padre por enseñarme a ser responsable y a superarme cada día más.

A mis hermanas Lisbeth y Adriana por apoyarme siempre.

A Miguel quien fue mi apoyo y sostén durante los momentos más difíciles y me impulsó siempre a esforzarme por alcanzar mis metas.

Yendry

AGRADECIMIENTO

Expresamos un profundo agradecimiento a nuestra Directora de Práctica Dirigida, Msc. Ligia Murillo Castro, a nuestras lectoras Licda. Ana María Arias Calderón y Licda. Delfina Charlton Lewis, por su valiosa colaboración y ayuda incondicional en el desarrollo de esta práctica.

A la señora Directora Licda. Teodora Casares C., al Maestro Henry Canales M. y a los alumnos de la Sección 6-1, 6-2 de la Escuela de Barrio San Roque de Liberia, Guanacaste.

Al Lic. Carlos Garita, psicólogo del Departamento de Atención Integral del Adolescente, de la Caja Costarricense de Seguro Social.

A la Licda. Juanita Alvarez, encargada Departamento de Control de SIDA, Ministerio de Salud.

A la Licda. Ligia Segura, bibliotecóloga de la Asociación Demográfica Costarricense.

A la Msc. María Elena Loaiciga Guillén, Coordinadora de Vida Estudiantil de la Sede Regional de Guanacaste de la Universidad de Costa Rica, a la Licda. Virginia Cruz Vega, Directora Biblioteca de la Sede Regional de Guanacaste y al Técnico Julio Gómez Berger, encargado del área de audiovisuales de la Biblioteca Sede Regional de Guanacaste.

A todos muchas gracias y que Dios les colme de bendiciones.

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

1. INTRODUCCIÓN

1.1. JUSTIFICACION DEL TEMA

El campo de trabajo y su importancia

En las sociedades industrializadas se reconoce a los adolescentes como un grupo de población con características propias, mientras que en los países en vías de desarrollo es muy reciente su identificación como grupo "deficiente" en la etapa de transición entre la infancia y la edad adulta. También se ha comprobado que es muy escasa la información de base de que se dispone sobre este grupo. Sin embargo, los adolescentes constituyen una gran proporción de la población sobre todo en países de África, Asia y América Latina, donde aproximadamente el 20% de la población corresponde a adolescentes.

La adolescencia, de acuerdo con la definición de la Organización Mundial de la Salud, es el período comprendido entre los 10 y los 19 años, en que se produce una serie de cambios tanto a nivel físico como psico-social.

Es prioritario analizar la problemática de los adolescentes en todos los aspectos porque constituyen una población vulnerable a problemas de salud reproductiva, como embarazos, enfermedades de transmisión sexual, etc., precisamente por la etapa del desarrollo de transición que atraviesa.

En el Boletín Internacional sobre Atención y Prevención del SIDA, se menciona lo siguiente:

> ***"A escala mundial el SIDA ha causado 14 millones de muertos y otros 34 millones de infectados...***
> ***Cada dia 7.000 jóvenes de 10 a 24 años de edad alrededor del mundo se infectan con el virus del SIDA, es decir, 5 jóvenes por minuto... esta enfermedad es la sétima causa de muerte entre jóvenes de 15 a 24 años en E.U.A." (ONUSIDA, 1998:1)***

Hasta cierto punto, esas elevadas tasas de infección reflejan la preponderancia de los jóvenes en el mundo. La población mundial es joven y lo es cada vez más. Entre 1960 y 1990, en que la población mundial creció en un 75%, la proporción de jóvenes aumentó en un 99%. El 85% de los jóvenes del mundo viven en los países en desarrollo, y esos son precisamente los países donde se concentra más de las nueve décimas partes de la epidemia.

Sin embargo, los porcentajes demográficos explican solamente una parte de la situación. Existen unas razones concretas por las que los jóvenes están especialmente expuestos a la infección por un virus que se transmite principalmente por vía sexual. Una de ellas es el hecho de que la adolescencia y la juventud son períodos de descubrimiento, de sentimientos incipientes y de exploración de nuevos comportamientos y relaciones. La actividad sexual, una parte importante de esos períodos, puede conllevar riesgos. Al mismo tiempo, la mayor parte de la educación sexual se recibe de los medios masivos de comunicación (TV, periódicos, revistas, etc.), lo que establece un mensaje fragmentado, distorsionado, uni-direccional y despersonalizado.

Al analizar la situación en Costa Rica, según la Dirección General de Estadísticas y Censos del Ministerio de Salud Pública, se muestra que la tasa de fecundidad entre madres adolescentes para 1996 fue del 18,9%, o sea, 14.954 de los nacimientos ocurridos durante

el año. Además, para 1997 (Véase anexo 2), según el mismo organismo, se presentaron en el país 367 casos de sífilis, 636 de gonorrea, 31 de chancro y 21 reportados de SIDA en adolescentes y jóvenes entre 10 y 24 años de edad (Ministerio de Salud, 1998:1) (Véase anexo 3)

Otro valioso elemento en el inicio de la práctica sexual del adolescente es el uso de anticonceptivos, y es muy común que durante la primera experiencia sexual no se utilice ningún método contraceptivo, según lo demuestra la siguiente información:

> ***"En Costa Rica, las cifras son elocuentes. Un 25% de los muchachos lleva una vida sexual activa. La edad promedio del inicio sexual es de 16 años. Sólo el 10% de los adolescentes menores de 15 años usaron anticonceptivos en su primer coito; el 9,9% entre los 15 y 17 años y el 26,8% entre los 18 y 19 años. Los adolescentes se enfrentan ante un dilema: usar o no anticonceptivos, si no los utilizan, una mujer fértil y sexualmente activa tiene entre un 80 y un 90% de posibilidad de quedar embarazada en 12 meses" (Fernández, 1997:6)***

El resultado de estas prácticas es alarmante; por ello, la necesidad de programas, entre ellos los de Salud Reproductiva, que tiendan a mejorar la calidad de vida del joven, deben considerarse prioritarios. Los jóvenes requieren una adecuada y oportuna educación, factor fundamental en la promoción de estilos de vida serios y prevención de problemas ligados a la salud reproductiva.

Según los resultados de 19 investigaciones de la Organización Mundial de la Salud, concluidos durante 1993, no se encontraron pruebas de que la educación sexual conduzca a una actividad sexual temprana o mayor en la gente joven; seis estudios demostraron que la educación retrasaba el inicio de la actividad sexual o reducía su frecuencia general, y

dos mostraron que el acceso a los servicios de consejo y anticonceptivos no estimula una actividad sexual temprana o mayor. Además trabajar con los jóvenes es acertado porque son una fuerza de cambio, y además es más eficaz cuando estos conocimientos se imparten antes de que la gente joven se vuelva sexualmente activa y cuando se hace hincapié en los riesgos de relaciones pre-maritales.

Sin embargo, en Costa Rica los asuntos ligados a al sexualidad no se abordan de manera directa y con profundidad; culturalmente existen muchos tabúes y nociones erradas. La educación sexual sigue siendo tarea controversial en todo nivel educativo y de socialización.

Por toda esta problemática, nos abocamos a trabajar con este grupo de adolescentes de la ciudad de Liberia; además, lo hicimos por ser un grupo marginado que no tiene acceso a la información necesaria que fomente estilos de vida sanos ya que en la provincia de Guanacaste no existen programas que promocionen la salud reproductiva.

1.2. MARCO TEÓRICO

Esta práctica dirigida se fundamenta en un marco conceptual que desarrolla la problemática de salud reproductiva y plantea la perspectiva de la atención integral dentro de la modalidad de prevención y promoción de la salud.

El campo de acción se circunscribe a los estudiantes de VI grado de la escuela del barrio San Roque en Liberia, Guanacaste.

Dado que esta población está constituida por adolescentes y jóvenes, es importante construir conocimientos a través de un programa de salud reproductiva. En Costa Rica se ha respondido a la necesidad de atención integral de la población adolescente con el Programa de Atención Integral en Salud, desde 1914, año en que se manifestó esta preocupación a través de la realización de actividades de prevención y promoción de la salud, tales como comedores escolares y otros. Esto originó el Departamento de Salud Materno Infantil y posteriormente el Departamento de Salud del Niño y del Adolescente.

En la década de los setenta se esbozan los primeros lineamientos para la atención del adolescente y sus necesidades. En el ochenta se forma una comisión denominada Medicina del Adolescente con el propósito de definir las políticas inter-institucionales en esa área, profundizar en los programas operativos existentes y poner en marcha otros necesarios de establecer (oficio N° 1165, 13 de abril de 1987, Presidencia Ejecutiva C.C.S.S., p. 40).

En 1990 se establece la Comisión de Atención Integral al Adolescente, la cual está adscrita a la Caja Costarricense de Seguro Social, con representación del Ministerio de Salud y de la Universidad de Costa Rica.

La salud reproductiva se refiere a los procesos, funciones y sistemas y reproducción en todos los estados de la vida. Este concepto, en consecuencia, implica que las personas sean capaces de tener una vida responsable, satisfactoria y segura y que tengan la capacidad de reproducirse y la libertad para decidir cuándo y con qué frecuencia lo hacen.

Otro concepto de salud reproductiva que toma en cuenta las necesidades del adolescente es el siguiente:

> ***"Salud Reproductiva no sólo es la ausencia de enfermedad o incapacidad, sino una condición en la cual se lleva a cabo el proceso reproductivo en un estado de total bienestar físico, social y mental. Se consideran también otros factores como lo es la prevención de enfermedades de transmisión sexual, consecuencias de un embarazo no deseado, infecciones del aparato reproductivo, infertilidad, sexualidad de los adolescentes, la supervivencia infantil y la maternidad sin riesgo (Population Reference Bureau, 1994: 3)".***

La Dra. A. Guzmán define el concepto de salud reproductiva de la siguiente forma:

> ***"El concepto de salud reproductiva debe ser ampliado en función a la realidad y a la conceptualización holística del ser humano definiéndolo como un proceso de construcción social en el que intervienen factores biológicos, sociales, ecológicos, económicos, religiosos y políticos, su abordaje requiere de reconocimiento del derecho al ejercicio de una sexualidad plena y satisfactoria que debe potencializar el desarrollo humano hacia el logro de una mejor calidad de vida y no sólo la reproducción de la especie sino también la reproducción intelectual y creativa de los seres humanos. (Op.cit. Guzmán, 1996: 4")***

De lo anterior se deduce que la salud reproductiva, al ser parte medular consecuente de la sexualidad, que es un concepto que engloba todas las esferas de la vida de una persona, no se puede desligar de todo el ser y que-hacer en la vida, desde la niñez hasta la ancianidad. En la medida en que sea así concebida, se podrá favorecer la sexualidad del individuo desde un enfoque totalmente integral y compartido con el sexo opuesto en un nivel de equidad en todos los campos del desarrollo humano.

Se considera fundamental el desarrollo del programa propuesto de promoción de la salud, ajustándolo a las actuales corrientes de las ciencias de la salud, lo cual promueve el compromiso del individuo y la comunidad en la conservación y fomento de la salud integral.

La promoción de salud

La promoción de salud es una estrategia que se ha venido desarrollando a partir de la década de los 70 y nació como respuesta a los estados de salud y enfermedad de nuestros tiempos, que tienen que ver con determinantes socioeconómicos, ambientales e interpersonales, retomando el aspecto educacional como pilar de su desarrollo.

La promoción de salud es importante porque introduce cambios en la forma de vida y en las condiciones en que se vive, si es que se desea tener buena salud.

En 1986 se dio la **Primera Conferencia Internacional sobre Promoción de Salud**. En ella se proclamó la Carta de Ottawa, en la cual la perspectiva de salud fue aplicada más allá de lo asistencial y preventivo. Además, se contempla el entorno físico y social que determinan las opciones individuales y deja de atender sólo al individuo. Se define promoción de salud como: "El proceso de proporcionar a los pueblos las medidas necesarias para mejorar su salud y ejercer un mejor control sobre la misma."

FOMENTANDO COMPORTAMIENTOS PREVENTIVOS EN LOS ADOLESCENTES

El estilo de vida es uno de los principales determinantes de nuestra salud. Sin embargo, se ha comprobado que resulta muy difícil modificar hábitos y comportamientos previamente adquiridos. Es muy fácil decir a alguien que use preservativos para evitar embarazos no deseados o enfermedades de transmisión sexual, pero llevarlo a la práctica exige de la confluencia de muchos elementos ya que nuestro comportamiento está mediatizado por numerosos factores facilitadores y factores reforzantes.

Factores pre-disponentes:

A)La información, es decir, disponer de los conocimientos relacionados con los cuidados de la salud y las medidas preventivas.

B)Las actitudes: se refiere a la percepción que cada persona tiene sobre el riesgo que cree poder estar corriendo. También incluye la sensación de autoeficacia percibida que tiene cada individuo; es decir, si se siente capaz de realizar los comportamientos preventivos, tal y como queda reflejado en frases como esta: "Si uso preservativo no seré capaz de satisfacer a mi pareja."

C)Los valores: que existen en el entorno de la persona, tanto de las conductas que se quieren modificar o eliminar como de las que se quieren promover o generar.

Factores facilitadores:

A)Las habilidades: poseer las destrezas o habilidades requeridas para la realización del comportamiento preventivo, tanto las de tipo físico o manuales como las sociales.

B)La existencia y accesibilidad de los recursos e instrumentos que permiten llevar a la práctica los comportamientos preventivos (p.e.: existencia o facilidad de acceso a útiles como preservativos, o a diversos centros e instituciones relacionados con la planificación familiar, los jóvenes, etc.)

Factores reforzantes:

La respuesta que el medio (pareja, grupo de iguales, familia, medios de comunicación) proporciona tras la realización de la conducta saludable. Si esta reacción es positiva, decimos que tiende a reforzar la nueva aparición del comportamiento, mientras

que si la respuesta es negativa (o, incluso, neutra) se promueve que no se vuelva a repetir y, por tanto, que no se instaure como patrón de acción (p.e., sí un miembro de la pareja se enojaba cuando el otro propone el uso del preservativo aumenta la probabilidad de que en la próxima relación no se utilice el preservativo).

ELEMENTOS TEÓRICOS NECESARIOS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA DE SALUD REPRODUCTIVA

ADOLESCENCIA

Esta etapa se inicia aproximadamente a los 10 años y termina, en promedio, a los 21 años. En ella ocurre una serie de cambios orgánicos que se van produciendo en el individuo y que responden a un mecanismo en el que el hipotálamo, al influir sobre la hipófisis anterior, acelera el proceso de crecimiento y desarrollo sexual mediante el aumento de algunas hormonas, especialmente andrógenos y estrógenos.

Durante ese proceso se desarrollan los órganos sexuales y otras características. Además en el área psico-social se da el período en el que se inicia y se procura perfeccionar la madurez de la personalidad, el sentido de identidad, la capacidad de abstracción y, como resultado final de todo el proceso, la adaptación armoniosa al medio ambiente familiar y comunitario.

ETAPAS DE LA ADOLESCENCIA

La adolescencia es un proceso secuencial y progresivo. Según Curell Guerra, 1995, la podemos subdividir en tres etapas, que a continuación describimos.

Adolescencia temprana:

Se inicia alrededor de los 10 ó 12 años, según se trate de una joven o de un joven, y se extiende hasta los 13 ó 15 años.

En esta etapa las principales preocupaciones del adolescente y de la adolescente tienen que ver con el ajuste a su nuevo cuerpo, ahora en proceso rápido de maduración física.

Ellas van a tener que lidiar con sentimientos de pérdida del autocontrol, sobre todo en relación con su nueva fuerza y a su sexualidad emergente. También deberán enfrentar sentimientos de pérdida, soledad, depresión o sus deseos de mantenerse como niños, bajo la supervisión y cuidado de sus padres. Psicológicamente cada uno de los pilares del desarrollo se presenta de la siguiente manera:

- *Elementos Cognoscitivos:* Los procesos de pensamiento se encuentran en operaciones concretas; es decir, la obstrucción es un poco difícil, el pensamiento es unicausal.
- *Asociación en Grupos de pares:* Es de tipo unisexual; buscan su identidad en otros que no sean sus padres.
- *Imagen corporal:* Su cuerpo es una fuente de angustia permanente. Hay tendencia a las sesiones de intimidad comparativa-competitiva.
- *Sexualidad:* En esta etapa es de tipo autoexploratorio.
- *Proyecto de vida:* Imitativo del mundo cercano (familiar).
- *Elaboración de identidad:* Se da un sometimiento a la cultura juvenil.

Adolescencia media:

Se extiende desde los 13 ó 15 años aproximadamente hasta, los 17 ó 18 años. En esta etapa la principal tensión estará constituida por los esfuerzos que hace el joven para convertirse en funcionalmente independiente de sus padres.

El adolescente y la adolescente deben empezar a sentir que sus pensamientos, deseos y acciones no son determinantes o regidos por las expectativas de sus padres. Los jóvenes de su edad deben convertirse en factores importantes para decidir lo que es aceptable o inaceptable

Ellos también estarán muy preocupados en esta etapa por la duda de si su crecimiento está siguiendo un curso normal o no, por lo que comparan continuamente su cuerpo con el de otros adolescentes. En el varón la masturbación se intensificará como una forma de probar la madurez sexual de su cuerpo.

En esta etapa los pilares del desarrollo psicológico se muestran así:

- *Elementos Cognoscitivos:* Está en transición entre las operaciones concretas y operaciones formales.
- *Grupos de pares:* Se inicia con las pruebas de relación con el sexo opuesto, noviazgo adolescente.
- *Imagen corporal:* Es egocéntrica. Su cuerpo es el centro de todo. Hay mucha vulnerabilidad.
- *Sexualidad:* Autoerotismo. Surge la masturbación como posibilidad de reconocer y amar su cuerpo.
- *Proyecto de vida:* Imitativo de la cultura juvenil
- *Elaboración de identidad:* Crítica de los padres y sometimiento a la cultura juvenil.

Adolescencia tardía:

Se ubica entre los 18 y 21 años. Aquí los adolescentes empezarán a verse a sí mismos como "*un hombre o una mujer*".

Las relaciones sociales van a tener ahora permanencia, y el coito será psicológicamente más apropiado porque el joven o la joven estarán ya preparados para integrar esta experiencia como una parte importante de una relación interpersonal de amor con otro. Habrá, asimismo, una aceptación de la madurez sexual, y la identificación sexual debería estar ahora más definida y fija

La relación de los adolescentes con sus padres continúa revelando sus deseos de independencia, pero ahora deberían encontrarse signos del establecimiento de una nueva clase de relación en que el adolescente respete las diferencias de criterios y de pensar de sus padres, sin que se despierten en él sentimientos de enojo o repudio, pero tampoco de culpa, por ser distintos

En esta etapa los principios de desarrollo psicológico se muestran así:

* *Elementos Cognoscitivos:* Operaciones formales (pensamiento complejo, teológico y capacidad de abstracción).
* *Grupo de pares:* Se inicia la posibilidad de intimidad de pareja
* *Imagen corporal:* Lo sentimental adquiere mayor importancia (ya no se valora tanto por lo externo)
* *Sexualidad:* relaciones sexuales genitales (se reconoce en el otro a un otro completo).
* *Proyecto de vida:* Se construye una propia con base en un balance personal.
* *Elaboración de identidad:* Baja la crítica a los padres y se da la crítica a la cultura juvenil.

CAMBIOS FÍSICOS: (Pubertad)

"Las damas primero":

La pubertad en las jóvenes se inicia por lo general dos años antes que la de los varones. La mayoría alcanza su máxima estatura a los 16 años. La pubertad femenina se manifiesta primero en el crecimiento de pechos y la proyección de los pezones. El área pélvica se empieza a redondear, los huesos de la pelvis se ensanchan y crecen las caderas. Los tejidos de la vagina también crecen y se engruesan. Aparece un vello suave en el área púbica y en las axilas (alrededor de los 13 años). Gradualmente el vello púbico se engruesa y oscurece. Aparece la menarquia (primera menstruación). La menstruación es la pérdida mensual de sangre y otros desechos del útero cuando no se produce la fertilización

El crecimiento genital progresa. El monte púbico se vuelve prominente, y los labios mayores se desarrollan cubriendo el resto de los genitales. Los labios menores también crecen, y las glándulas de Bartholin (ubicadas a cada lado de la vagina) pueden secretar fluido durante la fase de excitación sexual.

En esta etapa, el clítoris desarrolla su sistema de vasos sanguíneos; y la vagina toma un color rojo profundo. La pared de la vagina se vuelve más gruesa y se mantiene así hasta la menopausia. Finalmente, el útero alcanza su desarrollo cuando dobla su tamaño

"Ellos también cambian":

En promedio los cambios masculinos se observarán alrededor de los 12 y 13 años. De una forma súbita ocurre el *"estirón"*, un crecimiento acelerado. La actividad de las glándulas sexuales que comienzan a producir hormonas provoca cambios en todo el organismo.

Los hombros se ensanchan, la cintura se mantiene estrecha, los brazos se tornan más musculosos al igual que las piernas y el pecho. Los pies y las manos crecen; y pueden parecer desproporcionados en relación con el resto del cuerpo. Los testículos, bajo la influencia de la glándula hipófisis comienzan a producir espermatozoides.

El pene y los testículos aumentan su tamaño, y las erecciones son más frecuentes, aunque la eyaculación o expulsión de semen es posterior. Entre los 13 y 14 años aparece pelo en las axilas, vello en el rostro y región púbica, además de la eyaculación con secreción de esperma. Durante este período se presentan las emisiones nocturnas, y, finalmente, el tono de voz cambia.

Las glándulas sudoríparas empiezan a secretar, y la transpiración se torna intensa. También las glándulas sebáceas comienzan a producir sus secreciones. Si los conductos de estas glándulas se obstruyen, se producen las espinillas. Si estas se infectan, producen acné, que causa incomodidad y malestar a muchos jóvenes.

Es importante rescatar que la presencia de barba y la cantidad de vello corporal están relacionadas con la herencia y la raza. En muchos pueblos del mundo los varones carecen de barba y tanto en los varones como en las mujeres, hasta los vellos púbicos y axilares son escasos.

SEXUALIDAD

Es una parte integral de nuestras vidas, desde el nacimiento hasta la muerte. Es el estado o característica de ser sexual; la suma total del aspecto de funcionamiento sexual de lo físico, emocional, mental y social.

Cuando una persona piensa en "*sexo*", en general piensa en la conducta sexual. Sin embargo, la sexualidad es mucho más que el comportamiento; que la actividad estrictamente reproductiva, interesa también el comportamiento cultural y psicológico.

Aunque parezca sencilla de manejar, la sexualidad constituye un proceso difícil para la mayoría de las personas; esto puede deberse a que ven la sexualidad como algo ajeno a sí mismas y más bien la evaden. La sexualidad debe ser vista como es en realidad: un conjunto de características propias de cada individuo

RELACIÓN SEXUAL

Corresponde a la comunicación entre dos personas, o sea, son todas las relaciones establecidas en el diario vivir. Se llaman así porque, de una forma u otra, se está compartiendo con otras personas, de diferente sexo, diferentes tipos de relaciones.

RELACIÓN GENITAL

Es la relación entre el órgano genital masculino y el órgano genital femenino. Este tipo de relación es íntima y se realiza entre la pareja, por lo que no puede decirse que es una relación de cualquier tipo. Se le llama también coito

MITOS Y REALIDADES

Los mitos corresponden a conclusiones a las que se ha llegado sin tener adecuado fundamento o conocimiento científico. Por lo tanto, los mitos se basan en:

- Errores de investigación
- Creencias populares.
- Ignorancia

Ejemplos:

1) Muchos hombres creen que cuanto más grande sea su pene satisfará mejor y será más atractivo. Esto es falso, pues el tamaño no es relevante en la relación coital; el placer femenino está centrado en el clítoris, el del hombre en el glande.
2) El hombre se debilita si eyacula frecuentemente. Esto se relaciona a coitos o masturbación frecuentes. Falso pues el proceso de formación de espermatozoides es permanente en los testículos, haya o no eyaculación.
3) El deseo del contacto sexual es menor en la mujer que en el hombre. Es falso pues nadie sabe o ha podido medir o cuantificar ese deseo
4) La masturbación es dañina. Falso. Es una conducta natural y no produce daño

IDENTIDAD SEXUAL

Este es un aspecto que conlleva gran inquietud en el adolescente y su familia. En los adolescentes, por las presiones que recibe de su propia sexualidad; en los padres, por la voluntad de ayudar a sus hijos o tomar un "camino correcto" como adultos sexuados

LA MASTURBACIÓN

Es la primera expresión de curiosidad sexual sobre nuestro cuerpo y nuestra primera experiencia de placer sexual. Es una función normal del cuerpo humano, una forma de explorar el cuerpo que se practica en la infancia.

En la adolescencia se manifiesta como la principal actividad de satisfacción sexual. Consiste en manipular los genitales con el fin de sentir placer y alcanzar el orgasmo. Lo realizan tanto hombres como mujeres, y numerosos estudios han demostrado que no causa daño físico, ni psicológico, ni debilidad, dolores de cabeza o acné. Por el contrario se considera una práctica saludable que permite al joven ensayar su sexualidad.

En la adolescencia el impulso sexual también se canaliza por medio de sueños húmedos. Se trata de sueños eróticos que producen en los jóvenes una descarga fisiológica llamada emisión (polución) nocturna. En estos sueños los espermatozoides y el líquido seminal provocan la eyaculación

Las mujeres también experimentan excitación y orgasmo durante estas fantasías o sueños eróticos nocturnos. Al igual que la masturbación, la polución o emisión nocturna es una actividad normal.

HETEROSEXUALIDAD

La madurez sexual que alcanza durante la adolescencia permite tanto a los jóvenes como las jóvenes mantener relaciones sexuales completas, en todo punto idénticas a las del adulto. Sus

conductas sexuales manifiestas son asimilables a las de los adultos; pero, ello no obstante, hay una diferencia: la evolución psico-afectiva es tardía respecto a la madurez sexual, y de algún modo las experiencias sexuales la informan, la condicionan y en determinados casos, la precipitan. Es el problema, dicho de otra manera de las primeras decepciones y los primeros desengaños en torno a la sexualidad.

Velar por la evolución psico-afectiva necesariamente ha de pasar por la familia del adolescente. Una vez más, una actitud moderada, solícita, y al mismo tiempo, expectante será, con mucho, más positiva que una represora o despreocupada.

El inicio de una heterosexualidad, la primera relación sexual que tan a menudo algunos adolescentes recuerdan con decepción, no tiene por qué dejar huellas imborrables para bien o para mal. Es innegable que la emoción y las tensiones que durante largo tiempo han sido acumuladas acompañan al joven o la joven en ese momento que va a permanecer con firmeza en el recuerdo; pero una información sexual completa y detallada, un conocimiento profundo (aunque sólo sea teórico), de todos los problemas que conciernen a ambos sexos, son la mejor defensa contra los traumas de una relación no satisfactoria.

Es responsabilidad de padres y educadores dar u ofrecer la oportunidad de recibir información objetiva sobre la conducta sexual, reproducción, contracepción, ETS, SIDA, sin entrar a juzgar la conducta del adolescente con su propia escala de valores, sin que ello signifique que no puedan manifestar su opinión o que tengan que disimular sus emociones.

Las motivaciones de uno y otro sexo al iniciar las primeras relaciones heterosexuales son divergentes. Los jóvenes están presionados por el deseo sexual, lo que los conduce a menudo a buscar la satisfacción en el primer "objeto" sexual disponible sin atender demasiado a razones de tipo sentimental, mientras las jóvenes, a través de la sexualidad, intentan llegar a establecer

relaciones duraderas con el "objeto" de su deseo. Estos caminos de direcciones opuestas suelen a menudo encontrarse en el punto donde el amor, como los sentimientos y el sexo, son fuente de satisfacción para ambos.

HOMOSEXUALIDAD

Es una conducta sexual denigrada, donde se cristalizan muchos temores Independientemente del sentimiento de cada uno, en razón de valores, religión o ideología, es necesario analizarlo desde un punto de vista exclusivamente científico y erradicar algunos prejuicios y creencias infundadas.

Tradicionalmente los homosexuales fueron reprobados por la sociedad y relegados a la categoría de "enfermos" por varias generaciones de científicos Sin embargo, en las últimas décadas la homosexualidad ha empezado a verse como una opción sexual que responde a factores psíquicos y biológicos difíciles de descifrar. Recordemos que la definición propiamente dicha de homosexualidad es; la atracción y prácticas sexuales entre personas del mismo sexo.

Se ha llegado a concluir que no existe una barrera definitiva entre la homosexualidad y la heterosexualidad. Es más apropiado, dicen estudios, hablar de "conductas homosexuales" que de "homosexualidad"

Este tema resulta de gran interés por tratarse de una etapa de reconocimiento de la sexualidad frente a la reacción social (familia, amigos). Es frecuente que los adolescentes tengan dudas e inquietudes sobre si son homosexuales, o si solamente por timidez o falta de habilidades sociales no realizan exitosas aproximaciones con el sexo opuesto En algunos casos esto se convierte en un factor tensional-emocional conducente a severos estados depresivos, que pueden llevar al consumo de drogas e incluso a intentos de suicidio La angustia se reduciría si los

jóvenes comprendiesen que sus dudas forman parte del proceso de maduración de casi todas las personas. Vale la pena rescatar lo siguiente sobre conductas homosexuales:

No constituyen en sí mismas ningún tipo de perversión, enfermedad física o mental, ni son producto de un trastorno psicológico

Son un tipo de orientación sexual que puede aparecer a cualquier edad

No están relacionadas sistemáticamente con ningún rasgo externo (tono de voz, gestos, constitución física, etc.), psicológico (timidez, agresividad, sensibilidad, etc.), o papel social

Es un mito que las personas homosexuales suponen un peligro esencial para los menores. Son los heterosexuales los más proclives a efectuar abusos, agresiones sexuales o violaciones de menores.

Las prácticas homosexuales y heterosexuales se dan en todas las culturas y en todos los tiempos, casi sin excepción.

Una vez establecido que la homosexualidad no es una enfermedad y que, por tanto, el que la practica no es tampoco un "anormal", es menester preguntarse si es posible prevenirle durante la pubertad y adolescencia. Si es cierto que su origen se hunde en lo profundo del psiquismo infantil, no lo es menos que precisamente durante la adolescencia el individuo toma partido, de modo definitivo, a favor o en contra de la homosexualidad. Es el deseo de los padres el espejo donde nace el deseo del hijo, aceptándose o no como varón o como mujer, identificándose o no con la imagen de su progenitor del mismo sexo, rechazando o deseando, finalmente, como objetos sexuales las imágenes del sexo contrario que se le propongan.

Una o más experiencias durante este período, aunque contengan todos los ingredientes de la pasión, los celos y el deseo, no conducen necesariamente a una homosexualidad definitiva y

excluyente. En otros casos, sin embargo, la seducción inicial del niño por parte de un homosexual tiene efectos duraderos y marca su posterior identidad sexual

Muchos padres sucumben a la tentación de una actitud superficial de represión y castigo. Otros caen víctimas de la supuesta magnitud del supuesto problema y cierran ojos y oídos ante las preferencias sexuales de sus hijos e hijas.

FUNCIONES DE LA SEXUALIDAD

En el hombre la sexualidad trasciende la finalidad biológica ya que introduce elementos no comunes al reino animal como son el placer emocional y un carácter relacional que le confiere integralidad. Son tres las funciones primordiales que se le atribuyen:

Procreación

Placer o erotismo

Comunicación.

PROCREACIÓN:

Es la más reconocida; permite el mantenimiento de la especie.

PLACER O EROTISMO:

Este placer surge de la satisfacción del deseo. Se desarrolla en dos planos:

El placer corporal sensitivo

El placer emocional.

El placer corporal-sensitivo es producto de la estimulación de las zonas erógenas, es decir, de las zonas más sensibles y que producen mayor placer al individuo. Esta sensación es llevada al cerebro, por las vías nerviosas y la respuesta va a ser de satisfacción

El placer emocional es la sensación o percepción subjetiva del placer de manera consciente. Esta sensación va a depender de las creencias, experiencias anteriores, conocimientos y actitudes de la persona para con su sexualidad. Ejemplo: Estímulo erótico, caricia genital.

Los sentidos captan el estímulo y envían información a la corteza cerebral, allí se relaciona con el contenido psicológico del individuo y los tabúes por el sexo.

Este conjunto facilitará la respuesta sexual: excitación, orgasmo, o, por el contrario la inhibirá.

COMUNICACIÓN:

La sexualidad tiene una función de comunicación, relación con el otro, que permite el desenvolvimiento social, el establecimiento de lazos afectivos y la relación consigo mismo como hombre o mujer.

ORGANOS REPRODUCTORES MASCULINOS

Conducto deferente: Existe un conducto por cada testículo y su función es conducir los espermatozoides del epidídimo a las vesículas seminales.

Escroto: Es una bolsa de piel que contiene los testículos. Posee varias capas dentro de las que se encuentran fibras musculares como el cremaster, que provoca la elevación y descenso del testículo. Funciona como regulador de la temperatura adecuada para los espermatozoides.

Espermatozoides: Están compuestos por cabeza, cuello y cola. La producción de espermatozoides se inicia en la pubertad y termina con la muerte. Cada eyaculación contiene de 300 a 500 millones de espermatozoides y tiene un volumen aproximado de 3 mililitros.

Glande: Es la cabeza en forma de cono que tiene el pene y la parte más sensible y excitable del cuerpo masculino.

Glándulas de Cowper: Se las conoce como glándulas bulbo-uretrales. Ambas se encuentran después de la próstata, y su función es secretar un líquido que neutraliza y lubrica la acidez de la uretra antes del paso del semen

La corona: Se encuentra en el borde del glande, donde se une este con el cuerpo del pene Durante la estimulación, la corona es la fuente primaria de placer sexual y la excitación. El área más sensible es el frenillo, un tejido fino en la parte interior del glande que está pegado a la piel en la punta del cuerpo del pene.

Pene: Es el órgano sexual masculino Como contiene la uretra, se utiliza tanto para excretar la orina como eyacular semen dentro del canal vaginal de la mujer. Su tamaño varía. A lo largo del pene existen tres columnas de tejido eréctil, dos cuerpos cavernosos juntos y un cuerpo esponjoso por debajo, que aloja la uretra. En la punta del pene, el cuerpo esponjoso se agranda y forma el glande

Próstata: Glándula que rodea la uretra. Se encuentra de abajo y delante de la vejiga, está formada por tejido glandular y es atravesada por los conductos eyaculadores. Produce un líquido que nutre a los espermatozoides y, junto con el líquido de las vesículas seminales, forma el semen. Esta secreción puede dejar embarazada a una mujer (conlleva espermatozoides), a pesar de no existir eyaculación (coito interrumpido o "marcha atrás").

Testículos: Organo par de forma ovoide que se desarrolla en la cavidad abdominal y que, en el momento del nacimiento, debe estar en el escroto. Su función es producir espermatozoides (células) y testosterona, la hormona que ocasiona los cambios de la pubertad: crecimiento de los órganos sexuales y del grosor de la piel, cambios en la gravedad de la voz, aumento del tejido muscular y fortalecimiento de la estructura ósea.

Uretra: Conducto que se inicia en el cuello de la vejiga y termina a nivel del glande en el meato urinario. Su función es doble: elimina la orina y conduce el semen en el momento de la eyaculación.

Vesículas seminales: Estructuras en forma de saco que se encuentran situadas detrás de la vejiga. Poseen una capa muscular y otra secretora. Protegen y nutren a los espermatozoides.

La eyaculación: Es el proceso de salida del semen a través de la abertura del pene. Ocurre durante el sueño (sueños húmedos), como resultado de caricias, por masturbación y coito. En una eyaculación se expulsan de 40 a 100 millones de espermatozoides por centímetro cúbico. Si se toma en cuenta que se suele expulsar entre 3 y 5 cm^3 de semen, la cantidad de espermatozoides es enorme.

HIGIENE DE LOS ÓRGANOS SEXUALES

EN EL VARÓN:

Diariamente, durante el baño, deben lavarse bien los órganos genitales. Se debe echar hacia atrás el prepucio del pene hasta dejar al descubierto el glande y limpiar bien con agua y jabón, principalmente el surco que hay entre el glande y el prepucio, porque es aquí donde se forma y se deposita una sustancia blanca y cerosa llamada **esmegma**. Si no se practica una limpieza frecuente y cuidadosa, esta secreción se acumula y puede producir irritación e inflamación.

Este aseo puede efectuarse si el prepucio tiene un orificio amplio que permita la salida del glande. Si el prepucio tiene un orificio estrecho que no deja descubrir el glande, es necesario acudir al médico, a fin de que determine si es necesaria la circuncisión, es decir, la operación para eliminar el prepucio. La condición de prepucio muy cerrado se llama **fimosis**, que con frecuencia es causa de irritaciones e infecciones, y puede dificultar y hasta impedir el coito.

ÓRGANOS REPRODUCTORES FEMENINOS

Clítoris: El glande femenino es un órgano muy sensible que sobresale entre los pliegues de los labios menores encima de la vagina y la uretra. Tiene gran cantidad de terminaciones nerviosas sensoriales y su función es decisiva en la excitación durante el coito o la masturbación

Glándulas de Bartholin: Se encuentran en cada uno de los lados del orificio vaginal, y vierten una secreción que lubrica los genitales externos, particularmente durante la excitación sexual.

Himen: Es una membrana semirígida cutáneo-mucosa que estrecha la entrada de la vagina. En la porción central tiene un orificio que permite la salida de la menstruación. No tiene función biológica. Algunas culturas y sociedades le confieren gran significado psicológico y social

Labios mayores: Son dos pliegues cutáneos de color oscuro que rodean la entrada de la vagina y se fusionan por delante en el monte de Venus y por detrás en la horquilla perineal. En ausencia de estimulación sexual, normalmente estos labios se superponen y protegen el orificio vaginal y la uretra El tejido que los constituye está provisto de vello y glándulas sudoríparas y sebáceas. Al separarlos, dejan al descubierto las demás estructuras anatómicas.

Labios menores: Al igual que los labios mayores, están formados por dos pliegues cutáneos de color rosado, situados por dentro de los labios mayores. Por delante se desdoblan, envuelven el clítoris y rodean la entrada de la vagina, y por detrás se fusionan y originan la horquilla perineal Es una zona de gran sensibilidad; no tienen vellos pero sí abundantes glándulas sebáceas

Meato urinario: Orificio en donde termina la uretra femenina y por el que sale la orina

Monte de Venus: Es un abultamiento cutáneo graso que se encuentra en la parte inferior de la pared abdominal. Está cubierto de vello. Ocupa la parte superior de la vulva y se relaciona por delante con la zona más baja del abdomen. Por detrás se continúa con los labios mayores. Por tener numerosas terminaciones es muy sensible al tacto y a la presión

Orificio vaginal: Se conoce como introito y se encuentra la mayoría de las veces limitado por el himen

Ovarios: Organos pares que se localizan en cada uno de los extremos de las trompas del Falopio Tienen forma de almendra de color blanco opaco y cumplen dos funciones: la ovulación y la producción de hormonas femeninas (estrógenos y progesterona), que producen cambios secundarios durante la pubertad y preparan el útero para la fecundación. El elemento fundamental del ovario es el folículo primordial, que contiene la célula germinal o futuro óvulo

Ovulación: Es el proceso mediante el cual un ovario libera un óvulo maduro. Esta descarga ocurre cuando la concentración de estrógeno es alta en la sangre. Si el óvulo se une con un espermatozoide, se produce la fecundación. Si la mujer no queda embarazada, se presenta la menstruación unos 11 ó 15 días después de la ovulación.

Ovulos: Se encuentran en forma de folículos desde el nacimiento y se dejan de producir durante la menopausia. El óvulo es la célula que, unida al espermatozoide, produce la fecundación.

Trompas de Falopio: Son dos tubos que se localizan en la parte superior del útero y comunican la cavidad uterina con el ovario. Además de recoger los óvulos expulsados por el ovario, en el interior de las trompas se efectúa el encuentro del óvulo y el espermatozoide

Utero: Organo muscular semejante a una pera, que está situado en el centro de la pelvis, es decir, en la zona más inferior del abdomen, entre la vejiga urinaria y el recto. Su misión consiste en albergar y proteger al feto durante la gestación. Está formado por dos porciones anatómicas y funcionalmente diferentes: el cuerpo o matriz y el cuello o cérvix.

Vagina: Tubo músculo-membranoso que comunica la vulva con el útero. Está cubierta por membranas mucosas y tiene múltiples funciones: es órgano de recepción del coito; también, el

canal por donde se da a luz y por donde sale el fluido menstrual. Durante la excitación sexual, en la vagina se produce una serie de líquidos que tienen una acción lubricante

Vestíbulo: Es un espacio triangular que aparece al separar los labios menores. En él se encuentra el meato urinario, donde termina la uretra o conducto excretor de la vejiga urinaria. Por detrás del meato urinario se encuentra la entrada de la vagina.

Vulva: El Monte de Venus, los labios externos e internos, el clítoris y el perineo forman la vulva.

Glándulas mamarias: Glándulas sudoríparas modificadas de la mujer, que secretan leche para la nutrición de los recién nacidos; se desarrollan en la pubertad por la estimulación hormonal de glándulas endocrinas.

LA MENSTRUACIÓN

Tal y como lo refiere Nelson, F. (1988, Volumen I), la menstruación es una descarga de sangre mensual acompañada de otros desechos y restos de la pared uterina. Su iniciación se llama ***menarquia*** y está acompañada por el desarrollo de las mamas y otras características sexuales secundarias.

Una vez al mes, un ovario libera un óvulo, que viaja por una de las trompas de Falopio hacia el útero. Entre tanto, el útero fabrica un revestimiento más grueso que forma una capa en la que se implantará el óvulo en caso de ser fecundado. El óvulo se desintegra; los vasos sanguíneos del revestimiento del útero se abren y liberan sangre.

Esto proceso dura de 3 a 7 días. Al concluir, el proceso vuelve a empezar: el revestimiento se engruesa, un óvulo se libera, y, si no es fecundado, se produce la menstruación entre 25 y 28 días después. El ciclo menstrual se mide desde el primer día anterior a la iniciación del siguiente sangrado.

La menstruación comienza entre los 10 y los 14 años, aunque puede presentarse también entre los 9 y 18 años. Durante el período de sangrado, la higiene es fundamental: se asea diariamente el área genital con agua y jabón, y se usan y renuevan varias toallas sanitarias al día. Se debe recordar que la mujer puede quedar embarazada si tiene relaciones sexuales sin protección anticonceptiva durante este período.

Las molestias previas a la menstruación se denominan *síndrome pre-menstrual*. Alrededor de un 40 a un 50 por ciento de la población femenina padece estas molestias en mayor o menor grado. La *dismenorrea* consiste en menstruaciones difíciles o con dolores (calambres). En estos casos se recomiendan fármacos, masajes, ejercicios, dormir más y una dieta adecuada.

La *amenorrea* es la ausencia de menstruación. Puede deberse a un estado de malnutrición, causas emocionales, enfermedades o anomalías hormonales. La *menopausia* es el final de los ciclos menstruales y puede darse entre los 45 y los 55 años.

EL CICLO MENSTRUAL

En el abdomen hay dos ovarios. Los huevos crecen en ellos. Poco después del sangrado, los huevos comienzan a madurar. Desde el primer día de sangrado hasta la ovulación, el cuerpo se prepara para un posible embarazo.

La ovulación ocurre cuando un huevo maduro es liberado por un ovario. Este huevo entra en la trompa de Falopio y viaja hacia el útero. Sin importar la extensión del ciclo de la mujer, la ovulación ocurre 14 días antes del inicio del sangrado.

No hay posibilidad de concepción desde el término de la ovulación hasta el comienzo del sangrado.

Cuando el huevo no es fertilizado, se disuelve en la trompa. La menstruación comienza 14 días después porque la sangre que ocupa la superficie del útero no es necesaria. La superficie cae y sale del cuerpo a través de la vagina.

HIGIENE DE LOS ÓRGANOS SEXUALES

EN LA MUJER:

Al bañarse diariamente, la mujer debe realizar la limpieza de sus órganos sexuales externos, separando con una mano los labios mayores de la vulva y lavando con la otra mano, con bastante jabón, los órganos sexuales externos que queden al descubierto. La higiene diaria de los genitales evita que se acumulen las secreciones normales de la vagina, que pueden ocasionar mal olor, irritaciones e infecciones.

Algunas mujeres necesitan lavados vaginales, pero eso es algo que debe ser indicado por el médico.

La limpieza de la vulva después de orinar debe hacerse por delante y hacia delante, mientras que la limpieza del ano después de defecar debe efectuarse por detrás y hacia atrás.

Si el papel higiénico con que se limpia el ano se lleva hacia adelante, se pueden arrastrar bacterias fecales del ano hacia la vulva y provocar infecciones en los órganos sexuales, a veces muy graves.

Jamás se debe usar el papel higiénico con que se limpia el ano, para limpiar la vulva.

La higiene de los órganos sexuales es importante como medio de evitar o corregir los llamados "flujos vaginales", que se acumulan en la entrada de la vagina y se depositan en los labios de la vulva, los vellos y el calzón. Tales flujos denominados **leucorreas**, no deben confundirse con la humedad normal de la vagina; se trata de secreciones blancuzcas, espesas,

provocadas por infecciones de microbios y hongos o producidas por otros trastornos como úlceras, tumores o infecciones en el cuello del útero

Las leucorreas deben ser **siempre** tratadas por el médico, nunca con empleo de remedios caseros. Es el médico quien debe practicar los exámenes y dar las recomendaciones del caso Mientras dure la leucorrea, la mujer debe practicar una higiene estricta; debe limpiarse sus genitales bien con agua y jabón, cambiarse de calzón durante el día o usar toalla sanitaria ,para absorber el flujo. Debe lavar aparte sus calzones.

Durante la menstruación, se hace de rigor el uso de toallas sanitarias o tampones vaginales y una limpieza frecuente; para evitar el mal olor y las irritaciones.

Se recomienda el cambio de toalla o de tapón cuatro veces al día, la última antes de acostarse.

CICLO DE RESPUESTA SEXUAL

Según Network en español 17 (3) 1997, se refiere a los cambios en la forma y función que ocurren en los órganos genitales del hombre y de la mujer durante la relación genital.

a) Fase de excitación:

Se produce como resultado a un estímulo sexual; puede ser físico o psíquico (palabras, pensamientos). Esta fase puede ser de corta duración.

En la mujer:

Aparece lubricación vaginal.

La vagina se agranda en ancho y largo

Se elevan el cuerpo y el cuello del útero

Los labios mayores se ponen más lisos y se elevan

El clítoris aumenta de tamaño

Erección de los pezones.

Puede o no haber aumento de las mamas

En el hombre:

Erección del pene

El escroto se ablanda y se agrupa la piel.

Los testículos se elevan cerca del cuerpo.

A veces hay erección de los pezones.

b) Fase de meseta:

Hay alto grado de excitación. Puede presentarse el "rubor del sexo", que es un enrojecimiento que se parece al sarampión; se da más en la mujer que en el hombre y se produce en el abdomen, pecho y parte anterior del tórax.

Aumenta el pulso, la respiración y la presión arterial. El glande del pene aumenta en tamaño y color.

c) Orgasmo:

Es la sensación de mayor placer que se presenta durante la relación genital. Se caracteriza por:

En la mujer:

Contracciones rítmicas del útero. Es una respuesta total del cuerpo.

En el hombre:

Contracciones en los órganos que hacen que el semen llegue a la uretra.

Se da la eyaculación.

El esfínter interno del cuello de la vejiga se cierra fuertemente durante la eyaculación; por eso no sale orina.

d) Fase de resolución:

Después del orgasmo, el hombre entra en un período durante el que no es posible otra eyaculación posterior. El tiempo es diferente en cada hombre

La mujer puede tener múltiples orgasmos y mantenerse en la fase de meseta y excitación

En la fase de resolución se invierten los cambios de la primera y segunda fase.

En la mujer:

La vagina se acorta en ancho y largo

Los labios vuelven a su aspecto normal.

El útero vuelve a su posición normal.

En el hombre:

Pérdida de la erección en dos etapas:

a) Una rápida pérdida de la erección.

b) Retorno lento del flujo normal de la sangre.

Disminución del tamaño de los testículos y descenso al escroto.

LA AUTOESTIMA

De la valoración que la persona hace de sí misma va a depender la valoración y aceptación de las demás personas con respecto a ella y la manera como enfrenta los problemas que se le presenten. Si la autoestima es positiva, los enfrentará con facilidad; pero, si su autoestima es negativa le será más difícil enfrentarlos.

Definir autoestima es complejo. Algunos precisan cuatro componentes en su definición:

> ***"Es una actitud". Ya que contempla las formas habituales de pensar, actuar, amar y sentir de las personas para consigo mismas***
> ***"Es un componente cognitivo". Se refiere a las ideas, opiniones, creencias, percepciones y procesamiento de la información que posee la persona con respecto a sí misma.***
> ***"Es un componente afectivo". Que incluye la valoración de lo positivo y negativo, involucra sentimientos: favorables o desfavorables, agradables o desagradables que perciben de ellos mismos o ellas mismas".***
> ***"Es conductual". Porque implica la intención y decisión de actuar, de llevar a la práctica un comportamiento consecuente y coherente. " (Molina, 1995:13-27)***

Virginia Satir, al definir la autoestima, reafirma lo mencionado pues considera la autoestima como un concepto, una actitud, un sentimiento y una imagen que está representada en la conducta.

La autoestima es básica para que las personas se sientan bien y sean honestas consigo mismas y con los demás; es el valor que se tiene de sí mismo.

La autora considera que es posible fortalecer la autoestima en la persona, sin importar la edad, puesto que el sentido del valor se aprende y puede también modificarse para sustituirlo con factores positivos. Las posibilidades para este aprendizaje existen desde que se nace hasta que se muere; así es que nunca es demasiado tarde.

La autoestima no es innata, se genera y desarrolla a lo largo de la historia de cada persona. La autora citada afirma que no existen genes que transmitan el sentido de valor propio; se aprende en el seno familiar, en la interacción familiar y con otros y otras.

Existen dos tipos de autoestima: básica y funcional.

La autoestima básica se forma durante las experiencias tempranas de la vida, en el seno familiar, en los primeros 5 ó 6 años; cada palabra, expresión facial, gesto o acción de parte de los padres o madres transmite un mensaje al niño o niña en cuanto a su valor.

La autoestima funcional se adquiere más tarde en la vida con la evaluación progresiva de las otras personas, en la escuela, colegio, universidad, lugar de trabajo, etcétera.

De lo anterior se deduce que, desde que se nace, se inicia el proceso de desarrollo de la autoestima, a partir del concepto que se forma la persona como producto de la comunicación verbal y no verbal de los demás hacia él o ella, de igual forma como el individuo percibe dichos niveles de comunicación.

El desarrollo de la autoestima es un proceso que influye en los sueños, fantasías, logros, cumplimiento de metas, cambios en la visión que la persona tiene de sí misma y la que los demás tienen acerca de ella.

Berne y Savary, al referirse a ese proceso de construcción de la autoestima, agregan que se desarrolla cuando la persona se conoce a sí misma y se acepta con sus limitaciones. Estos autores consideran que la autoestima permite a la persona desarrollar habilidades interpersonales para el crecimiento de las capacidades intelectuales; desarrolla la necesidad de pensar y de expresarse, así como el establecimiento de relaciones afectivas y satisfactorias con las personas que la rodean.

Branden menciona que la autoestima es la base del desarrollo y el cambio.

Es importante que la persona evalúe su conducta, pero que utilice para ello sus propios parámetros y no los valores de las demás personas. Además, debe tener coraje, autorespeto y confianza para poder expresar esos sentimientos de forma auténtica. Una persona con autoestima positiva o sana posee altos niveles de confianza, madurez emocional, serenidad e independencia, lo que le permite ser socialmente independiente y con mucha paz interna. Se ven como personas seguras, valiosas, exitosas, competentes, talentosas y capaces de dar y recibir amor. Lo señala la misma autora a continuación:

> ***"El desarrollar la autoestima es desarrollar la convicción de que (uno) es capaz y digno de vivir y ser feliz, y por lo tanto equivale a enfrentar la vida con mayor confianza, benevolencia y optimismo, lo que ayuda a alcanzar nuestras metas y experimentar la plenitud. Desarrollar la autoestima es ampliar la capacidad de ser felices". (Branden, 1991: 23)***

Por consiguiente, una persona con estima positiva tiene mayores posibilidades de crecer, desarrollarse, no percibe a otros como amenaza, tiene mayores posibilidades de lograr metas realistas porque cree en sus capacidades y toma en cuenta sus limitaciones y así logra su autorrealización.

Todo lo contrario de lo explicado en los párrafos anteriores se aplica a la persona con autoestima negativa. Es una persona que se autoevalúa negativamente, presenta sentimientos de autorrechazo e indignidad personal, lo que afecta su capacidad para apreciar el significado de su vida.

Investigaciones, estudios y artículos mencionan diversidad de conceptos que permiten identificar una autoestima positiva o negativa. Para efectos de esta investigación

se presenta, mediante un cuadro, una recopilación de características claves de autoestima que poseen las personas.

Conceptos claves de autoestima

POSITIVA	NEGATIVA
1. Mantiene buen contacto visual.	1. Evita el contacto visual.
2. Es líder espontáneamente.	2. Falta de confianza para tomar iniciativa.
3. Tiene confianza en sí misma.	3. Dificultad para tomar decisiones.
4. Establece objetivos altos.	4. Se intimida ante los retos.
5. Tiene iniciativa.	5. No es curiosa.
6. Sabe lo que quiere.	6. No pregunta.
7. Confía en sus propias ideas y no se deja llevar por la mayoría.	7. No explora.
8. Es curiosa.	8. Se da por vencida cuando fracasa.
9. Exploradora	9. Tiene problemas para compartir y llevarse bien con los demás.
10.Tolerante a la frustración causada por los errores.	10.Sobrerreacciona ante el estrés.
11.Siempre dispuesta a preguntar.	11.Sobrerreacciona ante las bromas y las críticas.
12.Manejadora de la crítica y la broma.	12.Tiene un sentido de culpa más grande de lo razonable.
13.Orgullosa de sus trabajos.	13.Tiene dificultad para ajustarse a los cambios.
14.Ajustable a los cambios.	14.Sonríe a veces.
15.Se describe positivamente a sí misma.	15.Presenta una cara triste.
	16.Se describe a sí misma negativamente.
	17.No muestra orgullo de sus trabajo.

Fuente: Satir (1991), Branden (1991), De Mezerville (1993), Molina y otros (1995).

Componentes de la Autoestima: Según Satir, Branden, Calvo y Solís, los componentes de la autoestima son:

Autoconcepto:

Es un sistema dinámico y complejo de creencias valorativas que el individuo tiene acerca de sí mismo.

El autoconcepto está constituido por aquellos conceptos y sentimientos de naturaleza evaluativa, que desarrolla la persona acerca de sí misma y se forma, mantiene y altera producto de la interacción con las demás personas, la percepción e interpretación acerca de él o ella.

Conforme el individuo desarrolla su autoconcepto y logra integrar su personalidad, formula aspiraciones, experimenta éxitos y fracasos, los cuales son determinantes para organizar un concepto consistente de sí.

El desarrollo del autoconcepto acontece por medio de un proceso paralelo al de la autoestima ya que estos aspectos están íntima y directamente relacionados. Es importante hacer mención de que este, al igual que la autoestima, no es estático, sino que, como todo proceso, puede verse modificado por las experiencias.

Autoimagen:

Es la capacidad que tiene el individuo de verse a sí mismo, no mejor ni peor, sino como realmente es.

Si el individuo acepta su imagen y se quiere a sí mismo, tal cual es, esto influirá en su autoestima. Fortalecer la autoimagen le permite al individuo crecer en su capacidad de percibir de manera equilibrada los elementos positivos y negativos de su personalidad.

La imagen corporal es una parte importante de la autoimagen; se desarrolla en parte por las experiencias de la persona con su propio cuerpo y por lo que es capaz de hacer con este. En todas las etapas de la vida humana, la apariencia física representa un factor muy significativo en la personalidad del individuo.

La imagen corporal incluye la visión que la persona tiene de sí misma en su aspecto físico, como talla, peso, color, rasgos físicos, entre otros. La cual puede reforzarse o deteriorarse como producto de su interrelación con los demás.

Autovaloración:

La adquisición de la autovaloración constituye una de las bases principales para el desarrollo de la confianza. Cuando el individuo no logra desarrollar este aspecto, muestra características de autodevaluación asociada con sentimientos de autorechazo e indignidad personal, lo que afecta su capacidad para apreciar el significado positivo de su vida.

El niño o la niña cuando nace no tiene una experiencia de comportamiento y carece de una escala de valoración con la cual compararse. No llega al mundo con un sentimiento de valor propio; esto se aprende en el núcleo familiar.

Autoconfianza:

Se caracteriza porque la persona se cree capaz de hacer bien distintas actividades y sentirse segura al realizarlas. Esta capacidad le permite a la persona sentirse tranquila en

compañía de otros y otras, reacciona con espontaneidad y libertad de acción en diversas situaciones sociales; es capaz de sostener cierta independencia frente a la presión de grupo cuando se le quiere obligar a la conformidad. La persona con baja autoestima se caracteriza por ser insegura y con sentimiento de incapacidad e impotencia; esto repercute en acciones de ansiedad y duda.

Para el mejoramiento de la autoconfianza, es necesario promover, en el individuo, una actitud realista de sus capacidades personales para que logre ejercitarlas de manera adecuada y así adquiera mayor confianza en sí mismo.

Autocontrol:

> ***"... implica la capacidad de ordenarse adecuadamente y ejercer el tipo de dominio propio que fomenta el bienestar del individuo y, complementariamente, del grupo al que se pertenece" (Mezerville, 1993:10)***

La persona con autocontrol es capaz de manejarse correctamente, cuidarse, organizarse y dominarse a nivel personal. Además, adopta hábitos adecuados de cuidado personal, patrones de conducta caracterizados por una buena disciplina y organización en la vida. En ocasiones puede actuar impulsivamente, pero es capaz de restringir sus urgencias sexuales o agresivas cuando es necesario.

Autoafirmación:

Es ***"la libertad que tiene la persona de ser ella misma y poder tomar decisiones con autonomía y madurez"***.

La persona que posee una verdadera autoafirmación se caracteriza por la capacidad de expresar abiertamente sus pensamientos, deseos, habilidades e incluye, además, la autodirección y la asertividad personal; las personas con dificultad en esta área experimentan problemas de autoanulación, incapacidad para manifestarse con libertad, excesiva dependencia al tomar decisiones personales o realizar diversas actividades.

Para superar la inseguridad se deben buscar formas sanas de manifestar el pensamiento y las habilidades, sin caer en los extremos de sobredependencia o autosuficiencia exagerada.

Autorrealización:

La autorrealización consiste en el desarrollo y la expresión adecuada de las capacidades propias, que le permite al individuo vivir satisfactoriamente para provecho de sí mismo y de los demás. Este aspecto implica el crecimiento personal mediante el cultivo de sus potencialidades y la búsqueda del cumplimiento de lo que considera su propósito vital.

TEORÍA DEL GÉNERO

La sociedad por medio de sus instituciones sociales (familia, centros educativos, religión y medios de difusión, entre otros) les asigna a las personas, desde que nacen según su sexo, patrones de comportamientos que son interiorizados durante todo su proceso de socialización. En este proceso mujeres y hombres adquieren valores, normas, creencias y actitudes que responden a una ideología imperante. Dichos agentes socializadores se encargan de transmitir, reproducir y perpetuar una determinada

concepción del mundo en el cual (en la mayoría de las sociedades) se ha aceptado la supremacía masculina sobre la mujer, como se destaca a continuación.

> ***"Se inculcan contenidos ideológicos que permite y refuerzan los mitos sobre la diferencia y complementariedad de ambos sexos que hacen parecer esas diferencias como necesarias e inevitables" (Alvarez y Tischler, 1987:30)***

En las teorías tradicionales se proponen como naturales los patrones de comportamiento diferenciales entre hombres y mujeres, los cuales llevan a asumir, sin cuestionar, papeles sexistas y a poner a la mujer en situación de desventaja y marginación con respecto al hombre.

La teoría del género nació como una propuesta distinta que devela los mitos basados en las diferencias de género según sexo y propone concebirlas como productos sociales que deben ser cambiados en aras de una igualdad social entre hombres y mujeres.

Concepto de género, características y generalidades:

El género, es en realidad, un diferenciador social que parte del cuerpo de la persona para asignarle diferentes papeles.

> ***"En el humano la palabra género se refiere a las características o cualidades sociales, intelectuales, morales o espirituales que la sociedad le ha asignado al varón y a la mujer: llamando masculinidad, lo dado al varón y femineidad lo atribuido a la mujer. El género se construye día a día, por medio de costumbres, leyendas, cuentos, canciones, poemas y conversaciones". (Bolaños, 1993:41)***

Sexo y género no solo se refieren a realidades diferentes, sino también opuestas. Los dos términos son útiles para hacer el contraste de un conjunto de hechos biológicos

con un conjunto de hechos culturales. El término sexo es útil para referirse a las diferencias biológicas, y el de género corresponde a las estructuras sociales, culturales o psicológicas que se imponen a las diferencias biológicas.

Por ser histórica, esta teoría considera que todas las características asignadas al sexo son aprendidas y que todo lo que se refiere a ser mujer o ser hombre es histórico: no se nace mujer u hombre, sino con un cuerpo que adquiere un significado, y es este cuerpo el primero en ubicarnos en el mundo.

El sistema de género tiene dos principios: antagonismo y complementariedad, porque ser mujer es no ser hombre y viceversa; ambos seres, en forma obligatoria, realizan actividades correspondientes al género. De esta manera se clasifica a los sujetos, se les especializa y antagoniza para luego señalarlos como complementarios, llevando implícito, este sistema, una funcionalidad.

Diferentes estudios sobre este tema coinciden en que el eje principal de la condición de género es el sexo porque a partir de este, se construye; en cada sujeto, el conjunto de cualidades, actitudes, esquemas y destrezas diferenciadas que se aprenden por medio de múltiples mecanismos pedagógicos, unos oralmente enseñados y otros inculcados por medio del ejemplo y transmitidos por las instituciones sociales.

Frente a estas concepciones, las teorías contemporáneas del género plantean una interpretación histórica de todo el proceso:

> ***"La adscripción de la posición de género en función del sexo es básica en todas las sociedades y penetra en toda la estructura social, de ahí que la posición de género adquirida en función del_***

sexo, conduce a una ordenación jerárquica de los individuos".
(Navas, 1990:3)

Dicho ordenamiento ha evolucionado, dado que históricamente la participación de la mujer en el plano político fue limitada durante muchos años; empero esta situación ha cambiado notoriamente: prueba de ello es la mayor incursión en cargos de regidoras, diputadas, ministras y vicepresidentas. En el actual Gobierno, que comprende el período 1998-2002, las Vicepresidencias están bajo la responsabilidad de mujeres; además, en el ámbito económico se evidencia una mayor integración por el acceso a la educación, la inserción al mundo laboral y en diversas actividades económicas.

Lo anterior muestra la apertura de la mujer y el hombre ante el cambio, lo que permite renovar perspectivas y pensamientos, así como romper estructuras o esquemas que ubicaban únicamente a la primera en el ámbito doméstico; de ahí la necesidad de ejecutar cambios que promuevan la igualdad de oportunidades para ambos sexos.

Identidad de género:

Las llamadas características femeninas o masculinas: valores, deseos y comportamientos, se asumen mediante un complejo proceso individual y social: el proceso de adquisición del género

La adquisición de identidad del género se logra una vez que el individuo desarrolla la noción diferencial de los sexos, se impone categorías a sí mismo, como hombre o mujer, y se esfuerza en imitar las conductas congruentes con dichas categorías Así el individuo irá elaborando un concepto personal de género, que surge de las propias sensaciones del cuerpo y de las respuestas del mundo social hacia él.

El género se transmite de generación en generación, es aceptado como natural, reafirmado por las instituciones de educación, la familia, la religión y los medios de comunicación mediante el proceso de socialización. En el moldeamiento de la identidad del género, son la imitación y el modelaje los medios por los el niño aprende las conductas positivas y negativas de sus padres mediante el reforzamiento y el castigo.

Al hombre se le impulsa a desarrollar su vida fuera del ámbito doméstico, es decir, "hacia afuera", y en forma estereotipada se espera que los varones desarrollen actitudes de dominio, autoridad, independencia, fuerza, valor, agresividad, actividad, conquista, gran conocimiento de la sexualidad e infidelidad. Por el contrario se espera que la mujer sea sumisa, dependiente, débil, pasiva, abnegada, fiel, tierna y frágil; esta diferenciación corresponde a una visión deformada, producto del proceso de socialización.

La desigualdad del género guarda una estrecha relación con todos aquellos componentes socioculturales, relacionados con la salud y el bienestar, como son sexismo, pobreza, abandono, mitos, creencias y estereotipos; muchos aún vigentes. Esta desigualdad, se manifiesta en el ámbito social mediante las instituciones, normas jurídicas, división sexual en el trabajo, educación, lenguaje, relaciones interpersonales, elecciones individuales, autoestima y atención de la propia salud.

El sexismo se manifiesta en los individuos, en la medida en que no se acepta la posición de género, porque, si no se toma en cuenta la variable género, no se hace visible la realidad de la subordinación de las mujeres y de la dominación de los hombres, lo cual es fundamental en la estructura jerarquizada de poder.

Sin embargo, se gestan cambios para superar la discriminación del género en todos los campos, lo que implica el desarrollo de un poder equilibrado entre ambos sexos con miras a una participación equitativa.

Diferentes autores, tales como Navas (1990), Lagarde (1992) y Bolaños (1993), entre otros, al analizar la condición de subordinación de la mujer, han logrado identificar y formular alternativas tendientes a una organización social más igualitaria. Mata (1993) los resumen de la siguiente forma:

FEMENINO	MASCULINO
♦ Abolición de la división sexual del trabajo.	♦ Responsabilidad compartida del trabajo doméstico y el cuidado de los niños.
♦ Alivio de la carga de trabajo doméstico y del cuidado de los niños.	♦ Eliminación de la dependencia de la figura femenina.
♦ Abolición de formas institucionalizadas de discriminación.	♦ Re-conceptualización de la masculinidad para mejorar relaciones sociales, familiares y de pareja.
♦ Derechos de tenencia de tierra y acceso al crédito.	♦ Validación social y familiar de la emotividad masculina.
♦ Igualdad política.	

La información anterior evidencia la necesidad de una participación igualitaria en los ámbitos público y privado. Igualdad de derechos y deberes en el acceso a la educación, las leyes y en la atención integral en salud.

MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

La efectividad de la mayoría de los métodos anticonceptivos es, en teoría, muy alta. Sin embargo, la efectividad real disminuye casi siempre debido a una incorrecta utilización por parte de los usuarios. Al respecto, algunos estudios señalan que solo una tercera parte de los jóvenes sexualmente activos utiliza correcta y sistemáticamente métodos de anticoncepción. De ahí la importancia de disponer de información adecuada.

Aproximadamente, el 45 por ciento de las parejas en el mundo usa algún método para evitar el embarazo. En general, la esterilización femenina es el más utilizado, seguido por la esterilización masculina (vasectomía), los contraceptivos orales, el DIU, los condones y otros métodos, como los espermaticidas, diafragmas o contraceptivos inyectables. En Occidente, la píldora y los preservativos son los métodos más utilizados.

En la elección de un método anticonceptivo intervienen muchos factores, desde el nivel de eficacia del método, antecedentes médicos, edad de la mujer, costo o precio de los anticonceptivos, hasta convicciones religiosas. No se puede obviar, además, que cada método tiene sus ventajas y desventajas. Algunos, incluso, están contraindicados en ciertos padecimientos.

Básicamente existen seis clases de métodos anticonceptivos: naturales, hormonales (píldora), intrauterinos (dispositivo intrauterino), barrera (preservativo, jaleas, espumas, óvulos espermaticidas, tabletas vaginales, cremas), químicos y la esterilización.

Métodos naturales:

Para aplicar los métodos naturales, la mujer debe tener un buen conocimiento de su ciclo o ritmo menstrual, determinar los días en los que es fértil y evitar las relaciones sexuales durante este tiempo. Estos son: el método del calendario (Ogino), método de la temperatura basal y método del moco cervical.

Métodos artificiales:

Según "Guía Didáctica de Salud Reproductiva. Caja Costarricense de Seguro Social", 1995, el anticonceptivo oral o la píldora es una tableta hecha con hormonas sintéticas similares a las que el organismo produce. Se toma a lo largo del ciclo menstrual. Previene el embarazo, bloqueando la producción de óvulos, y requiere consulta médica previa.

El diafragma y cápsula cervical son barreras de goma que se usan con cremas espermaticidas para bloquear el paso de los espermatozoides. Se introducen antes del coito y, en el caso de la cápsula, puede dejarse durante un tiempo sin tener que volver a aplicar espermaticida antes del segundo coito.

El condón o preservativo es una protección de goma que cubre el pene y evita que el semen se derrame en la vagina.

El DIU es un pequeño aparato que el médico especialista inserta en la cavidad del útero. Su mecanismo de acción impide la fertilización del óvulo o que el óvulo fertilizado se implante en el útero.

La esponja es un artilugio redondo y suave que contiene un producto espermicida. Se ajusta al cuello del útero y bloquea el paso de los espermatozoides cuando ascienden al útero. Son utilizados en situaciones de emergencia (por ejemplo, violaciones). Son píldoras especiales, con altas dosis de productos activos, que se suministran a las 24 ó 48 horas después del coito.

La ducha vaginal después del coito es una práctica anticonceptiva muy insegura. Tras la eyaculación, el esperma puede llegar al útero en sólo dos o tres minutos. Además, la inyección de agua puede ayudar al esperma a viajar desde la vagina al útero y las trompas de Falopio.

Permanente:

La esterilización es una intervención quirúrgica que se realiza a hombres (vasectomía) y mujeres (ligadura de trompas) para producir la incapacidad permanente de concebir hijos.

El método del coito interrumpido o marcha atrás es muy poco seguro. Durante el coito, el fluido que puede salir del pene erecto antes de la eyaculación puede contener esperma, lo que confiere a está técnica un elevado riesgo de embarazo. Este método no protege contra el SIDA u otras enfermedades de transmisión sexual.

Aunque los días de la menstruación suelen ser días infértiles y, supuestamente, seguros para tener coito sin protección, en algunos casos ocurren embarazos durante la menstruación.

Finalmente, los espermaticidas consisten en productos químicos (espumas, cremas, geles, esponjas, supositorios vaginales) que, aplicados en la vagina antes del coito, impiden el paso del esperma y la supervivencia de los espermatozoides. Su eficacia aumenta cuando se utilizan en combinación con otros métodos.

El embarazo en la adolescencia:

Está comprobado: cuanto más joven es la adolescente, mayores son los riesgos y complicaciones en el embarazo, el parto y el puerperio (tiempo que inmediatamente sigue al parto). A mayor juventud, mayor frecuencia de niños prematuros, hijos con bajo peso al nacer y bebes con malformaciones congénitas.

Los niños de las madres adolescentes también constituyen un grupo de alto riesgo. Presentan con mayor frecuencia desnutrición, infecciones, y son más susceptibles a morir en el primer año de vida.

Las mujeres que se embarazan durante la adolescencia tienen mayor probabilidad de presentar abortos, partos prematuros terminados en cesárea, uso de fórceps y mayor trabajo de parto acompañado de posible sufrimiento fetal. Otra complicación es la toxemia, padecimiento que consiste en un aumento de proteína en la orina y presión arterial alta (hipertensión). Si no se atiende puede desencadenar eclampsia, la cual daña el sistema nervioso y puede producir incluso la muerte.

Las consecuencias también son psicológicas y sociales. Por un lado, la concepción altera el proceso de la adolescente de elaborar su identidad y ser una joven autónoma o independiente de sus padres. Por otro lado, el embarazo provoca deseo de depender y no

abandonar el apoyo emocional y material de la familia. Este conflicto es causa inevitable de ansiedad, estado al que se le suma la rabia, la desilusión y el resentimiento que el hecho puede provocar en la familia.

Consecuencias:

El embarazo no deseado acarrea múltiples consecuencias e implica grandes responsabilidades. Usualmente, la joven afronta las experiencias de la soledad (el padre no asume la paternidad; sus propios padres, los amigos, el colegio y la sociedad en general la rechazan), lo que provoca sentimientos de minusvalía y baja autoestima, miedo, confusión, sentimientos de impotencia y depresión. Si estos sentimientos se prolongan después del parto y el puerperio, se puede llegar a una condición crónica depresiva o ansiosa que limitará el futuro de la joven.

La madre adolescente tampoco está preparada para mantener un intenso lazo afectivo con el recién nacido, motivo por el cual lo abandona emocionalmente desde muy temprano. Sin embargo, esta relación afectiva es la base para el desarrollo general del bebé durante sus primeros meses de vida.

En cuanto a lo social, las oportunidades de educación y trabajo se reducen substancialmente. Resulta común depender para su manutención y la de su hijo de la ayuda de sus padres, sus suegros u otros parientes, mantenerse en el hogar adulto y ceder su autonomía y la crianza de su hijo. Los papeles cambian, y los abuelos asumen la función de abuelos-padres, lo que produce confusión tanto en los padres adolescentes

como en el bebé. A largo plazo, las consecuencias cobran importancia: las confusiones de afecto y relación dificultan la confianza básica y la seguridad personal del niño.

La crisis producida por el embarazo requiere de atención efectiva. Para que la joven puede tener el mayor éxito posible en asumir el papel materno, debe contar con suficientes recursos emocionales e intelectuales y con personal que le ofrezca un apoyo real y adecuado.

Hay buenas razones para no tener sexo antes del matrimonio. En el **Manual para la educación en salud integral del adolescente** (Organización Panamericana de la Salud, 1996), sus autoras, Patricia Canessa y Connie Nykiel, enumeran:

Aunque el cuerpo del adolescente ha alcanzado suficiente madurez como para tener relaciones sexuales, su desarrollo emocional aún no se ha completado. Este proceso de conocerse a sí mismo toma tiempo y es necesario para ser un buen padre.

Las razones religiosas y morales son también muy importantes. Muchos creen que el sexo sólo se debe practicar dentro del matrimonio. Pregúntate a ti mismo cómo te sientes acerca del sexo prematrimonial. Si está contra tus reglas morales, te sentirás culpable.

Es importante también saber qué piensa tu pareja. Algunos prefieren posponer la practica hasta que haya un compromiso social (compromiso matrimonial o matrimonio).

Hay personas que desarrollan su relación sin componente sexual. Esto les permite a ambos conocerse mejor, pasar un buen tiempo y cultivar una verdadera amistad. Se dice que sólo son buenos amantes los que son buenos amigos. La relación sexual muy

temprana puede arruinar o terminar esta relación. Si sabes esperar prudentemente, el sexo será un componente que enriquecerá tu afecto y placer.

La relación sexual puede conducirte a un embarazo y matrimonio no deseado. Si no conoces bien a tu compañero o compañera, puedes estar comprometiéndote en una relación con alguien que no es tu ideal.

Algunos adolescentes han sido profundamente heridos debido a la relación sexual. Una joven embarazada puede ser abandonada. Un joven puede sentirse desolado cuando se da cuenta de que su compañera tiene relaciones sexuales con otros. Si tú has tenido experiencia sexual, también puedes cambiar tus hábitos y aprender a expresar tu amor de otro modo. Si tienes una recaída en tus hábitos, inténtalo otra vez.

Si decides practicar la abstinencia, tienes que aprender a mantenerla:

Habla con tu pareja acerca de tu decisión. Asegúrate de que él o ella entiende cómo te sientes. No lo hagas cuando están sexualmente estimulados. Es mejor hablarlo en un ambiente relajado. Planea lo que vas a decir.

Si no te sientes listo para una relación sexual, no actúes con seducción.

Evita tener encuentros en tu cuarto, el carro o sitios solitarios.

Evita alcohol y drogas. Estas sustancias parecen darte valor, pero solo impiden tu habilidad para juzgar.

Recuerda que las decisiones acerca de tu sexualidad son solo tuyas. Si decides permanecer abstinente o inactivo sexualmente, es tu responsabilidad hacerlo. Si tu pareja no respeta tus decisiones, es posible que necesites pensar si la relación vale la pena.

LAS ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

Las enfermedades de transmisión sexual (ETS) son padecimientos del ser humano, que se transmiten por medio del contacto genital, oral, anal o por piel y mucosas, entre una persona enferma y una sana. Son fáciles de tratar si el tratamiento es desde el inicio. Todas se pueden prevenir. Se las llama también enfermedades venéreas.

Las enfermedades de transmisión sexual han aumentado su incidencia en la población general e incrementan aún más su trascendencia por estar comprometiendo progresivamente un mayor número de niños y adolescentes.

Esta es una señal importante de alerta en relación con el comportamiento sexual de riesgo que está ocurriendo tanto entre adolescentes, como entre adultos con adolescentes o entre adultos con niños.

La detección precoz de los comportamientos de riesgo y la educación en salud son los principales instrumentos de prevención de las ETS y SIDA.

Los daños en la salud ocasionados por las ETS pueden ser moderados si se diagnostican y se tratan precozmente. Son especialmente la desinformación y los preconceptos erróneos los que retrasan e impiden la asistencia precoz y el tratamiento adecuado por parte de los profesionales de la salud.

Los educadores, agentes comunitarios y los mismos padres podrán obtener las informaciones que permitan identificar situaciones de riesgo. Dichas informaciones deberán ser recogidas y aprovechadas con habilidad y atención en un proceso de cambio y nunca en forma "policial".

La prevención de las enfermedades de transmisión sexual, incluyendo el SIDA, solo es posible con orientación en los adolescentes hacia prácticas sexuales afectuosas, responsables y seguras.

Existen varias enfermedades de transmisión sexual. Las dos más importantes en Costa Rica son: la gonorrea y la sífilis. (M. Salud . Centro Información, Sección de Vigilancia Epidemiológica, mayo 98).

Los factores que constituyen el aumento de las enfermedades venéreas:

Mayor población sexualmente activa y sin información.

La promiscuidad sexual

Mayor población flotante y el turismo.

Bajo nivel en el uso del condón.

Enfermedades de transmisión sexual:

Se clasifican como a continuación se expone, según la Revista Population Reports 21(3) Junio 96.

1) Sífilis:

Es causada por una bacteria o microbio llamado espiroqueta, científicamente, *Treponema pallidium*. Es muy sensible al aire libre; por eso, el contagio es por contacto genital o por transmisiones de la madre al niño a través de la placenta. Se caracteriza por períodos de actividad que tienen muchos síntomas, alternando con períodos sin síntomas o manifestaciones visibles.

Sífilis primaria (lues):

Comienza con una pequeña lesión (herida) en los genitales, generalmente única e indolora (chancro duro) aproximadamente tres semanas después del contagio. Esta lesión puede pasar inadvertida.

Desaparece espontáneamente sin dejar cicatriz en un período de cuatro semanas (curación aparente). Después de 1 ó 2 semanas de la aparición del chancro duro, se pueden percibir por palpación nódulos inguinales producidos por ganglios duros y poco dolorosos. Este período descrito se denomina sífilis primaria.

Sífilis secundaria:

Después de desaparecer el chancro, aparecen erupciones o manchas en la piel muy parecidas a las del sarampión y rubéola, o las producidas por alergias a medicinas en todo el cuerpo. Puede acompañarse de fiebre, caída de pelo, dolor de cabeza, malestar general, dolor en las articulaciones. Estos períodos son los más infectantes y donde el tratamiento correcto es eficaz.

Sífilis tardía:

Luego de repetidas apariciones y desapariciones de las lesiones llega a ser destructiva, compromete varios órganos tales como el hígado, corazón y huesos y ocasiona lesiones definitivas que dejan secuelas.

Ataca al sistema nervioso central; el paciente puede quedar paralítico o morir de un ataque al corazón. Puede someterse a tratamiento, pero los daños son irreparables.

Sífilis congénita:

La mujer que se infecta antes o durante el embarazo puede transmitirlo al niño antes de nacer. Puede producir partos antes de tiempo, malformaciones o muerte del feto.

2) Gonorrea:

Producida por una bacteria: gonococo o neisseria gonorrea.

En el hombre:

Se caracteriza porque, después de 2 a 8 días de la relación genital, hay salida de pus por la uretra y ardor al orinar. Estos síntomas siguen por varias semanas y, si no se da tratamiento, la infección sube hasta afectar la próstata y testículos; por ello puede quedar estéril.

En la mujer:

Suele ser sin síntomas o presentar ardor al orinar, flujo vaginal verdoso, o al igual que en el hombre, sube a otros órganos genitales. Si llega a los ovarios, puede producir esterilidad. Cuando la persona no busca tratamiento a tiempo, se producen graves daños como infección del sistema nervioso central, meningitis, daños al corazón, hígado, riñones, huesos y articulaciones.

3) Chancro blando:

Es producida por el "Hemophilus ducreyi", después de los 5 días de la relación genital. Aparece en órganos genitales, vagina, pene y otros. Una ampolla se revienta en úlcera o llaga con pus; es más dolorosa cuanto más profunda y mayor tamaño adquiere. No desaparece sin tratamiento; pueden aparecer otras similares, que veces se unen.

En el hombre:

Aparece en la punta del pene.

En la mujer:

En la vulva, ano y a veces en la vagina o aparato genital interno. El tratamiento es de buen pronóstico.

4) Herpes genital:

Producida por herpes tipo II. Son pequeñas vesículas que están en el pene o en la vulva; son muy dolorosas y arden; a veces se revientan y crean lesiones extensas.

Desaparecen a los 13 ó 15 días. Con tratamiento o sin él, las úlceras cicatrizan, pero pueden volver o aparecer después de algún tiempo.

5) Condiloma acuminado: (cresta de gallo) por H.P.V.

Se caracteriza por una verruga indolora localizada en los genitales región anal que recuerda la forma de una coliflor. Se presenta húmedo y cubierto de secreción fétida; deben diferenciarse de los condilomas planos.

6) Ladilla o piojo púbico:

Prurito intenso en la región genital (pediculosis o escabiosis; ladilla o sarna). Es producida por un ectoparásito ascariforme, el "Phtirius" puvis o ladilla, de 1 a 2 mm de diámetro; se contagia por el contacto piel a piel prolongado. No sobrevive fuera de su huésped más de uno a tres días; se fija en la base del pelo puviano y se alimenta picando,

deja en el lugar máculas cerúleas. El ciclo vital es de 25 a 30 días. Los huevos o liendres son ovalados. Se puede contaminar los pelos de la axila, cuero cabelludo y las cejas.

Se cura con benzoato de bencilo más DDT, o con hexcloruro de benceno.

7) Uretritis:

En el hombre, la aparición de disuria y en ocasiones de polaquiuria y tenesmo llevan a pensar inmediatamente en la infección uretral. Pero en la mujer la particular ubicación de la uretra, de corta longitud y oculta por los labios, puede enmascarar la sintomatología y referirla a dolores vaginales sobre todo si se asocia a despareumia.

Las uretritis se clasifican en específicas, producidas por el gonococo, y no específicas o no gonocócicas, cuyos agentes más comunes son las clamidias y micoplasmas.

8) Tricomoniasis vaginal:

Se trata de una infección vaginal producida por un parásito flagelado *(Trichomonas vaginalis)*. En la mujer esta enfermedad se localiza en la vagina, y en los hombres en los genitales internos. Los principales síntomas son: secreción amarillo-verdosa, con gran picazón, dolor al realizar el acto sexual, ardor y dificultad para orinar.

9) SIDA:

Síndrome de inmunodeficiencia adquirida, infección por el VIH.

Transmisión:

- Por contacto sexual entre un hombre y una mujer o dos varones, cuando uno de ellos tiene el virus.
- De la madre al hijo durante el embarazo.

- Por transfusión de sangre o agujas contaminadas.

El SIDA provoca una disminución de las defensas naturales del cuerpo, de forma que lo hace más propenso a enfermedades, infecciones y algunos tipos de cáncer. La persona infectada puede estar meses o años sin presentar síntomas, pero podría transmitir el virus a otras personas sanas.

Signos menores:

Tos persistente, dermatitis pruriginosa, herpes zoster recurrente, herpes bucal, candidiasis progresiva, ganglios inflamados.

Signos mayores:

Pérdida de peso mayor del 10% del peso corporal.

Diarrea de más de un mes de evolución.

Fiebre de más de un mes de evolución.

Un tipo de cáncer de piel.

Meningitis por otras bacterias.

PREVENCION DE LAS ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL

Conocimiento de las enfermedades.

Evitar el contacto genital con personas que tienen gran número de compañeros sexuales.

Evitar contacto genital con personas sospechosas.

Si decide tener la relación genital, debe usar condón.

Mantener una pareja estable en la cual ninguno de los dos tenga contacto genital con otra persona.

Usar jeringas descartables en caso de aplicarse un medicamento.

No compartir objetos de uso personal, como el cepillo de dientes.

No empezar las relaciones genitales a edades muy tempranas.

Situación actual

En la actualidad hay probablemente más de 30 millones de personas infectadas por el virus del SIDA a nivel mundial. De ese total, más de un millón y medio son niños. La mayoría se encuentran en países pobres del Tercer Mundo, principalmente el sudeste asiático, Àfrica (con mayor intensidad en la región central y occidental) y también en Latinoamérica.

Desde que comenzó la epidemia, se dice que más de 11 millones de personas en casi todos los países del mundo desarrollaron la enfermedad; de ese total, han fallecido posiblemente más de la mitad.

Es la primera causa de muerte en hombre de 22 a 44 años en los Estados Unidos.

También es la primera causa de muerte en mujeres de 25 a 35 años en Brasil, país con mayor número de casos registrados en Sudamérica.

De acuerdo con diferentes especialistas, cada día se están infectando de 10000 a 15000 nuevas personas.

Existen algunas poblaciones del África donde ya están infectadas hasta el 65% de las personas sexualmente activas.

En Uganda (África), existen grupos de trabajadoras sexuales que tienen un índice de infección que llega al 90%; es decir, 9 de cada 10 están infectadas por el virus.

Existe un aumento explosivo de casos en trabajadoras sexuales del sudeste asiático, principalmente en Tailandia, donde el índice de infección ya llega al 30%. Lo mismo está sucediendo en este grupo de mujeres de África y Latinoamérica.

En este momento el virus se está propagando con mayor frecuencia en relaciones heterosexuales (de hombre a mujer o de mujer a hombre).

Las personas que están en mayor riesgo de contraer el virus del SIDA y transmitirlo a otros son aquellas que tienen enfermedades sexuales (venéreas). El riesgo aumenta hasta un 13% en aquellas que manifiestan úlceras (sífilis, chancro, herpes) y del 4 al 7% en aquellas que producen secreciones o pus (gonorrea, clamidia y otras).

La incidencia de bebés afectados también se está incrementando en la misma proporción que las mujeres. Se dice que, hasta fines de esta década, las tasas de mortalidad infantil llegaran hasta el 50% por causa del SIDA en varias regiones del planeta, principalmente en los países del Tercer Mundo.

Un aspecto que llama la atención es la relación que hay entre el SIDA y otras enfermedades contagiosas. De todas ellas la que más preocupa es la tuberculosis, que se manifiesta de forma exagerada e invasiva en pacientes afectados por el SIDA. En estos momentos por lo menos 4 millones de adultos tienen el virus del SIDA y también el microbio que causa la tuberculosis; es decir, un número elevado de personas que tiene una

gran posibilidad de que sea la tuberculosis la principal complicación una vez que se debiliten las defensas orgánicas.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), en algunos grandes hospitales urbanos del África, del 60 al 80% de los adultos internados son por causa del SIDA.

1.3. OBJETIVOS DE LA PRÁCTICA DIRIGIDA:

OBJETIVO GENERAL

Desarrollar un programa de salud reproductiva orientado a la prevención de enfermerdades y promoción de estilos de vida sanos en estudiantes de VI grado de educación general básica en la escuela del barrio San Roque de Liberia.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Identificar los intereses, actitudes y necesidades de atención en salud reproductiva.
2. Elaborar un programa educativo acorde con las necesidades detectadas en los estudiantes seleccionados en la escuela de San Roque.
3. Desarrollar el programa de educación diseñado para los y las estudiantes escogidos.
4. Evaluar los resultados del programa educativo.

CAPÍITULO II

METODOLOGÍA

2. METODOLOGÍA

2.1. LUGAR DE LA PRÁCTICA DIRIGIDA

La presente práctica dirigida se realizó en la escuela del barrio San Roque de Liberia, Guanacaste, ubicada en el distrito primero del cantón Liberia, durante el mes de abril y mayo de 1999.

2.2. POBLACIÓN CON LA QUE SE REALIZÓ LA PRÁCTICA DIRIGIDA:

Esta práctica se efectuó con la participación de los adolescentes de sexto grado de la escuela del barrio San Roque.

La muestra está constituida por dos grupos con un total de 63 alumnos, 26 hombres y 37 mujeres, cuyas edades oscilan entre los 11 y 15 años. Los adolescentes proceden en su totalidad del barrio San Roque.

La escuela cuenta con un equipo de docentes constituido por la Directora, 31 profesores en total de educación primaria, 5 maestros de materias especiales (1 profesor de música, 3 profesores de inglés, 1 de religión) y 1 de aula integrada.

2.3. ASPECTOS GEOGRÁFICOS DEL BARRIO SAN ROQUE:

La comunidad de San Roque se ubica en el distrito primero del cantón Liberia y ocupa la parte noreste de la ciudad.

Territorialmente limita: al sur con la quebrada del seguro, al oeste con la carretera Interamericana, al noreste con el caserío del Gallo.

Actualmente en la periferia se han ubicado asentamientos que han adquirido anatomías de barrios independientes, tales como INVU, IMAS, CURIME, Corazón de

Jesús, Buenos Aires, Nazareth, por lo que sus límites son los siguientes: al norte y al este con la quebrada de Los Piches, al sur con el INVU y CURIME, y al este con IMAS, La Guaria y el Cementerio.

San Roque tiene una población aproximada de 5.000 habitantes, y su extensión es de 30 manzanas.

2.4. METODOLOGÍA:

En la ejecución de la presente práctica dirigida, tipo taller, se aplicó la metodología participativa ya que en ella se describen datos en las propias palabras de las personas, habladas o escritas, y en su conducta observable. Participativa ya que se pretende modificar aquellas aptitudes arraigadas socialmente y que atenten contra el desarrollo óptimo de las adolescentes y los adolescentes, y fortalecer conductas protectoras que se conviertan en agentes preventivos de situaciones riesgosas. Además, porque se propone desarrollar habilidades y destrezas que les permitan al joven y a la joven enfrentar con éxito los problemas que en materia de salud reproductiva tuviera que encarar en el futuro.

FASES DEL PROCEDIMIENTO METODOLÓOGICO:

La metodología de la práctica dirigida es subdividió en:

I FASE: COORDINACIONES:

Comunicación personal con la Directora del Centro Educativo para darle a conocer los objetivos y actividades que contempla el desarrollo de la práctica dirigida. Posteriormente se hizo una reunión con los docentes de sexto grado para discutir sobre los requerimientos que en materia de salud reproductiva presentan los jóvenes.

Además, se llegó a un acuerdo sobre las diferentes técnicas para implementar la práctica dirigida y se hizo de su conocimiento cada una de las etapas en las que se llevó a cabo el programa.

II FASE: DIAGNÓSTICO:

Esta fase de la investigación se inició realizando una breve introducción sobre salud reproductiva a los alumnos participantes de parte de los facilitadores. Posteriormente se abrió un debate en el que los jóvenes manifestaron sus inquietudes acerca de la salud reproductiva en la adolescencia. Luego se anotaron en la pizarra las ideas o temas y se procedió a sistematizarlos. Se seleccionaron los de mayor interés de acuerdo con una votación democrática por orden de prevalencia. Luego de escogidos los temas, se procedió a realizar una discusión dirigida con los adolescentes para identificar los requerimientos de cada unidad y de esta manera planificar el contenido de cada una de ellas.

III FASE: PLANIFICACIÓN DEL DISEÑO INSTRUCCIONAL:

Esta fase se convierte en un elemento formativo de los jóvenes participantes ya que la orientación de cada una de las unidades responde a las inquietudes planteadas en la etapa de diagnóstico del proyecto.

IV FASE: EVALUACIÓN:

La etapa de evaluación se subdividió en dos fases. La primera consistió en la evaluación propia de cada unidad al finalizar cada una de las sesiones se haría una evaluación solicitando a los participantes que respondan por escrito a la pregunta: ¿Qué aprendí hoy?, según la temática de cada unidad.

La segunda fase consistió en la evaluación del programa taller en sí, la cual se realizó a través de un cuestionario. (Véase Anexo 4)

UNIVERSIDAD DE COSTA RICA

ESCUELA DE ENFERMERÍA

LICENCIATURA SALUD DE LA MUJER Y PERINATOLOGÍA

PRÁCTICA DIRIGIDA DE GRADUACIÓN

TÍTULO DEL PROGRAMA

"PROGRAMA DE SALUD REPRODUCTIVA PARA ALUMNOS DE SEXTO GRADO DE LA ESCUELA SAN ROQUE DE LIBERIA, GUANACASTE, EN LOS MESES DE ABRIL Y MAYO DE 1999"

FACILITADORES:

BACH. GUILLERMO ÁLVAREZ V.

BACH. YENDRY MARTÍNEZ A.

LICDA. MIRTHA ROCHA G.

SAN JOSÉ, COSTA RICA

JUNIO, 1999

PROGRAMA DE SALUD REPRODUCTIVA PARA ALUMNOS DE SEXTO GRADO DE LA ESCUELA DE SAN ROQUE DE LIBERIA

ABRIL-MAYO 1999

Duración: 3 semanas.

Tiempo total: 25 horas, 30 minutos.

A. Descripción del curso:

Este curso está conformado por cinco unidades didácticas, que permitieron al participantes adquirir conocimientos de lo más general a lo más específico. Fue dirigido a los estudiantes de sexto grado de la escuela de San Roque.

Con esta actividad los participantes adquirirán los conocimientos necesarios para prevenir situaciones que podrían afectar el desarrollo durante la adolescencia.

Se tratarán aspectos sobre adolescencia y desarrollo psicofísico, autoestima y género, métodos anticonceptivos, embarazo en la adolescencia y enfermedades de transmisión sexual y SIDA.

B) Justificación y conceptualización del curso:

La adolescencia es un período fundamental en la vida de las personas, donde surgen características tanto físicas como psicológicas que el adolescente debe comprender para desarrollar y enfrentar la angustia y ansiedad que estos cambios conllevan para que sean manejados con seguridad y fortalecimiento de su autoestima.

Es necesario que conozcan su cuerpo y llamen a cada órgano con su nombre correcto, además, de aclarar dudas sobre procesos fisiológicos fundamentales, como

menstruación y eyaculación, que permitirán comprender mejor la etapa del desarrollo que están viviendo y su futuro al "vivir" de su propia sexualidad.

La autoestima es fundamental en esta etapa de la vida se nace con ella; esta se hace y se construye día a día con todas las acciones, ya sean positivas o negativas, que vengan del medio externo. Una buena autoestima le permite al individuo desarrollarse, comprenderse a sí mismo y a los demás y manejar los problemas que acarrea la adolescencia, con seguridad y tranquilidad.

Durante la adolescencia, el joven enfrenta varios retos, entre ellos el aprende a vivir consigo mismo como una persona sexuada y el de aprender a cuidar de sí por su propia cuenta identificando las conductas que afectan su salud.

Se despierta un interés muy grande en la sexualidad y cada descubrimiento de sensaciones nuevas invita a seguir avanzando en su exploración. Además del desarrollo de sus caracteres sexuales secundarios que son motivo de reconocimiento social, como índices de masculinidad/femineidad, el adolescente se encuentra con el desarrollo de otra capacidad; la reproductiva. Muchos adolescentes no avanzan hasta las relaciones sexuales; pero los que sí lo hacen, muchas veces es sin la conciencia acerca de la necesidad de protegerse de las enfermedades de transmisión sexual y de embarazo no deseados.

Los embarazos en las adolescentes representan un fenómeno socioeconómico preocupante. Frecuentemente se perciben resultados verdaderamente trágicos y lamentables: abortos (legales), maltratos físicos a niños o abandono de estos, mortalidad,

interrupción de los estudios, expulsión del hogar, suicidios, prostitución o constitución de familias inestables.

La sexualidad es aprendida y, por lo tanto, se puede modificar. La capacidad de reconocer los estereotipos sexuales, que oprimen a los adolescentes y las adolescentes, conduce al desarrollo de métodos y contenidos de información y educación que ayudan a formar mujeres y hombres capaces de desarrollarse a plenitud sin descuidar su compromiso de responsabilidad social.

C. Objetivo general:

Al concluir el programa, los estudiantes estarán en la capacidad de asumir una actitud positiva responsable e integrar aspectos de salud reproductiva expuestos en el presente programa.

D. Objetivos específicos:

1.1. Analizar el concepto de adolescencia.

1.2. Describir las etapas de la adolescencia.

1.3. Conocer los cambios físicos y psicológicos que ocurren durante la adolescencia.

1.4. Analizar anatomía y fisiología de los órganos reproductores femeninos y masculinos.

1.5. Analizar el concepto de sexualidad.

2.1. Analizar los conceptos de autoimagen, autoconcepto y autoestima.

2.2. Identificar habilidades y limitaciones de sí mismos.

2.3. Favorecer conductas que incrementen la autoestima del adolescente.

2.4. Definir género.

2.5. Asumir el principio que la mujer y el hombre son seres humanos dignos que deben buscar conjuntamente su realización personal.

3.1. Reconocer los diferentes métodos anticonceptivos.

3.2. Aprender cómo usar correctamente el condón.

4.1. Los estudiantes serán capaces de describir el proceso de fecundación y embarazo.

4.2. Examinar las situaciones facilitadoras del embarazo en la adolescencia

4.3. Analizar las consecuencias físicas y psicológicas del embarazo en la adolescencia y la importancia de las medidas preventivas.

E. Unidades del curso:

I Unidad: Adolescencia y desarrollo psicofísico.

II Unidad: Autoestima y género.

III Unidad: Métodos anticonceptivos.

IV Unidad: Embarazo y adolescencia.

V Unidad: Enfermedades de transmisión sexual y SIDA.

F. Descripción de las unidades:

I Unidad: Adolescencia y desarrollo psicofísico. Esta unidad comprende la definición del concepto de la adolescencia, etapas de la adolescencia, cambios físicos y psicológicos de la adolescencia, órganos reproductores masculinos y femeninos (anatomía y fisiología), sexualidad, identidad sexual, mitos.

II Unidad: Autoestima y género: En ella se analizarán los conceptos de autoimagen, autoconcepto y autoestima, además se identificarán habilidades y limitaciones de sí

mismos. También se brindarán aspectos para favorecer conductas que incrementen la autoestima del adolescente y la igualdad entre hombres y mujeres dentro del principio "Antes que hombre o mujer, persona".

III Unidad: Métodos anticonceptivos: En esta unidad se analizará el concepto de métodos anticonceptivos y se seguirá con la descripción de los diferentes métodos, efectos secundarios, demostración de la utilización de cada método, recomendaciones.

IV Unidad: Embarazo y adolescencia: En esta unidad se describirá el proceso de fecundación y embarazo, síntomas físicos, situaciones facilitadoras del embarazo en la adolescencia, consecuencias psicológicas del embarazo en la adolescencia.

V Unidad: Enfermedades de transmisión sexual y SIDA: En esta unidad se identificarán las enfermedades sexualmente transmisibles más comunes, origen, sintomatología, SIDA, formas de contagio, medidas preventivas.

G. Metodología:

La metodología de aprendizaje que se seguirá en esta actividad educativa será la enseñanza grupal participativa, utilizando diferentes metodologías en cada unidad para asegurar que el proceso de enseñanza aprendizaje sea dinámico y el adolescente sea el actor "estelar".

Se utilizarán dinámicas introductorias de cada unidad, cineforum, construcción de "papelógrafos", discusiones dirigidas, exposiciones ilustradas con ayudas audiovisuales; además, se harán demostraciones de procedimientos (por ejemplo, uso correcto del condón).

Diseño instruccional del programa de capacitación en salud reproductiva para los adolescentes y las adolescentes de sexto grado de la escuela del barrio San Roque, Liberia, Guanacaste.

I. Unidad: Adolescencia y desarrollo psicofísico

Objetivo general: Analizar los cambios que suceden en el desarrollo psicofísico del adolescente
Fecha: 13-14 de abril de 1999 **Tiempo total:** 4 horas, 40 minutos

OBJETIVO ESPECÍFICO	CONTENIDO	METODOLOGÍA	RECURSOS	TIEMPO	EVALUACIÓN
Analizar el concepto de adolescencia.	• Adolescencia.	• Se entregará una hoja de papel en blanco y se solicitará que completen la frase: "Cuando escucho la palabra adolescencia, pienso en:" • Cinefórum: "La Adolescencia". • Expositiva (entrega resumen).	• Hoja blancas • Pizarra • Tiza • Televisor • VHS • Vídeo • Retroproyector • Láminas.	• 20 minutos	• Análisis de las respuestas en discusión dirigida.
Describir las etapas de la adolescencia.	• Etapas de la adolescencia.	• Expositiva (entrega resumen).	• Retroproyector • Láminas	• 80 minutos	• Preguntas y respuestas.
Conocer los cambios físicos y psicológicos que ocurren durante la adolescencia.	• Cambios físicos y psicológicos del adolescente • Características sexuales primarias. • Características sexuales secundarias.	• Cinefórum "La Paloma Azul" • Discusión • Dinámica "Dibujando un cuerpo que cambia". • Expositiva (entrega resumen).	• Papel periódico. • Marcadores • Cinta adhesiva.	• 90 minutos	

OBJETIVO ESPECÍFICO	CONTENIDO	METODOLOGÍA	RECURSOS	TIEMPO	EVALUACIÓN
Describir los órganos reproductores masculinos y femeninos. Analizar anatomía y fisiología de los sistemas reproductores femeninos y masculinos.	Órganos reproductores masculinos: • Anatomía • Fisiología i. Erección ii. Eyaculación • Higiene Órganos reproductores femeninos. • Anatomía • Fisiología i) Menstruación ii) Ciclo menstrual • Ciclo de respuesta sexual femenino y masculino.	• Expositiva (entrega resumen). • Plenaria	• Transparencias • Proyector	• 60 minutos	
Analizar el concepto de sexualidad. Definir relación sexual Definir relación genital.	• Sexualidad • Relación sexual • Relación genital.	• Expositiva (entrega resumen)	Transparencias Proyector		
Analizar alternativas que tiene el o la joven para ejercer su sexualidad.	• Heterosexualidad • Homosexualidad.	• Expositiva (entrega resumen)	• Transparencias • Proyector		

OBJETIVO ESPECÍFICO	CONTENIDO	METODOLOGÍA	RECURSOS	TIEMPO	EVALUACIÓN
Analizar mitos y realidades relacionados con la sexualidad.	• Mitos y realidades • Masturbación	• Expositiva (entrega resumen)	• Transparencias • Proyector	• 30 minutos	• ¿Qué aprendí hoy?
Identificar las funciones de la sexualidad.	• Reproductiva • Placer • Comunicación	• Expositiva (entrega resumen)			
Evaluar la unidad	• Pregunta	• Pregunta abierta	• Hojas de papel • Lápiz		

Diseño instruccional del programa de capacitación en salud reproductiva para los adolescentes y las adolescentes de sexto grado de la escuela del barrio San Roque, Liberia, Guanacaste.

II. Unidad. Sub-unidad: Autoestima

Objetivo general: Fortalecer la autoestima de los adolescentes.

Fecha: 19 de abril de 1999 **Tiempo total:** 80 minutos

OBJETIVO ESPECÍFICO	CONTENIDO	METODOLOGÍA	RECURSOS	TIEMPO	EVALUACIÓN
Analizar los conceptos: autoimagen autoconcepto y autoestima.	Concepto de: • autoimagen • autoconcepto y • autoestima.	• Expositiva.	• Retroproyector • Filminas • Facilitadores.	• 25 minutos	• Participación activa.
Identificar habilidades y limitaciones de sí mismos.	• Cosas positivas y negativas de la autoestima.	• Dinámica: La Maleta de la Vida. Se le distribuirá a cada adolescente una hoja con una maleta y un baúl, se pide que escriban en el baúl lo que "dejo" y en la maleta "lo que me llevo". Se indica al grupo que imaginen que van a realizar un viaje muy especial, el viaje de su vida, y que necesitan hacen una maleta muy especial para que viajen con éxito, así tendrán que identificar en sí mismos las características más positivas, descartando las negativas, las cuales deberán ser guardadas en el baúl.	• Facilitadores • Hojas con un dibujo de una maleta y un baúl.	• 30 minutos.	• Participativo.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	CONTENIDO	METODOLOGÍA	RECURSOS	TIEMPO	EVALUACIÓN
Favorecer conductas que incrementen la autoestima del adolescente. Evaluar los conocimientos obtenidos de la unidad.	• La docena mágica de la autoestima.	• Expositiva (entrega resumen).	• Filminas. • Retroproyector • Facilitadores	• 15 minutos • 10 minutos	Los adolescentes responderán la pregunta: ¿Qué aprendí hoy?

Diseño instruccional del programa de capacitación en salud reproductiva para los adolescentes y las adolescentes de sexto grado de la escuela del barrio San Roque, Liberia, Guanacaste.

II. Unidad. Subunidad : Género

Objetivo general: Analizar la teoría del género.

Fecha: 19 de abril de 1999 **Tiempo total:** 1 hora 45 minutos

OBJETIVO ESPECÍFICO	CONTENIDO	METODOLOGÍA	RECURSOS	TIEMPO	EVALUACIÓN
Conocer la información que tienen los adolescentes sobre el género.	• Género.	• Dinámica participativa: ¿Qué es ser hombre? ¿Qué es ser mujer? • Se formarán grupos de mujeres y varones e, inversamente, se solicitará a los varones que respondan qué es ser mujer y a las mujeres qué es ser hombre. • Se expondrán en la pizarra.	• Papel periódico. • Marcadores.	• 40 minutos.	• Exposición de los "papelógrafos".
Definir género.	• Teoría del género. • Generalidades. • Características. • Identidad.	Expositiva (entrega resumen).	• Retroproyector • Filminas • Pantalla.	• 20 minutos	• Preguntas y respuestas.
Asumir el principio de que la mujer y el hombre son seres humanos dignos que deben buscar conjuntamente su realización personal.	• Hombre-mujer con una perspectiva de igualdad.	Expositiva (entrega resumen).	• Retroproyector • Filminas • Pantalla	• 30 minutos	• Discusión grupal

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	CONTENIDO	METODOLOGÍA	RECURSOS	TIEMPO	EVALUACIÓN
Evaluar los conocimientos obtenidos de la unidad.				• 15 minutos	• Responderán la pregunta: ¿Qué aprendí hoy?

Diseño instruccional del programa de capacitación en salud reproductiva para los adolescentes y las adolescentes de sexto grado de la escuela del barrio San Roque, Liberia, Guanacaste.

III. Unidad. Anticoncepción

Objetivo general: Analizar con los adolescentes los métodos anticonceptivos.

Fecha: 20 de abril de 1999 **Tiempo total:** 1 hora 45 minutos

OBJETIVO ESPECÍFICO	CONTENIDO	METODOLOGÍA	RECURSOS	TIEMPO	EVALUACIÓN
Identificar los conocimientos que tienen los adolescentes sobre los métodos anticonceptivos.	• Dinámica.	• Los estudiantes se reunirán en sub grupos que se harán enumerándolos del 1 al 6, luego ellos en cada grupo discutirán la siguiente frase: ¿Qué debo hacer para evitar un embarazo? Posteriormente un representante de cada grupo expondrán los resultados.	• Papel periódico. • Marcadores • Cinta adhesiva.	• 30 minutos	• Análisis de los resultados.
Reconocer los diferentes métodos anticonceptivos.	• Definición. • Condón • Espumas, jaleas, tabletas, óvulos vaginales, espermaticidas. • La píldora • DIU • Efectos secundarios. • Recomendaciones.	Expositiva (se entregará resumen).	• Filminas • Retroproyector • Diferentes métodos anticonceptivos. • Facilitadores.	• 1 hora	• Preguntas y respuestas.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	CONTENIDO	METODOLOGÍA	RECURSOS	TIEMPO	EVALUACIÓN
Aprender cómo usar correctamente el condón.	• Procedimiento del uso correcto del condón. • Diferentes tipos de condones.	• Se pasará el procedimiento del uso correcto del condón por parte de la facilitadora; luego se solicitarán voluntarios para repasar el procedimiento y aclarar dudas.	• Maqueta de un pene. • Preservativos. • Facilitadora • Alumnos.	• 45 minutos.	Se realizará cuando ellos repasen el procedimiento.
Evaluar los conocimientos adquiridos de la unidad.	• Métodos anticonceptivos.	• Se les pedirá a los alumnos que escriben en la hoja en blanco que se les entregará la respuesta a la siguiente pregunta: ¿Qué aprendí hoy?	• Hojas blancas. • Lapicero • Alumnos	• 15 minutos	• Por el análisis de las respuestas.

Diseño instruccional del programa de capacitación en salud reproductiva para los adolescentes y las adolescentes de sexto grado de la escuela del barrio San Roque, Liberia, Guanacaste.

IV. Unidad. Embarazo y adolescencia.

Objetivo General: Analizar las causas y consecuencias del embarazo en adolescentes.

Fecha: 27 de abril de 1999 **Tiempo total:** 2 horas 35 minutos

OBJETIVO ESPECÍFICO	CONTENIDO	METODOLOGÍA	RECURSOS	TIEMPO	EVALUACIÓN
Identificar los conocimientos que tienen los jóvenes sobre el embarazo en la adolescencia.	• Embarazo en adolescentes.	• Se subdividirá el grupo en pequeños grupos mixtos y se les pedirá que analicen la siguiente pregunta: ¿por qué las adolescentes se embarazan? Luego un representante de cada grupo presentará los resultados.	• Facilitadores • Estudiantes • Papel periódico • Cinta adhesiva.	• 30 minutos	• Presentación de grupos.
Describir el proceso de fecundación y embarazo.	• Definición de embarazo: • Fecundación. • Desarrollo embrionario y fetal. • Parto • Aborto	• Expositiva. • Se pasará el vídeo del parto. • Se pasará el vídeo del aborto.	• Filminas • Retroproyector • Maquetas de fetos. • Vídeos • Televisor • VHS	• 45 minutos	• Preguntas y respuestas.
Identificar los síntomas físicos del embarazo.	• Síntomas físicos del embarazo.	Expositiva (se entregará resumen).	• Facilitadora • Cinta adhesiva.	• 15 minutos.	• Preguntas y respuestas.
Examinar las situaciones facilitadoras del embarazo en la adolescencia.	• Situaciones facilitadoras del embarazo en la adolescencia.	Expositiva (se entregará resumen)	• Facilitadora • Filminas • Retroproyector	• 15 minutos	• Preguntas y respuestas.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	CONTENIDO	METODOLOGÍA	RECURSOS	TIEMPO	EVALUACIÓN
Analizar las consecuencias físicas y psicológicas del embarazo en la adolescencia.	• Consecuencias del embarazo en la adolescencia.	• Se realizará un Cinefórum. • Se pasará el vídeo: "Ana María una adolescente embarazada". • Posteriormente se realizará una discusión con los adolescentes.	• Televisor • VHS • Vídeo • Facilitadora • Alumnos	• 45 minutos	Discusión del vídeo.
Evaluar los conocimientos de la unidad.		• Se les entregará a cada uno una hoja en blanco para que respondan la siguiente pregunta: ¿Qué aprendí hoy?	• Hojas blancas. • Lapicero. • Alumnos	• 15 minutos.	• Análisis de las respuestas.

/Diseño instruccional del programa de capacitación en salud reproductiva para los adolescentes y las adolescentes de sexto grado de la escuela del barrio San Roque, Liberia, Guanacaste.

V. Unidad. Enfermedades de transmisión sexual y SIDA.

Objetivo General: Analizar las enfermedades de transmisión sexual y SIDA con los adolescentes y las adolescentes.

Fecha: 26 de abril de 1999 **Tiempo total:** 5 horas

OBJETIVO ESPECÍFICO	CONTENIDO	METODOLOGÍA	RECURSOS	TIEMPO	EVALUACIÓN
Identificar los conocimientos que tienen las adolescentes y los adolescentes sobre las enfermedades de transmisión sexual.	Enfermedades de transmisión sexual: • Sífilis • Gonorrea • Chancro • Condiloma • Herpes • SIDA	• Se formarán grupos y se les entregará a cada uno una tarjeta con el nombre de cada una de estas enfermedades y se les pedirá que comenten lo que saben sobre lo que les correspondió.	• Tarjetas de colores con los nombres de las enfermedades. • Papel periódico. • Marcadores • "Masking" tape.	• 30 minutos	• Resultados de la dinámica.
Identificar las enfermedades sexualmente transmisibles más comunes, reconociendo su origen y sintomatología.		Expositiva Participativa	• Láminas a colores • Retroproyector • Diapositivas • Pantalla	• 1 hora	• Sesión de preguntas y respuestas.
Analizar el SIDA.	• Definición de SIDA	• Observar el vídeo: "Los Niños karatecas".	• Diapositivas • Retroproyector • Pantalla • Pizarra.		

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	CONTENIDO	METODOLOGÍA	RECURSOS	TIEMPO	EVALUACIÓN
Identificar las formas de contagio y la importancia de las medidas de prevención.	• Sistema inmunológico y la forma como el SIDA lo afecta. • Cómo se transmite el SIDA. • Medidas de prevención.	• Discusión de grupo • Presentación con diapositivas por los facilitadores. • Discusión			• ¿Qué aprendí hoy?
Evaluar los conocimientos adquiridos.	• Enfermedades de transmisión sexual y SIDA.	• Se les repartirán papeles (hojas) individualmente y se les pedirá que contesten la siguiente pregunta: ¿Qué aprendí hoy?	• Hojas de papel "bond". • Lapiceros.	• 30 minutos	• Se analizarán las respuestas de los adolescentes.

CAPÍTULO III

RESULTADOS

DE LA

PRÁCTICA DIRIGIDA

3. RESULTADOS

Este capítulo corresponde a la presentación y análisis de los resultados obtenidos en la implementación de la práctica dirigida.

3.1. Los siguientes datos representan las características de la población estudiada:

3.1.1. Cuadro N°1

Grupo de edad según frecuencia estudiantes de sexto grado, escuela barrio San Roque, Liberia, Guanacaste en los meses de abril y mayo de 1999

GRUPO DE EDAD	N° DE ESTUDIANTES Absoluto
11 a menos de 13 años	54
13 a menos de 15 años	7
más de 15 años	2
Total	63

Fuente: Instrumento evaluación del programa salud reproductiva, escuela barrio San Roque, Liberia, Guanacaste, 1999.

1.2. Cuadro N°2

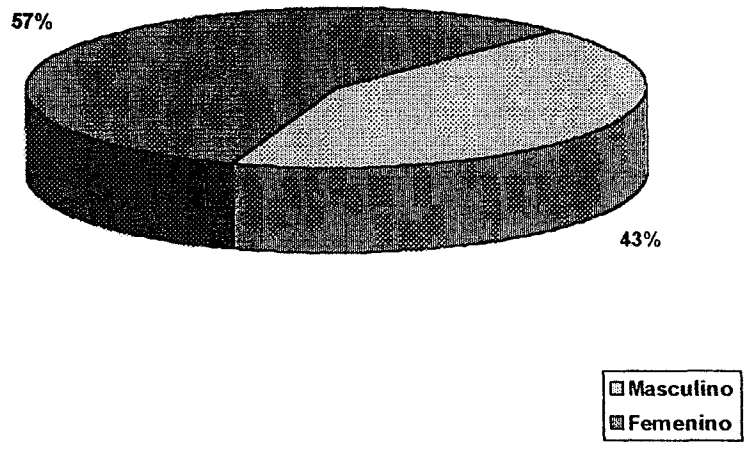
Distribución de los estudiantes de sexto grado, según sexo. Escuela barrio San Roque, Liberia, Guanacaste en los meses de abril y mayo de 1999

SEXO	N° DE ESTUDIANTES Absoluto
Masculino	27
Femenino	36
Total	63

Fuente: Instrumento evaluación del programa salud reproductiva, escuela barrio San Roque, Liberia, Guanacaste, 1999.

GRÁFICO N°1

Distribución de la muestra de estudiantes según sexo. Escuela barrio San Roque, Liberia, Guanacaste, 1999



Para el desarrollo del programa de salud reproductiva es relevante destacar que la distribución por sexo de la población corresponde prácticamente a un 60% femenino y un 40% masculino. Situación concordante con la tendencia a nivel nacional, de mayor presencia femenina en las aulas.

El sistema educativo, como agente reproductor de valores, normas, creencias y actitudes, interviene en la construcción de las desigualdades sociales y particularmente las que atañen a las relaciones entre mujeres y hombres, moldeando desde muy temprana edad la forma de concebir la realidad social, las reglas de su funcionamiento, así como los valores y principios que ordenan y regulan la convivencia humana.

A pesar de las iniciativas y esfuerzos que el Gobierno ha desarrollado para erradicar las prácticas discriminatorias, aún persiste en el sistema educativo costarricense la reproducción de los papeles tradicionales para mujeres y hombres que originan situaciones de desventaja y desigualdad entre los sexos.

3.2. Resultados del diagnóstico:

El diagnóstico se realizó a través de una lluvia de ideas, donde los estudiantes opinaron a cerca de los temas de mayor interés, como se puede observar en el siguiente cuadro: (En votación democrática, tres opciones en orden de preferencia).

TEMA	Nº AB.	%
Sexualidad	26	14%
Adolescencia	26	14%
SIDA	21	11%
Desarrollo y adolescencia	21	11%
Métodos anticonceptivos	17	9%
Enfermedades de t. sexual	17	9%
Autoestima	15	8%
Embarazo	15	8%
Género	13	7%
Aborto	7	4%
Agresión	4	2%
Drogadicción	4	2%
Abuso	2	1%
Total	189	100%

Como se puede observar en la tabla, y al mismo tiempo refiriéndonos a la justificación del presente trabajo, podemos mencionar que los temas que fueron preferidos por los adolescentes corresponden a los que representan los mayores problemas en el diario vivir del joven contemporáneo.

3.3. Resultados del programa:

Los datos obtenidos a través de la implementación del programa se analizaron en función de la temática desarrollada, en que se expresan las inquietudes, actitudes y conductas del grupo de adolescente, para lo cual se clasificaron en cinco categorías que a continuación se exponen:

3.3.1. Adolescencia y desarrollo psicofísico:

En esta unidad se analizó el concepto de adolescencia. Al exponérsele en forma escrita al estudiante: *"Cuando escucho la palabra adolescencia pienso en..."*, debían contestar lo que opinaban sobre la palabra generadora.

Del total de los 63 jóvenes solamente contestaron 37, de acuerdo con el siguiente listado:

Respuestas según orden de frecuencia	
Paso de la niñez a la adultez	10
No a las drogas	8
Ayudar en la casa	5
Pubertad	4
Hacer las cosas bien	2
Relaciones sexuales	2
Desarrollo humano	2
Noviazgo	2
Fumar-alcoholismo	2
Total	37

De ese total que contestaron, 10 jóvenes se acercaron a lo que es el proceso de la adolescencia, otros lo asocian al tipo de vida que se desarrolla en su entorno, comienzan a fumar, tomar licor, etc. Los demás tienen una idea confusa, como puede visualizarse en el cuadro anterior, a pesar de que están en ese cambio generacional,, no tienen claro el concepto; los jóvenes expresaron no saber. En las etapas de la adolescencia, los jóvenes presentaron ejemplos de la vida diaria y de las costumbres actuales; por ejemplo, el uso de aretes en los varones, tatuajes y pelo largo. Como se logra observar, están en la etapa en que se inicia la elaboración de la identidad y en que se da un sometimiento a la cultura juvenil, según la teoría de los pilares del desarrollo psicológico del adolescente.

Al presentar el tema de los cambios físicos y psicológicos en la adolescencia, se les indicó que formaran sub-grupos mixtos y que dibujaran una silueta del cuerpo humano en una lámina de papel periódico de tamaño normal. Se observó negatividad por parte de las mujeres para participar y además manifestaron timidez en sus expresiones como: *"¿Cómo lo hago?"*, *"¡No me dibujen ahí!"*.

Luego de haber hecho los esquemas corporales los estudiantes dibujaron los órganos internos de acuerdo con el sexo. Lo que pudo observarse fue que a algunos adolescentes les fue difícil identificarlos por el nombre correcto; por ejemplo: al clítoris en el lenguaje popular lo conocen como "pirigallo". También pudo notarse que no diferencian el concepto de vulva y vagina.

Con respecto a los cambios psicológicos se realizó un análisis. Quienes más expresaron sentimientos negativos fueron las muchachas ya que manifestaron que sus padres *"no las dejan salir ni tener novio, ni compartir con amigos"*, que sólo a ellas se les fija el horario a la casa; por ejemplo, una joven externó: *"lo que a mi me molesta es que mis papás sí dejan a mi hermano llegar tarde a la casa, a las siete de la noche, y a mi a las cinco de la tarde"*, lo cual establece que en esta etapa se dan diferencias en la formación de los hijos de acuerdo con el sexo. Según Méndez, se proponen como naturales los patrones de comportamiento diferenciales entre hombres y mujeres, los cuales llevan a asumir sin cuestionar papeles sexistas y a poner a la mujer en situación de desventaja y marginación con respecto al hombre.

Con la exposición de este tema se presentó el vídeo "La Paloma Azul", en la cual se exponen todos los cambios que se dan durante la adolescencia. La producción de los espermatozoides, la erección, la actividad sexual, etc.; todo esto en dibujos animados. Durante la proyección se observaron muchas actitudes, como morbosidad, risas, murmuraciones, ruborización en casi todos los alumnos, incluyendo los educadores. Este video provocó impacto.

En la anatomía y fisiología de los sistemas reproductores se observó en los jóvenes que el comportamiento general fue demostrar mucho interés.

EVALUACIÓN

Al finalizar esta categoría se les solicitó que contestaran a la pregunta: ¿Qué aprendí hoy sobre la adolescencia. Las respuestas de los jóvenes fueron las siguientes:

OPINIONES	APRENDIZAJE
"La sexualidad Dios la dio para todo el mundo, pero no para juego de adolescentes".	*"Qué es el clítoris y dónde está".*
"La masturbación no vuelve loco a nadie".	*"Que lo de afuera de la mujer se llama vulva".*
"Sin eyacular ya se puede dejar embarazada".	*"Cómo ocurre la menstruación".*
"Se puede quedar embarazada en la primera relación genital".	*"Cómo ocurre la erección".*
"Debemos ser responsables de la sexualidad, con protección".	
"El sexo es muy delicado puede ocurrir una desgracia".	
"Es mejor esperar para no ser madre antes de tiempo".	
"Todavía soy muy pequeña pero llegaré a mayor".	
"Con el sexo no se juega".	
"Es muy importante estar preparados para la sexualidad".	
"Los jóvenes piensan que están muy maduros y pueden hacer muchas cosas, no debemos tener relaciones tan jóvenes".	

3.3.2. Autoestima:

Al planteárseles los conceptos de autoestima, autoimagen y autoconcepto, se nota que no dominan o conocen el significado de cada uno de ellos, por lo que para una mejor comprensión de los términos se utilizó la dinámica "La maleta de la vida" la cual tenía como fin medir sus alcances y limitaciones (Véase anexo 5). Los chicos anotaron sus alcances y limitaciones.

Al conocer lo que se pueden llevar en la maleta:	**Limitaciones: lo que dejaban en el baúl:**
• Honestidad • Honradez • Amabilidad • Sinceridad • Respeto • Inteligencia	• Las mentiras. • Drogas • Robar • Egoísmo • Indisciplina • Envidia • Odio • Chismes • Irrespeto • Vocabulario

Género:

Con respecto al concepto de género, al preguntarles a los jóvenes sobre su definición, ninguno de los participantes respondió. Se procedió a realizar la dinámica planeada: ¿Qué es ser hombre, qué es ser mujer? Se formaron grupos de hombres y mujeres. A las mujeres se les pidió definir "hombre", y a los varones definir qué es mujer.

Los resultados de esta dinámica llaman mucho la atención por los tipos de respuesta y se puede correlacionar con esta a la referencia de los educadores acerca de los jóvenes: *La mayoría de ellos provienen de hogares desintegrados".*

Los resultados de la dinámica "qué es ser hombre qué es ser mujer" se clasificaron según criterio en positivos y negativos:

QUÉ ES SER MUJER		QUÉ ES SER HOMBRE	
POSITIVOS	**NEGATIVOS**	**POSITIVOS**	**NEGATIVOS**
Amable	chismosas	trabajador	machistas
importante	alborotadas	varonil	desordenados
inteligente	descuidadas	amantes	traicioneros
comprensiva	traicioneras	amorosos	celosos
trabajadora	cochinas	bonitos	mujeriegos
responsable	venden su cuerpo	guapos	drogadictos
ama de casa	dan vuelta	educados	alcohólicos
pare	abortan	amables	agresivos
cuida niños	irresponsables	respetuosos	
corrige errores	egoístas	serviciales	
plancha y lava ropa	alcohólicas	buen padre	
compañera del hombre		capaz de educar los hijos	
		lleva alimentos al hogar	
		ayudan a la mujer en la casa	

- Los aspectos positivos expresados por los varones están asociados al papel materno.
- En las respuestas de las jóvenes se visualiza un mayor erotización de los conceptos, al contrario de lo ocurrido con las respuestas de los hombres, situación que se puede

asociar teóricamente a que *"el desarrollo puberal en las mujeres se inicia por lo general dos años antes que en los varones"*. Se puede correlacionar con la referencia de los educadores de los jóvenes: "L*a mayoría de ellos provienen de hogares desintegrados"*.

Para complementar ese tema, los jóvenes, al finalizar la presentación, respondieron la siguiente pregunta ¿Qué aprendí hoy sobre el tema autoestima y género? Contestaron de la siguiente manera:

AUTOESTIMA	GENERO
• *"Yo valgo mucho".* • *"Yo soy importante".* • *"Debo esforzarme para superarme"* • *"A conocer mis debilidades y fortalezas".* • *"Si yo no me quiero, cómo alguien me puede querer".* • *"Es lo que nos ayuda a salir adelante".* • *"Es aprender a no sentirnos mal cuando algo no sale bien".* • *"Nos sirve para ser mejores en la vida".* • *"Nos sirve para comprender a otras personas y ayudarlas".* • *"Es sentimos orgullosos de nosotros mismos".* • *"Nos ayuda a ser capaces de aceptar nuestros errores".* • *"Nos ayuda a sentirnos bien".*	• *"La mujer y el hombre valen igual".* • *"La mujer y el hombre tienen los mismos derechos".* • *"Con igualdad todo será mejor".* • *"El hombre no es mejor que la mujer".* • *"El hombre lo que diferencia es que no puede tener hijos, ni le viene la menstruación".* • *"La sociedad prefiere más a los hombres que a las mujeres".* • *"Creo que los hombres son más fuertes, pero no mejores que nosotras".* • *"La sociedad piensa que las mujeres son para tener hijos y cuidar la casa, pero eso tiene que cambiar".* • *"El sexo no es diferencia, sino un complemento".*

Como se puede observar, los adolescentes y las adolescentes aprendieron que es importante tener una buena autoestima y género para enfrentarse con una sociedad sin temores y estar seguros de sí mismos, lo que ellos definieron muy importante para el futuro. Y en cuanto al género, esta teoría nació como una propuesta distinta que devela los mitos basados en las diferencias de género según el sexo y propone concebirlas como productos sociales que deben ser cambiados en aras de una igualdad social entre hombres y mujeres.

3.3.3. Anticoncepción:

Para lograr identificar los conocimientos que los jóvenes tienen sobre los métodos anticonceptivos, en cada uno de los grupos se les formuló la *pregunta "¿Qué debo hacer para evitar el embarazo?"*, lo cual se debía contestar en grupos y en forma escrita. En la plenaria los jóvenes expresaron que lo que debían hacer es:

Conocimientos de los anticonceptivos	**Nº Absolutos**
"Evitar las relaciones genitales"	44
"Usar preservativos antes de las relaciones genitales"	38
"Tomar pastillas de planificación"	32
"No andar con hombres a temprana edad".	19
"No prostituirse en las calles"	20
"Las mujeres tienen que planificar"	12

"Pensar las cosas antes de tener relaciones".	10
"Ser muy cuidadoso con las relaciones genitales".	6

Estas respuestas son muy significativas porque la abstinencia es el mejor método para evitar un embarazo así como el uso de métodos anticonceptivos como la pastilla y el preservativo.

También podemos observar que hay influencia cultural respecto a la planificación familiar, en que la mujer es la responsable.

Luego el demostrar los diferentes métodos anticonceptivos como el preservativo, la experiencia causó impacto pues se utilizó la maqueta de un pene. Al pasar el preservativo entre las jóvenes, se negaron a tocarlo, manifestando una actitud de rechazo y vergüenza. La conducta masculina fue diferente, más tolerante.

A continuación al solicitar un voluntario para que repasaran el procedimiento de colocar el preservativo, las mujeres se negaron a hacerlo. Todo lo contrario ocurrió al demostrar los gestágenos orales, las muchachas lo manejaron con mayor naturalidad.

El DIU causó mucha curiosidad y generó más preguntas, como: *"¿Antes de cada relación genital hay que metérselo?"*

Nuevamente al finalizar la actividad del día se les preguntó a los jóvenes. *¿Qué aprendí hoy sobre los métodos anticonceptivos?* y se expresaron las siguientes respuestas:

"No tener relaciones sexuales es el mejor método anticonceptivo".

"Las pastillas solo sirven si se toman todos los días".

"Los condones se utilizan solo una vez".

"Estos métodos sirven para evitar embarazos".

"Sólo el condón protege del SIDA".

"El preservativo nos protege de las enfermedades de transmisión sexual".

"Es importante usar el condón antes de la relación".

"La abstinencia es 100% efectiva".

"El DIU se pone dentro del útero y evita que los espermatozoides lleguen al útero".

"Planificar los hijos ayuda para vivir mejor".

"Los hijos deben ser planificados".

"Cuando sea grande y quiera tener hijos, los voy a planificar para educarlos bien".

"Aprendí cómo cuidarme de las enfermedades y de los embarazos".

"Aprendí cosas que me servirán para cuidarme en el futuro".

"Cómo prevenir enfermedades que matan y no tienen cura".

"A ser muy cuidadosos con las relaciones sexuales".

"A cuidarme mucho".

"Hoy aprendí cosas más claras que las que me contaban mis amigos".

3.3.4. Embarazo y adolescencia:

Con respecto a esta categoría, se inició con la interrogante: ¿Por qué las adolescentes se embarazan? Ellas respondieron:

"Por andar con novios".

"Porque las mujeres no planifican"

"Por desobediencia a los padres".

"Por prostituirse en las calles".

"Porque les gusta".

A continuación se presentó una exposición con láminas, tema que no fue de difícil manejo ya que parte de ella había sido visto en la clase de ciencias. A las muchachas les llamó mucho la atención la representación del desarrollo intrauterino con maquetas de silicón.

La parte que correspondió al parto se les pasó en vídeo, el cual provocó impacto. Al presentar el vídeo sobre el aborto, generó mucho asombro y rechazo.

La problemática del embarazo en adolescentes se presentó en el vídeo "Ana María, una adolescente embarazada", el que no causó mucha impresión pues los jóvenes expresaron mucha familiaridad con el problema, comentaron experiencias de familiares y conocidos sobre adolescentes embarazadas.

Al evaluar la categoría, al cierre, con la pregunta ¿Qué aprendí hoy sobre el embarazo en la adolescencia?, las respuestas fueron muy elocuentes:

"Los embarazos en adolescentes son muy complicados".

"Los adolescentes tienen relaciones sin medir las consecuencias".

"Al salir embarazada es difícil seguir estudiando; ya no podría divertirme como antes".

"En mi caso tendré que tener cuidado;, tengo un novio que quiero y además no quiero ser adolescente embarazada".

Con respecto al aborto manifestaron:

"Desde la concepción se es una persona".

"Por más pequeño que sea una cosa, una hormiga, un ser humano tiene vida".

"Los bebés no tienen la culpa de que las mamás queden embarazadas".

"El aborto es un delito".

"El aborto es horrible".

"El aborto es una cruda realidad".

3.3.5. Enfermedades de transmisión sexual y SIDA:

Para identificar los conocimientos que los jóvenes tienen sobre las enfermedades de transmisión sexual, se les distribuyó tarjetas con los nombres de las diferentes enfermedades, se subdividieron en grupos para que comentaran cada una de ellas, pero el resultado obtenido del trabajo fue que los jóvenes no conocen sobre las enfermedades de transmisión sexual. Lo que más expresaron conocer fue el SIDA y manifestaron que : *"Le da solo a los playos", "es una enfermedad que mata", "que se transmite por la sangre", "la pueden pasar las prostitutas".*

Además se presentó la discusión de cada una de las enfermedades: sífilis, condiloma, herpes, gonorrea, chancro. Se hizo uso de diapositivas en las que se mostraron casos clínicos, lo cual generó impacto y muchos gestos de sorpresa.

Se proyectó el video "Los niños karatecas", que trata sobre el SIDA, mediante el cual los participantes aclararon muchas dudas que tenían de la enfermedad y conceptos equivocados, como, por ejemplo: *"¿uno se contagia usando ropa de alguien con SIDA?".*

Lograron discernir qué es un portador y una persona sana, situación que se terminó de aclarar con una serie de diapositivas sobre el sistema inmunológico y el SIDA.

Igual que con las unidades anteriores se les planteó la pregunta: "¿Qué aprendí hoy de las enfermedades de transmisión sexual?", a lo cual respondieron:

"Cómo cuidarme del SIDA"

"No teniendo relaciones genitales me protejo".

"Cómo se pasa el SIDA".

"El SIDA no se pasa por compartir cosas".

"No todo el que tiene SIDA es homosexual".

"Todas las enfermedades se curan, sólo el SIDA no".

"Como ataca el SIDA las defensas".

"Esas enfermedades son horribles".

"Aprendí de enfermedades que no conocía, como la gonorrea".

"La única prevención total es no tener relaciones".

"Debemos protegernos para no poner la vida en peligro".

"Practicar la sexualidad es muy peligroso por las enfermedades".

"Las enfermedades que hay y los riesgos que se corren, es mejor esperar o morir antes de tiempo".

"Aprendí cómo prevenir enfermedades que matan".

"Aprendí cosas que mis papás no me explican".

En la etapa de evaluación los cuestionamientos que se hicieron fueron aclarados, y se hizo retroalimentación de cada una de las categorías. Además, el proceso de enseñanza-

aprendizaje que se impartió fue integral y participativo porque nos permitió visualizar al adolescente física y emocionalmente.

3.4. RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN DEL PROGRAMA:

1) Opinión de los estudiantes de sexto grado. Según nivel de importancia del taller. Escuela San Roque, Liberia, Guanacaste, mayo, junio, 1999.

El 100% de los consultados dijo que el taller sí era importante.

Criterios de importancia del taller:

"Aprendimos muchas cosas nuevas".

"Nos sirve para nuestro futuro"

"Aprendí a prevenir enfermedades venéreas"

"Se me aclararon muchas dudas"

"Entendí por qué las adolescentes quedan embarazadas".

2. Opinión de los estudiantes de sexto grado. Según Apreciación del programa de salud reproductiva. Escuela San Roque, Liberia, Guanacaste mayo-junio 1999.

Criterio	Nº
Bueno	60
Regular	2
Malo	1

Se puede observar que para la mayoría de los adolescentes fue muy bueno.

3. Opinión de los estudiantes de Sexto Grado. Según necesidad de implementación del programa. Escuela San Roque. Liberia. Guanacaste, mayo-junio, 1999.

Todos los adolescentes consideran necesario el programa de salud reproductiva.

Al preguntárseles por qué, respondieron:

"Porque todo me va a servir cuando sea grande".

"Porque nos prepara para no tener embarazos".

"Para que los demás puedan aprender".

"Nos abrieron la mente para cuidarnos bien".

"Porque conozco a jóvenes que ahora están con un niño en brazos".

"Porque así disminuye la morbosidad".

4. Opinión evaluativa de los estudiantes de sexto grado. Según nota de 1 a 10 con que calificaron el programa tipo taller en que participaron. Escuela San Roque, Liberia, Guanacaste, mayo, junio 1999.

Nota	Nº
10	58
9	4
4	1

5. Opinión evaluativa de los estudiantes de sexto grado. Según nivel de sugerencia del programa. Escuela San Roque, Liberia, Guanacaste, mayo, junio, 1999.

Sugerencias	Críticas
"Que dure más días". *"Más largo y más grande".* *"Que lo dieran todos los años".* *"Que viajen por muchas escuelas"* *"Me gustaría que el país tuviera más enfermeras para que enseñen todo lo que saben a los jóvenes".*	No hubo crítica de parte de los estudiantes.

CAPÍTULO IV

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

4. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

4.1. CONCLUSIONES:

Después de realizar las diferentes etapas de esta práctica dirigida, se concluyó lo siguiente:

El trabajo llevado a cabo con la población adolescente de este centro educativo constituyó una experiencia enriquecedora para los proponentes y los participantes ya que la metodología cualitativa participativa permitió a los jóvenes expresar abiertamente sus inquietudes y necesidades en el proceso de enseñanza aprendizaje y además mencionar las situaciones de riesgo con la que, como adolescentes se enfrentan.

Al realizar el diagnóstico, se aprecia que el nivel de información que manejan los estudiantes es muy bajo, en especial, autoestima, género, enfermedades de transmisión sexual.

Hemos comprobado que la metodología participativa dirigida por un profesional en enfermería con una mentalidad abierta, comprensible y de entrega y vocación, es la forma más eficaz de transmitir los conocimientos a los adolescentes en materia de salud reproductiva.

Los adolescentes de esta escuela provienen de hogares desintegrados, en donde la mayoría de las madres son jefas de hogar.

Se concluyó que la percepción masculina sobre el papel de la mujer es el tradicional, sin embargo al concluir la unidad correspondiente, se evidenció un cambio de actitudes y principios.

Al describirse, las muchachas se refieren primordialmente al papel materno.

Se logra sensibilizar al estudiante sobre las consecuencias del embarazo en adolescentes, como se pudo observar en las respuestas.

Al ir desarrollando el taller se logra evidenciar el progresivo avance en conocimientos.

Los educadores evaden el tema y lo poco que enfocan es el aspecto biologista.

4.2. RECOMENDACIONES:

Sería muy importante que la capacitación se extendiera hacia la familia y la comunidad. Que no sea una experiencia única, que se busquen mecanismos para continuar el proceso permanente.

De acuerdo con la problemática que se observa en los adolescentes y las adolescentes, es necesaria la integración del enfermero y la enfermera en el sistema educativo nacional para que coordine los programas de salud reproductiva.

La educación para la salud reproductiva no debe ser un esfuerzo aislado, sino continuo; ha de iniciarse en el hogar y continuar progresivamente a través del sistema formal de educación.

La escuela debe buscar mecanismos para darle continuidad al proceso.

Es necesario que el Estado costarricense adopte políticas a través de sus instituciones en salud para dirigirlas al diseño e implementación de programas de salud reproductiva orientados a la población que está fuera del sistema formal de educación.

CAPÍTULO V

BIBLIOGRAFÍA

Y

ANEXOS

BIBLIOGRAFÍA

Acción en SIDA. "Todo sobre E.T.S. Boletín Internacional sobre prevención y atención del SIDA. Reino Unido, 26 julio-setiembre 1995.

Caja Costarricense de Seguro Social. Departamento de medicina preventiva. Sección Salud de la Mujer. "Guía didáctica de Salud Reproductiva". San José, 1995.

Canales Francisca, de Alvarado, Eva de Alvarado y Pineda, Elia. Metodología de la investigación: Manual para el desarrollo del personal de Salud. México. Limusa, 1986.

Comisión Interinstitucional para la atención integral de la adolescencia (Ministerio de Salud, C.C.S.S., UCR). Instrumentos básicos en la atención de la adolescencia. San José, Costa Rica, 1991.

Costa Rica. CCSS, Dirección Técnica Servicios de Salud. Departamento de Medicina Preventiva. Sección Salud del Niño. Manual de atención integral al niño (a) en el escenario escolar. San José, C.R., 1997.

Costa Rica. Centro Nacional para el desarrollo de la mujer y la familia. Hostigamiento sexual ¿Qué hacer? San José, Costa Rica 1995.

Curell Guerra, Jordi. Enciclopedia de la Psicología Infantil y Juvenil: Trastornos del Desarrollo. Barcelona, España: Océano 1995.

Dirección Técnica Servicios de Salud CCSS. Cambios en morbilidad y mortalidad según sexo y edad. San José, Costa Rica. 1995.

Dobles, María Cecilia y otros. Investigación en Educación. San José, Costa Rica, EUNED, 1996.

Donas, Salum. Marco Conceptual de la Salud Integral del Adolescente. Costa Rica: OPS/OMS, 1992.

Federación Internacional de Planificación de la familia. Embarazo de la adolescente en América Latina y el Caribe. New York. 1991.

Fernández, Rocío. "Sexualidad Joven". San José. Métodos Anticonceptivos. 29 octubre, 1997.

Friedman, Herbert L. "Obstáculos para la salud de los adolescentes". Network en español. 9 (1) : 4-6, ene., 1994.

Guzmán Ana "Salud y Riesgo reproductivo". Abriendo Surcos 7 julio, agosto-setiembre. San José, 1996.

Hernández, Roberto y otros. Metodología de la investigación. México, McGraw-Hill. Interamericana. 1991.

International Center for Research on Women. Resultados del Programa de investigaciones sobre la mujer y el SIDA. Washington D.C. 1996.

Kader Raquel y Pacheco Gilda, Costa Rica: Así construimos nuestras vidas. (Una investigación sobre sexualidad infantil). San José: OPS/OMS. 1994.

"La educación sexual y las prácticas más seguras". Network, en español. 9 (1): 7-12, ene., 1994.

La fuerza del cambio con los jóvenes contra el SIDA". ONUSIDA, N. York, 1998.

"Los hombres y la salud de la reproducción". Network en español 18(3) primavera, 1998.

Nelson. F. Tratado de Pediatría. Barcelona, España. Editorial Océano. Volumen I.

Marques, Magaly. "Gente joven: un diálogo sobre la sexualidad con adolescentes mexicanos". Quality en español. (5): 1-25, 1994.

Ministerio de Salud. Centro de información, Sección Vigilancia Epidemiológica. Boletín de Enfermedades de declaración obligatoria. Costa Rica, 1992-97. Mayo 98.

Ministerio de Salud Pública. Comportamiento de la mortalidad y natalidad Costa Rica, 1997.

Monografías de OPS/OMS representación en Costa Rica. Situación actual de la adolescencia en Costa Rica y alternativas hacia una salud integral. San José, Costa Rica, 1991.

Noguera Espinoza, Noemy. Programa de capacitación en sexualidad humana a un grupo de adolescentes y padres de familia de sétimo año del Instituto de Guanacaste. (Informe de práctica dirigida en Licenciatura en enfermería. Sistema de estudios de post-grado: Universidad de Costa Rica, 1992).

Océano. Merck and Co., INC. El Manual Merck. (9) Edición. Barcelona-España 1994.

Océano. Mosby. Diccionario de Medicina Barcelona-España 1996.

Pacheco, Maura y otros. Programa de educación en salud reproductiva, dirigido a niños de sexto grado en la Escuela Joaquín García Monge, Desamparados. Primer semestre 1996. (Informe de Práctica Dirigida en Licenciatura en Enfermería). Sistema de Estudios de post-grado: Universidad de Costa Rica, 1996.

Pagnoncelli de Souza, Ronald. Situaciones de Riesgo para la Salud en niños y Adolescentes. tr. por Carlos H. Bianculli (Buenos Aires, Argentina; Editorial Fundación Para la Salud del Adolescente del año 2000) 1994.

Programa de Salud de los Adolescentes, OMS. Capacitación para orientar adolescentes en sexualidad y salud Reproductiva. Guía para los facilitadores. Ginebra, Suiza, Agosto 1993.

Programa Mujer, Salud y Desarrollo OPS/OMS. La Salud - enfermedad de las mujeres centroamericanas a inicios de la década de los noventa. Un enfoque de género. 21-35. San José, Costa Rica. 1994.

Programa Atención Integral de la Adolescencia Costa Rica-Caja Costarricense de Seguro Social. Mitos Falsas creencias, malinformaciones sobre sexualidad. San José, Costa Rica 1990.

Schenker, Inon, Yechez, Kiyahu. Explicando sobre el SIDA a niños. Jerusalén, Israel, 1989.

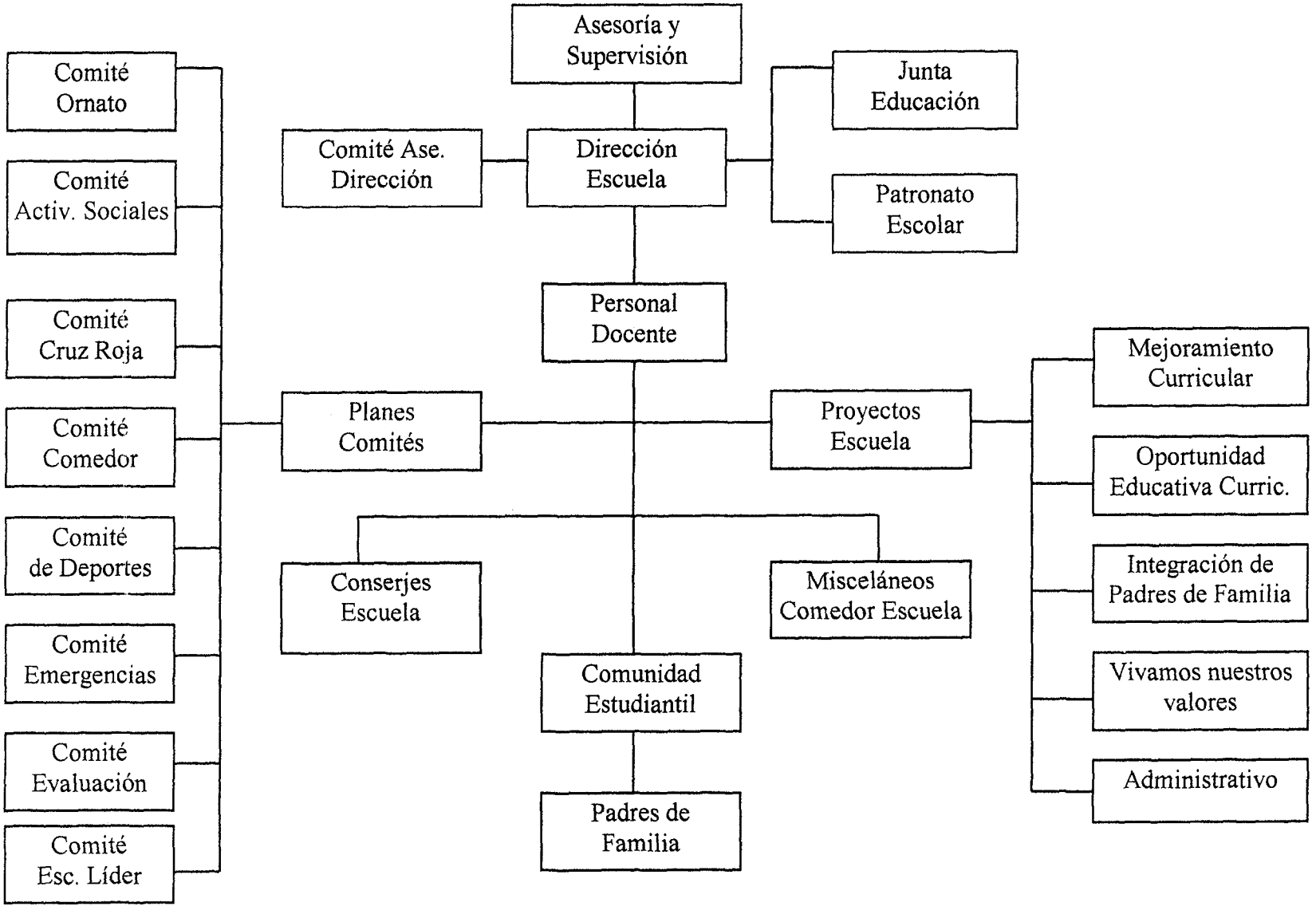
Bloque 6 ¿Cómo fomentar comportamientos preventivos? 3p51,sf, (fue tomado de Internet).

ANEXOS

ANEXO 1

ORGANIGRAMA INSTITUCIONAL
ESCUELA SAN ROQUE

ORGANIGRAMA INSTITUCIONAL
ESCUELA SAN ROQUE



ANEXO 2

CUADRO Nº106
NACIMIENTOS INSCRITOS POR AÑO, SEGÚN EDAD DE LA MADRE
COSTA RICA 1994 -1996

CUADRO N°106
NACIMIENTOS INSCRITOS POR AÑO, SEGÚN EDAD DE LA MADRE
COSTA RICA 1994 -1996

EDAD DE LA MADRE	1994		1995		1996	
	N°	%	N°	%	N°	%
TOTAL	**80391**	**100.00**	**80306**	**100.00**	**79203**	**100.00**
-15 años	501	0.62	564	0.70	538	0.68
15 - 19 años	13838	17.21	14196	17.68	14416	18.20
20 - 24 años	22466	27.95	22137	27.57	21919	27.67
25 - 29 años	20544	25.56	20125	25.06	19470	24.58
30 - 34 años	13832	17.21	14042	17.49	13749	17.36
35 - 39 años	6882	8.56	6862	8.54	6839	8.63
40 - 44 años	1781	2.22	1797	2.24	1749	2.21
45 y más años	130	0.16	128	0.16	122	0.15
Desconocida	417	0.52	455	0.57	401	0.51

FUENTE: Centro de Información, Ministerio de Salud, Sección Otros Programas Prioritarios, Dirección General de Estadística y Censos.

ANEXO 3

CUADRO N°23
INCIDENCIA DE SÍFILIS SEGÚN
GRUPO DE EDAD Y SEXO
COSTA RICA 1997

CUADRO N°25
INCIDENCIA DE GONORREA SEGÚN
GRUPO DE EDAD Y SEXO
COSTA RICA 1997

CUADRO N°29
INCIDENCIA DE CHANCRO SEGÚN
GRUPO DE EDAD Y SEXO
COSTA RICA 1997

CUADRO N°27
INCIDENCIA DE SIDA SEGÚN
GRUPO DE EDAD Y SEXO
COSTA RICA 1997

CUADRO N°23
INCIDENCIA DE SÍFILIS SEGÚN
GRUPO DE EDAD Y SEXO
COSTA RICA 1997

		SEXO	
GRUPOS DE EDAD	**TOTAL**	**MASCULINO**	**FEMENINO**
TOTAL	**1452**	**738**	**714**
Menores de 7 días	22	11	11
De 8 a 28 días	37	24	13
1 año	28	13	15
De 1 a 4 años	1	1	0
De 5 a 9 años	0	0	0
De 10 a 14 años	**9**	**3**	**6**
De 15 a 24 años	**358**	**154**	**204**
De 25 a 34 años	443	216	227
De 35 a 44 años	285	152	133
De 45 a 54 años	121	73	48
De 55 a 64 años	58	38	20
De 65 y más	72	46	26
Desconocida	18	7	11

FUENTE: Sección Vigilancia Epidemiológica, Centro Información, Ministerio de Salud.

CUADRO N°25
INCIDENCIA DE GONORREA SEGÚN
GRUPO DE EDAD Y SEXO
COSTA RICA 1997

GRUPOS DE EDAD	TOTAL	SEXO	
		MASCULINO	FEMENINO
TOTAL	**1987**	**1592**	**396**
1 año	1	1	0
De 1 a 4 años	2	0	2
De 5 a 9 años	2	1	1
De 10 a 14 años	**22**	**13**	**9**
De 15 a 24 años	**614**	**457**	**157**
De 25 a 34 años	685	559	126
De 35 a 44 años	414	336	78
De 45 a 54 años	147	131	16
De 55 a 64 años	63	61	2
De 65 y más	28	28	0
Desconocida	9	5	4

FUENTE: Sección Vigilancia Epidemiológica, Centro Información, Ministerio de Salud.

CUADRO N°29
INCIDENCIA DE CHANCRO SEGÚN
GRUPO DE EDAD Y SEXO
COSTA RICA 1997

GRUPOS DE EDAD	TOTAL	SEXO	
		MASCULINO	FEMENINO
TOTAL	**145**	**134**	**11**
De 1 a 4 años	0	0	0
De 5 a 9 años	0	0	0
De 10 a 14 años	**1**	**1**	**0**
De 15 a 24 años	**30**	**26**	**4**
De 25 a 34 años	45	42	3
De 35 a 44 años	39	35	4
De 45 a 54 años	16	16	0
De 55 a 64 años	9	9	0
De 65 y más	5	5	0
Desconocida	0	0	0

FUENTE: Sección Vigilancia Epidemiológica, Centro Información, Ministerio de Salud.

CUADRO N°27
INCIDENCIA DE SIDA SEGÚN
GRUPO DE EDAD Y SEXO
COSTA RICA 1997

		SEXO	
GRUPOS DE EDAD	**TOTAL**	**MASCULINO**	**FEMENINO**
TOTAL	**150**	**124**	**26**
1 año	0	0	0
De 1 a 4 años	1	1	0
De 5 a 9 años	0	0	0
De 10 a 14 años	**0**	**0**	**0**
De 15 a 24 años	**21**	**17**	**4**
De 25 a 34 años	56	48	8
De 35 a 44 años	45	38	7
De 45 a 54 años	16	13	3
De 55 a 64 años	9	5	4
De 65 y más	0	0	0
Desconocida	2	2	0

FUENTE: Sección Vigilancia Epidemiológica, Centro Información, Ministerio de Salud.

ANEXO 4

Evaluación del programa de salud reproductiva en la escuela de San Roque, Liberia, abril 1999

UNIVERSIDAD DE COSTA RICA
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERÍA

A continuación se exponen algunas preguntas acerca del programa de salud reproductiva, se le solicita responder en forma clara y concisa.

Implementación de un programa de salud reproductiva
en la escuela de San Roque, Liberia,
abril 1999

10/5/99 Evaluación del programa de salud reproductiva:

Edad: _____ **Sexo:** _____ **Sección:** _____

Lea cuidadosamente cada una de las siguientes preguntas. Conteste en forma clara y ordenada.

1) ¿Considera usted importante el taller recibido?
Sí ____ No _____
¿Por qué?

2) ¿Qué le pareció el programa de salud reproductiva?
Bueno _____
Regular _____
Malo _____

3) ¿Considera necesario este tipo de programas en su escuela?
Sí ____ No _____
¿Por qué?

4) ¿Con qué nota, de 1 a 10, calificaría el programa de salud reproductiva?

5) ¿Qué sugerencias o crítica le haría usted al presente programa?

ANEXO 5

CARTAS

UNIVERSIDAD DE COSTA RICA
ESCUELA DE ENFERMERIA

25 de Febrero de 1999
EE-TFG- 032-99

Estudiantes
Guillermo Alvarez
Yendry Martínez
Mirtha Rocha
PROGRAMA LICENCIATURA
ESCUELA DE ENFERMERIA

Estimados estudiantes:

Por este medio me dirijo a usted para hacer de su conocimiento que esta Comisión aprobó en su sesión 03-99 celebrada el pasado 12 de Febrero. 1999, el tema de Práctica Dirigida, sometido por ustedes bajo el título de: **"Implementación de un programa de Salud Reproductiva aplicado a estudiantes de sexto grado de Educación General Básica en la Escuela de Cristo Rey, durante el primer semestre de 1999".**

Aprovecho la oportunidad para saludarlas y a la vez desearles éxito en la elaboración de su proyecto.

Atentamente,

Lic. Ernestina Aguirre Vidaurre
COORDINADORA
COMISION TRABAJOS FINALES
DE GRADUACION
ESCUELA DE ENFERMERIA

CC: Archivo

ESCUELA SAN ROQUE

Fundada en 1964

Tel.: 666-16-73

LIBERIA - COSTA RICA

Liberia 08 de Marzo de 1999

Señora
Lic. Ligia Murillo
Directora de Tesis
Estudiantes Enfermería
U.C.R.
San José.

Estimada Directora:

Comunícole que una vez analizado el trabajo de los estudiantes: Guillermo Alvarez Villegas, Yendry Martínez Arias y Mirta Rocha Gamboa sobre : Implementación de un programa de promoción de salud reproductiva aplicado a estudiantes de VI grado de Educación General Básica, y asumiendo ellos con gran responsabilidad el mismo, les autorizo tomar dos grados de sexto, con 64 estudiantes, de nuestra escuela de San Roque, ubicada en Liberia , Guanacaste.

Solicitole la supervisión necesaria para que el trabajo tenga éxito a nivel de profesor, estudiante, e institución.

Atentamente,

Lic. Teodora Casares Castillo
Directora Escuela San Roque
Liberia, Guanacaste

"Orgullosos de ser Guanacastecos"

Liberia 5 de Abril 1999.

Señores Padres de Familia.

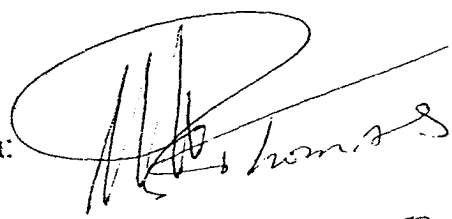
Estimados Señores:

Sirva la presente para saludarlos cordialmente y a la vez informarles que somos un grupo de estudiantes de la Universidad de Costa Rica y como trabajo final de graduación decidimos desarrollar un programa de Salud Reproductiva para estudiantes de 6° grado de la Escuela de Barrio San Roque de Liberia. Dicho programa incluye los siguientes temas: Adolescencia, desarrollo psicofisico - anticoncepción- embarazo en adolescentes, enfermedades de transmición sexual y SIDA- Autoestima, para lo cual ya contamos con el permiso de la Dirección de dicha escuela.

Por lo tanto pedimos su autorización y cooperación para que su hijo reciba este curso.

Nos despedimos agradeciendo de antemano su colaboración, para lo cual solicitamos marcar su respuesta.

SI X NO_____

Firma: 

Ed - 270-104455-43350

Liberia 10 de Mayo de 1999

Señora
Msc. Ligia Murillo
Directora Tesis
Estudiante de Enfermería
U.C.R.
San José.

Estimada Directora:

Muy satisfecha me dirijo a usted, para comunicarle que los Estudiantes a nivel de Licenciatura: Guillermo Alvarez Villegas carné:926506, Mirtha Rocha Gamboa carné:926590 y Yendry Martínez Arias carné: 926590, han realizado práctica dirigida con el título: Implementación de un programa de promoción de salud reproductiva, aplicado a estudiantes de VI grado de la Educación General Básica de la Escuela Barrio San Roque de Liberia durante el primer semestre de 1999.

No puedo omitir manifestarle que este trabajo fue de excelente calidad, de gran valor y se notó en sus estudiantes gran dedicación, disposición y esmero para brindar lo mejor a los educandos. Siempre mostraron eficacia en su labor, por ende, los resultados fueron eficientes y tanto los alumnos como el personal docente y esta servidora agradeceremos siempre a ellos y a usted por tomar encuenta nuestro centro para impartir esta clase de trabajo con gran responsabilidad.

Estudiantes como estos se deben tomar como ejemplo para mejorar la educación en nuestro país.

MIL GRACIAS.

Atentamente,

Lic. Teodora Casares Castillo
Directora Escuela San Roque
Liberia, Guanacaste.

ESCUELA San Roque LIBERIA GTE.

DIRECCI
1964

MINISTERIO DE SALUD
DEPARTAMENTO CENTRO DE INFORMACION

DCI-321-98

San José, 27 de octubre de 1998

Señores:
Comisión de Trabajo Final de Graduación

Estimados señores:

Por medio de la presente muy respetuosamente me dirijo a ustedes para informarles que el día 27 de octubre de 1998 se hicieron presentes en la oficina del Departamento de Centro de Información (Estadística) del Ministerio de Salud; los estudiantes de Licenciatura en Salud de la mujer y Perinatología de la U.R.C. Facultad de Medicina Escuela de Enfermería la sra. Mirtha Rocha Gamboa y el sr. Guillermo Alvarez Villegas y la sra. Jedry Martínez.

Con el objetivo de solicitar información sobre los últimos informes de Enfermedades de Transmisión Sexual en adolescentes y el índice en fecundidad.

Atentamente,

DPTO. SISTEMA DE INFORMACION Y ESTADISTICA
40
30
20
10
0
82 84 86
MINISTERIO DE SALUD

Georgina Muñoz Leiva
Jefe a.i. Departamento Centro de Información

Archivo.

15 marzo de 1999

Señorita
Ligia Segura Murillo
Bibliotecaria
Asociación Demográfica Costarricense

Estimada señorita:

La presente es para solicitarle su valiosa colaboración para los estudiantes de Licenciatura en Salud de la Mujer y Perinatología, Guillermo Alvarez V, Yendry Martínez y Mirtha Rocha G. Debido a que están realizando su proyecto final de graduación bajo la modalidad de Práctica Dirigida y contempla la implementación de un programa de salud reproductivo a nivel escolar.

Por lo anterior le solicita si está dentro de sus posibilidades, les sea facilitado el material audiovisual por ellos solicitado, en calidad de préstamo y bajo su responsabilidad.

Agradeciendo de antemano a nombre de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Costa Rica.

De usted,

Msc. Ligia Murillo
Director Trabajo Final de Graduación

Constancia del filólogo

San José, 21 de junio de 1999

Señores
Escuela de Enfermería
Universidad de Costa Rica

Estimados señores:

Los estudiantes **Guillermo Álvarez V., Yendry Martínez A. y Mirtha Rocha G.** me han presentado para revisión de estilo la práctica dirigida de graduación, denominada **Implementación de un programa de salud reproductiva para jóvenes de sexto grado de la escuela del barrio San Roque, Liberia, Guanacaste, primer semestre de 1999.**

Por este medio hago constar que he revisado y corregido aspectos tales como estructura gramatical, vicios de estilo, acentuación, ortografía y puntuación.

Por lo tanto, garantizo que dicha investigación está lista en tales aspectos para ser presentada como trabajo de graduación.

Atentamente,

Fernando Díez Losada
Licenciado en Filología Española
Carné núm. 9895
Colegio de Licenciados y Profesores

ANEXO 6

Programa Educativo

ADOLESCENCIA

Periodo del desarrollo entre el comienzo de la pubertad y la edad adulta. Suele iniciar entre los 11 y los 13 años de edad, con la aparición de los caracteres sexuales secundarios, y termina a los 18 a 21 años, con la adquisición de la forma adulta totalmente desarrollada. En este periodo el sujeto sufre grandes cambios físicos, psicológicos y emocionales y de personalidad.

ETAPAS DE LA ADOLESCENCIA

Adolescencia Temprana:

Inicia a los 10-12 años y se extiende hasta los 13 a 15 años, según diferencias individuales:

- Se da un crecimiento rápido
- Inicia un interés sexual importante
- Hay dificultades por el desprendimiento de derechos de niño y la toma de responsabilidades de adulto.
- Se da búsqueda de identidad fuera del hogar.
- Sometimiento a la cultura juvenil.

Adolescencia Media:

Se extiende desde los 13 a 15 años hasta los 17 a 18 años aproximadamente.

Se inicia la búsqueda de una independencia real. Se está muy interesado en los cambios físicos que se están suscitando. Se tiende a comparar el desarrollo con los demás.

Se inician ensayos de relaciones con el sexo opuesto. Su cuerpo es el centro de todo. Se sigue la cultura juvenil, se critica a los padres. Aparece la masturbación como posibilidad de reconocer y amar su cuerpo.

Adolescencia tardía:

Va de los 18 a 21 años.

Físicamente se es hombre o mujer. Se inician pruebas más serias de amor, se respeta más a los padres, aunque se sigue luchando por la independencia. Inicia con mayor seriedad el elaborar un proyecto de vida.

Hay una glándula en el cerebro, que se llama PITUITARIA. E[illegible]
unas sustancias llamadas hormonas, que estimulan el trabajo de los [illegible]

Cuando un niño tiene 12 años, aproximadamente, la pituitaria empieza a produci más hormonas, que estimulan los testículos para que empiecen a producir TESTOSTERONA, que es la hormona sexual masculina.

Cuando los testículos comienzan a producir la hormona sexual masculina, o sea la TESTOSTERONA, empiezan a presentarse cambios en el niño, que lo van convirtiendo en adolescente: aparece vello en la cara, alrededor de los genitales y bajo los brazos; se les desarrollan más los órganos genitales y empieza la producción de espermatozoides.

El espermatozoide es la célula sexual del varón. Es tan diminuta, que solo se puede ver con un microscopio. Para cubrir el punto con que termina esta frase, necesitaríamos muchos millares de ellos.

La expulsión de semen por el pene, se llama EYACULACION. En cada eyaculación salen por ahí de 250 a 500 millones de espermatozoides.

Los espermatozoides salen con el líquido seminal, que es una sustancia espesa y lechosa, y pueden "caminar" a una velocidad de 3mm. por minuto. Como son tan pequeñitos, esta es una velocidad altísima.

Los espermatozoides se producen en los testículos. Tienen que pasar por un proceso de maduración, que se llama ESPERMATOGENESIS, para que se conviertan en espermatozoides "adultos". Este proceso dura de 60 a 70 días y ocurre continuamente de tal manera que el aparato genital masculino produce muchos millones de espermatoides.

Los testículos segregan la hormona sexual masculina que se llama TESTOSTERONA. El testículo izquierdo generalmente está colocado un poco más abajo que el derecho.

El conducto por donde sale la orina del hombre se llama URETRA. Por la uretra también sale el semen. La orina y los espermatozoides no salen juntos.

La eyaculación, o expulsión de semen, generalmente se presenta cuando el pene está erecto. El pene en erección tiene diferente tamaño o medida entre un hombre y otro.

Cuando el hombre se excita, el pene se pone erecto. Esto sucede por lo siguiente: unos impulsos que vienen de la médula espinal, hacen que aumente la cantidad de sangre que llega al pene por las arterias, y que disminuya la cantidad que sale por las venas. La acumulación de presión en la sangre hace que el pene entre en erección.

A la par de cada testículo hay un órgano alargado, que se llama **epidídimo** que es donde llegan los espermatozoides, terminan de madurarse y ahí permanecen depositados un tiempo.

El hombre tiene tres grupos de glándulas que producen sustancias que ayudan a los espermatozoides a movilizarse. Estas glándulas son: dos pequeñitas llamadas de Cowper (se dice "cuper"), una más grande llamada Próstata y otras dos llamadas Vesículas Seminales.

Momentos antes de la eyaculación, los espermatozoides pasan del epidídimo al conducto deferente, de ahí a las vesículas seminales y finalmente a la uretra. En este camino van recogiendo el líquido lechoso que segregan las glándulas llamadas vesículas seminales, próstata y glándulas de Cowper.

En el momento de la eyaculación, cuando el semen sale por el meato uretral los músculos que están a lo largo de la base del pene y de la uretra se contraen, para impulsar el semen.

Organos genitales femeninos

Hay una glándula en el cerebro, llamada Pituitaria . Esta glándula produce unas sustancias llamadas hormonas, que estimulan el trabajo de los órganos genitales.

Cuando la niña tiene aproximadamente 11 ó 12 años, la pituitaria empieza a segregar hormonas. En este momento empiezan a madurarse en los ovarios, los óvulos, o células femeninas.

Más o menos a la edad de 11 ó 12 años, los ovarios segregan unas hormonas llamadas ESTROGENO y PROGESTERONA. La niña empieza a desarrollar, a convertirse en adolescente: le crecen los senos, le nace vello en los genitales y bajo los brazos y empiezan a madurar sus órganos sexuales internos. En esta época la muchacha ovula, tiene reglas y es fértil.

El conjunto de los órganos genitales externos de la mujer se llama VULVA. El clítoris es un pequeño cuerpo, que forma parte de los órganos genitales de la mujer. Se encuentra colocado en la unión superior de los labios menores, que le forman un pequeño revestimiento llamado capuchón del clítoris. El clítores tiene una respuesta a los estímulos muy parecida a la del pene. La estimulación del clítoris excita a la mujer. Cuando esto sucede el clítoris sufre una pequeña erección.

Los labios mayores y los menores son parte de los órganos genitales femeninos. Los labios mayores y los menores rodean la abertura de la vagina.

La vagina es un conducto que forma parte de los órganos sexuales de la mujer. Ese conducto se ensancha cuando la mujer va a dar a luz, para que el niño pueda pasar. También es el conducto por el que penetra el pene para que la pareja pueda tener relaciones sexuales. La vagina y el aparato urinario, es decir, el conducto por donde la mujer orina, están separados.

En la mujer joven, sin relaciones coitales, la abertura vaginal está parcialmente cerrada por un tejido delgado que se llama **himen**. En la mujer madura, que ha tenido relaciones coitales, apenas quedan restos de él.

Los huesos de la cadera o pelvis de la mujer, son diferentes a las del hombre. Tienen una abertura más amplia en la base, porque así se facilita la salida del bebé al nacer.

Dentro de la pelvis están los órganos internos de la mujer: canal vaginal, útero, dos trompas de Falopio y dos ovarios.

Los ovarios son un poco aplanados y miden como 4 cm. de largo. Son los que producen los óvulos y segregan hormonas que producen las características sexuales secundarias de la mujer.

Cuando la mujer nace, sus ovarios contienen ya todos los folículos que van a convertirse en óvulos y que van a ser liberados. Se calcula que en los ovarios hay unos 100 mil folículos. Sin embargo, como cada mes sale solo un óvulo, solo unos 400 óvulos logran madurar y salir. Los demás óvulos se van perdiendo. Esto sucede, sobre todo en la época de la menopausia.

Cada 28 días, más o menos, un óvulo maduro sale de un ovario y pasa a la trompa de Falopio.

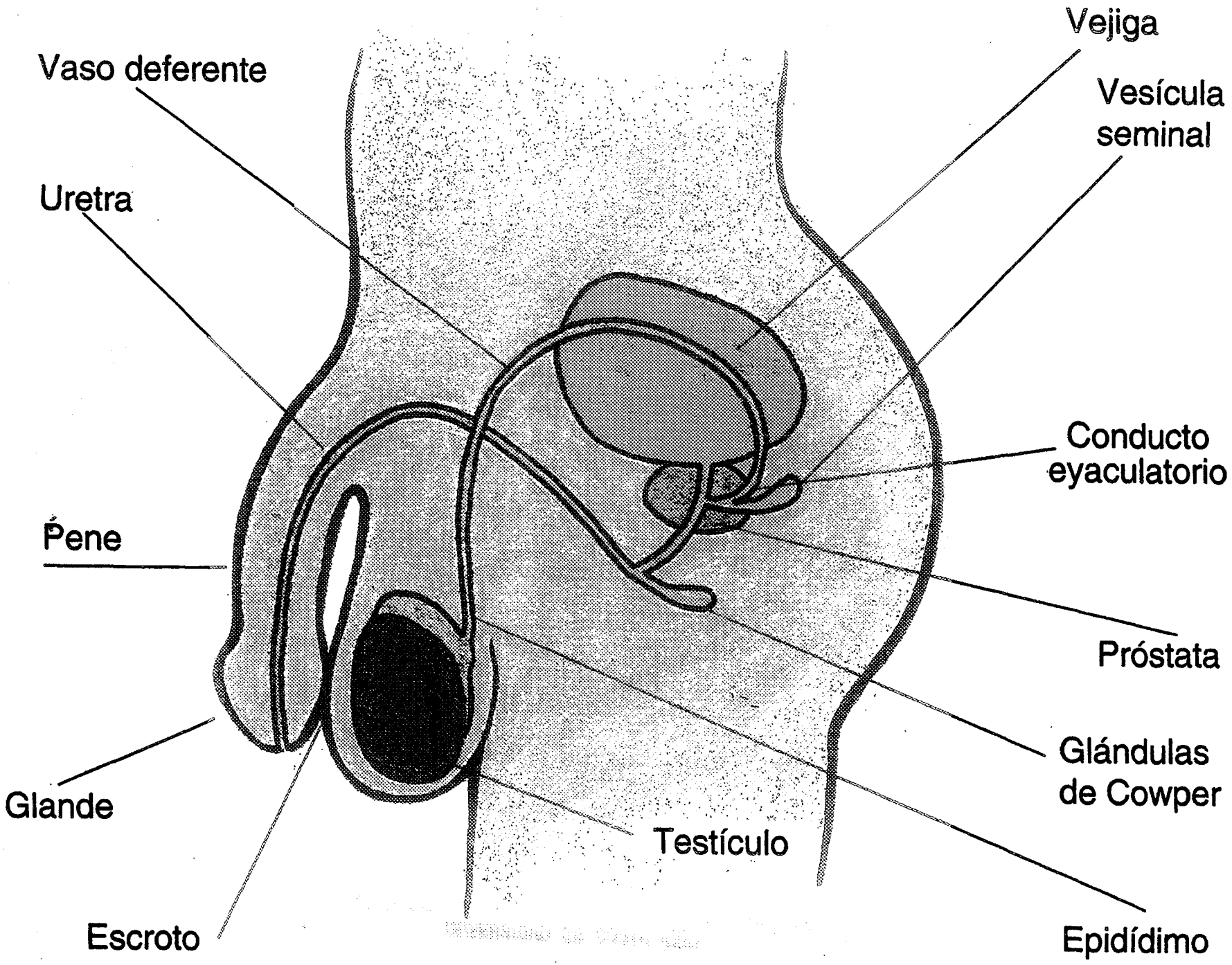
El óvulo no puede moverse por sí solo. Las trompas de Falopio se contraen y son las que le ayudan al óvulo a bajar hasta el útero o matríz. La distancia entre el ovario y el útero es como de 10 cm.

Cuando el óvulo no es fecundado por el espermatozoide, sigue bajando y llega casi desintegrado hasta el útero y luego sale por el canal vaginal, junto con sangre y sustancias alimenticias, que el útero prepara cada mes, por si acaso el óvulo llegara fecundado. Por eso, cada 28 días más o menos, a la mujer le viene la menstruación o regla.

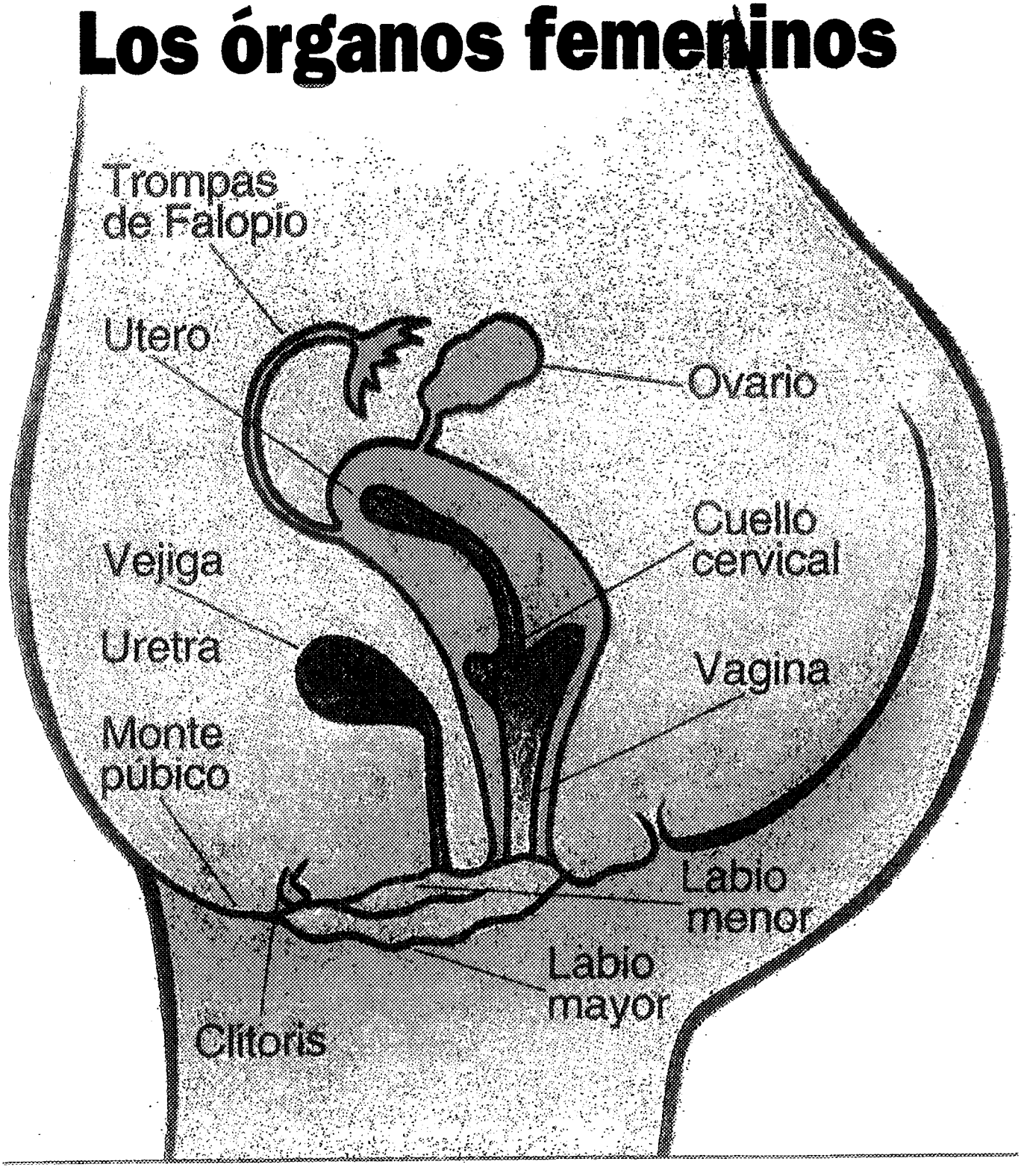
El óvulo es tan pequeño como el punto con que concluye esta frase. Por eso, puede verse a simple vista. Es casi dos mil veces más grande que un espermatozoide.

El útero es un órgano hueco, de estructura muscular, que mide más o menos unos 6 a 9 cm. El recubrimiento del útero se llama endometrio.

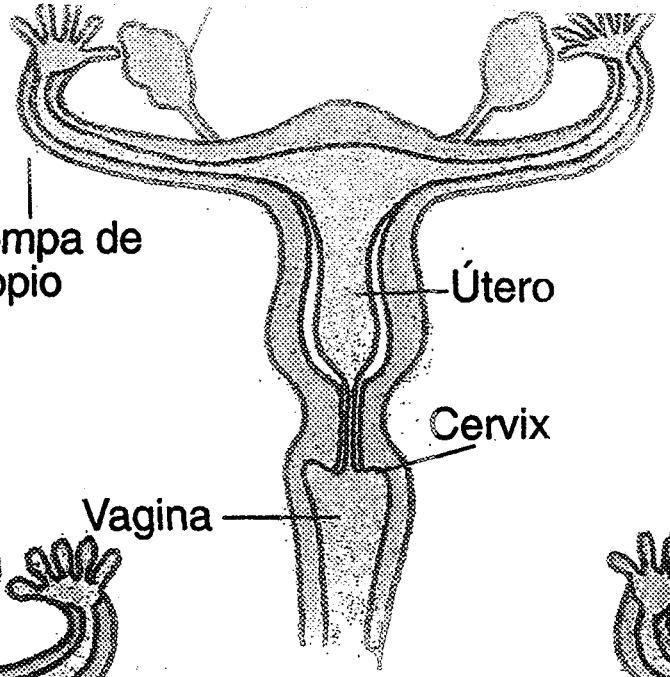
Los órganos masculinos



Los órganos femeninos



El ciclo menstrual



En el abdomen hay dos ovarios. Los huevos crecen en ellos. Poco después del sangrado los huevos comienzan a madurar.

Desde el primer día de sangrado hasta la ovulación el cuerpo se prepara para un posible embarazo.

La ovulación ocurre cuando un huevo maduro es liberado por un ovario. Este huevo entra en la trompa de Falopio y viaja hacia el útero. Sin importar la extención del ciclo de la muje la ovulación ocurre 14 días antes del inicio del sangrado.

No hay posibilidad de concepción desde el término de la ovulación hasta el comienzo del sangrado.

Cuando el huevo no es fertilizado, se disuelve en la trompa. La menstruación comienza 14 días después porque la sangre que ocupa la superficie del útero no es necesaria. La superficie cae y sale del cuerpo a través de la vagina.

La menstruación

La menstruación es una descarga de sangre mensual acompañada de otros desechos y restos de la pared uterina. Su iniciación se llama *menarquía* y está acompañada por el desarrollo de las mamas y otras características sexuales secundarias.

Una vez al mes, un ovario libera un óvulo que viaja por una de las trompas de Falopio hacia el útero. Entretanto, el útero fabrica un revestimento más grueso formando una capa en la que se implantará el óvulo en caso de ser fecundado. De no ser fecundado, el óvulo se desintegra, los vasos sanguíneos del revestimento del útero se abren y liberan sangre.

Este proceso dura de 3 a 7 días. Al concluir, el proceso vuelve a empezar: el revestimento se engruesa, un óvulo se libera y, si no es fecundado, se produce la menstruación entre 25 y 28 días después. El ciclo menstrual se mide desde el primer día de sangrado hasta el día anterior a la iniciación del siguiente sangrado.

La menstruación comienza entre los 10 y los 14 años, aunque puede presentarse también entre los 9 y los 18 años. Durante el periodo de sangrado, la higiene es fundamental: se asea diariamente el área genital con agua y jabón, y se usan y renuevan varias toallas sanitarias al día. Se debe recordar que la mujer puede quedar embarazada si tiene relaciones sexuales sin protección anticonceptiva durante este periodo.

Las molestias previas a la menstruación se denominan *síndrome premenstrual*. Alrededor de un 40 a un 50 por ciento de la población femenina padece estas molestias en mayor o menor grado. La *dismenorrea* consiste en menstruaciones difíciles o con dolores (calambres). En estos casos se recomiendan fármacos, masajes, ejercicios, dormir más y una dieta adecuada.

La *amenorrea* es la ausencia de menstruación. Puede deberse a un estado de malnutrición, causas emocionales, enfermedades o anomalías hormonales. La *menopausia* es el final de los ciclos menstruales y puede darse entre los 45 y los 55 años.

Prohibida su venta

CAMBIOS FISICOS EN LA ADOLESCENCIA

Los cambios puberales se inician por lo general dos años antes en las niñas que en los niños.

MASCULINOS	FEMENINOS
• Inician 12-13 años	• Inician 10-13 años.
• Estirón sorpresivo	• Crecimiento de los pechos
• Se ensanchan hombros	• Ensanchamiento caderas
• Cadera estrecha	• Caderas redondeadas
• Desarrollo muscular	• Crecen y desarrollan los genitales.
• Pigmentación de la piel	• Aparece vello púbico
• Crecen y desarrollan los genitales.	• Aparece vello axilar
• Vello pubiano	• Aparece menstruación
• Vello axilar	• Crecimiento máximo a los 16 años de edad.
• Vello en el rostro y otras partes.	• Glándulas sudoríparas inician su actividad.
• Agravamiento de la voz.	• Aparecen espinillas.
• Aparecen emisiones nocturnas.	
• Crecimiento máximo a los 18 años.	
• Glándulas sudoríparas inician actividad.	
• Aparecen espinillas.	

AUTOESTIMA:

Es el grado en que una persona se siente amada, valiosa y competente. Este sentimiento de valoración y aceptación de la propia manera de ser. Se desarrolla desde la má tierna infancia a partir de las experiencias del niño y de su interacción con los demás.

Por tanto la autoestima es un fenómeno aprendido durante el proceso de crecimiento y desarrollo. En otras palabras, la imagen que interiormente tenemos de nosotros mismos no es algo heredado sino aprendido de nuestro alrededor desde que el niño nace, se mira en sus padres como un espejo y va aprendiendo lo que es su autoestima.

Vale en gran medida, por lo que ellos lo valoran. La importancia del papel de los padres en los primeros años de vida es insustituible. Ellos son los "espejos psicológicos" a partir de los cuales el niño va construyendo su propia autoestima. La calidad de los espejos maternos y paternos determinarán el que la imagen que se devuelve sea equilibrada o deforme. Por eso maternidad y paternidad significan no sólo nutrición sino sobre todo "alimentación psicológica" no en cantidad sino en calidad.

Hay 2 tipos de autoestima: la básica que es la más significativa, es la que se construye del nacimiento a los 6 años en el seno de la familia de orígen;

1. Es amado sin condiciones.
2. Es valioso y diferente a sus hermanos.
3. En su familia hay tolerancia y oportunidad de corregir sus errores.
4. Es aceptado por sus limitaciones.
5. Es reconocido por sus cualidades.
6. Logrará éxito personal.

La autoestima funcional: Es la que se forma más tarde en la vida con la evaluación progresiva de otras personas significativas: en la escuela, el colegio, universidad, lugar de trabajo, etc.

Cuando la autoestima básica es positiva es muy difícil que la autoestima funcional la minivalorice.

AUTOIMAGEN

Es el "retrato mental" del propio cuerpo que poseemos.

Todos tenemos una imagen corporal interiorizada, la cual se comienza a tomar desde el momento en que nacemos y se va consolidando con el progresivo crecimiento y desarrollo.

EL AUTOCONCEPTO

Podemos poseer un autoconcepto positivo o negativo, esto dependerá de lo que nos reflejen las personas más significativas de nuestro entorno.

El autoconcepto está formado por el conjunto de ideas positivas y negativas que poseemos de nosotros mismos, esto a un nivel cognoscitivo y efectivo, relacionado con nuestros valores, aptitudes y habilidades, así como la clara percepción de nuestras limitaciones.

Un sólo gesto positivo o negativo habla más que cien palabras juntas.

Sabes qué es la autoestima?

Es la forma en que nos sentimos con respecto a nosotros mismos. Es decir podemos sentir que estamos contentos con lo que somos y pensamos, o podemos tener muchas dudas al respecto y sentirnos mal.

Todos los días enfrentamos cosas o sucesos que afectan la forma en que nos sentimos con respecto a nosotros mismos. Por ejemplo, podemos confiar en nuestras ideas y sentido común de una forma clara y decidida, o podemos tener muchas dudas y sentirnos afectados fácilmente por otras personas que no piensan igual o nos dicen que lo que hacemos o pensamos no es lo correcto.

¿Porque nos afecta tanto?

La autoestima se logra a lo largo de la vida: desde nuestra niñez y durante nuestra adolescencia, como un proceso muy largo. Las fuentes de la autoestima inicialmente son externas: nuestros padres, nuestra familia y entorno. Luego vamos desarrollando la capacidad de tener una autoestima interna propia la cual es reforzada tanto por las personas a nuestro alrededor como por las cosas que nos pasan cada día.

Si tenemos muchas cosas satisfactorias, ésto va ha reforzar nuestra autoestima y al contrario se maltrata si nos pasan muchas cosas dolorosas.

En la adolescencia ésto nos afecta muchísimo, pues nuestra autoestima aún está en desarrollo, y nuestra sensación interna de bienestar no es tan fuerte como debería llegar a ser. Entonces cuando sentimos que algo nos afecta, como una crítica de un amigo, tenemos dificultad en analizar la situación, antes de decidir si nuestro amigo tiene razón o no, y no sentirnos mal muy rápidamente.

¿Qué podemos hacer para sentirnos mejor

Primero que todo debemos recordar, que nuestra autoestima es el resultado de muchos factores: el ambiente, la crianza, la familia, el entorno, la escuela, etc. Muchas veces nos sentimos mal, pues nos parece que nuestra forma de ser no es la mejor. Sin embargo, de ésto nadie tiene la culpa. Lo que debemos hacer es tratar de definir, con ayuda de otras personas, las cosas que nos gustaría cambiar y comenzar a hacerlo.

En segundo lugar, debemos recordar, que las primeras felicitaciones por las cosas que hagamos bien o por nuestros éxitos, debemos ser nosotros mismos. Reconocer nuestros propios logros y aprender a conocerse y quererse, es básico para lograr que nuestra autoestima interna sea fuerte y no debamos depender de tantas fuentes externas. Debemos reconocer el verdadero valor de las cosas que suceden en nuestra vida.

Recuerda

Eres una persona única,
y por lo tanto vales mucho.

Como seres humanos
tenemos virtudes y fallas.

Debemos reconocer
nuestras virtudes y éxitos.

Debemos trabajar
en nuestras fallas.

Todos tenemos problemas,
lo importante es trabajar en
ellos y seguir adelante en busca
de nuestras metas.

La docena mágica de la autoestima:

1. Saber y aceptar que todos tenemos cualidades y defectos.
2. Saber que todos tenemos algo bueno de lo cual podemos estar orgullosos.
3. Poder liberarse de conceptos negativos sobre sí mismo.
4. Aceptar que todos somos importantes.
5. Vivir responsablemente de acuerdo con la realidad, reconociendo lo que nos gusta y lo que no nos gusta.
6. Aprender a aceptarse a través de lo que se siente y de lo que se es.
7. Liberarse de la culpa al evaluar lo que se quiere y lo que se piensa.
8. Actuar de acuerdo a lo que uno desea, siente y piensa, sin tener como base la aprobación o desaprobación de los demás.
9. Sentirse responsable de uno mismo ya que el hacerse responsable de la propia existencia genera la confianza en sí mismo y en los demás.
10. Vivir auténticamente al aprender a ser congruente entre la forma de sentir y de actuar.
11. Fomentar la autoestima en los otros ya que la honestidad al fomentar la autoestima de las personas que nos rodean refleja nuestra propia autoestima.
12. Hallar el coraje de amarse como personas y comprender que ese es un derecho propio que todos tenemos.

GÉNERO

Se refiere a las características o cualidades sociales, intelectuales, morales o espirituales que la sociedad le ha asignado al varón y a la mujer, llamando masculinidad lo dado al varón y femeninidad lo dado a la mujer.

- El género se construye día a día por costumbres, leyendas, cuentos, canciones, poemas y conversaciones.
- El género corresponde a las estructuras sociales, culturales o psicológicas que se imponen a las diferencias biológicas.
- La teoría considera que todas las características asignadas al sexo son aprendidas y que todo lo que se refiere a ser mujer o ser hombre es histórico.
- El género conlleva el aprendizaje de unas normas que informan a las personas de lo obligado, lo permitido y lo prohibido.
- El género planteado tradicionalmente es discriminatorio para la mujer.
- Las nuevas corrientes de la teoría de género formula alternativas tendientes a una organización social más igualitaria:

Femenino:

- Abolir la división social del trabajo.
- Alivio de la carga de trabajo doméstico y del cuidado de los niños.
- Abolición de formas institucionales de discriminación.
- Derechos de tenencia de tierra y acceso al crédito.
- Igualdad política.

Masculino:

- Responsabilidad compartida del trabajo doméstico y cuidado de los niños.
- Eliminación de la dependencia de la figura femenina.
- Reconceptualización de la masculinidad para mejorar las relaciones sociales, familiares y de pareja.
- Validación social y familiar de la emotividad masculina.

Lo anterior evidencia la necesidad de una participación igualitaria en lo público y privado. Igualdad de derechos y deberes en el acceso a la educación en atención de salud y aplicación de leyes.

MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS:

Existen diferentes métodos anticonceptivos que pueden utilizar los adolescentes. Es el médico o la enfermera el que deberá orientarlo y guiarlo. Solo los anticonceptivos de barrera no requieren receta médica para utilizarlos. Estos son: el condón o preservativo, jaleas, espumas, óvulos, espermaticidas, tabletas vaginales, y cremas.

Condón o preservativo:

Es una funda de caucho que el hombre coloca en el pene en el momento anterior al coito. Su mecanismo de acción evita que los espermatozoides penetren en la vagina, por lo cual se clasifica dentro del grupo de anticonceptivos de barrera.

Cómo se usa: antes de realizar el coito, se coloca el condón sobre el pene en erección, dejando un cuarto de centímetro libre en la punta para que se deposite el semen. Después de alcanzar la eyaculación debe tenerse cuidado al retirarse para evitar que el condón se quede dentro de la vagina, o que se derrame parte del semen. Hay que recordar que despué de la eyaculación el pene se pone flácido de inmediato. Si se desea tener otro contacto sexual debe usarse otro condón. En caso de que el condón se rompiera, se recomienda un lavado inmediato.

Ventajas:

Previene el contagio de enfermedades sexualmente transmisibles.

No requiere receta médica.

Es barato.

Es fácil de portar.

Desventajas:

Pueden romperse por falla de lubricación o de almacenamiento.

Algunos hombres sienten que les resta sensibilidad.

Alergia al látex.

Espumas, jaleas, tabletas, óvulos vaginales, espermaticidas:

Estos son anticonceptivos de barrera son sustancias que se colocan antes del coito en el fondo de la vagina. Su mecanismo de acción inmoviliza a los espermatozoides.

Cómo se usa: Se introduce la sustancia con un aplicador o con los dedos, 15 minutos antes del coito para dar tiempo a que actúe. Después del contacto sexual no deben realizarse lavados vaginales antes de 6 horas. Para cada penetración se necesita una nueva aplicación.

Ventajas:

Disponibles sin necesidad de receta médica.

Fácil aplicación.

Relativamente baratos.

Combinables con otro método para mayor eficacia.

Desventajas:

Su aplicación puede interrumpir el acto sexual.

Puede causar alergias a la mujer.

LA PÍLDORA

Está hecha con hormonas sintéticas semejantes a las que produce el organismo. Su mecanismo de acción suprime la ovulación y propicia en el tracto reproductivo condiciones desfavorables para el transporte de espermatozoides y la implantación de un posible óvulo fecundado.

Cómo se usa: Se empieza a tomar el quinto día después de la menstruación, diariamente por un período de 21 días. Se deja de tomar 7 días antes de empezar un nuevo paquete. Otra clase de píldora se toma continuamente durante un período de 28 días. La píldora debe ser tomada ordenadamente a la misma hora cada día, de preferencia en la noche. Si una mujer olvida tomar una píldora un día, deberá tomarla tan pronto como sea posible y la píldora siguiente a la hora establecida. Si se olvidara más de 2 días, hay que suspender el método y usar métodos de barrera mientras se inicia otro ciclo después de menstruar.

Ventajas:

Fácil de usar.

No requiere preparación ante del coito.

Protección continua y efectiva.

Puede regualr el ciclo menstrual

No interfiere con el acto sexual

Desventajas:

Requiere de motivación diaria.

Es necesaria una consulta médica antes de usarla

Está contraindicada en algunos padecimientos.

Dispositivo intrauterino (DIU):

Es un pequeño aparato de plástico, en forma de espiral, T o Y, inerte ó con cobre que se inserta en la cavidad del útero. Su mecanismos de acción impide la fertilización del óvulo así como la implantación del óvulo fecundado.

Cómo se usa: Un médico o enfermera inserta el DIU dentro del útero, de preferencia cuando la mujer está menstruando. Los hilos que tiene el DIU en un extremo quedan fuera del útero, y son revisados cada seis meses o cada año por el médico o enfermera.

Ventajas:

Se inserta una sola vez.

Requiere poca atención o cuidado (sólo 2 veces al año).

No interfiere con el acto sexual.

No interfiere con el proceso de crecimiento y maduración.

Ofrece protección continua y efectiva.

Desventajas:

Requiere la participación de un profesional en salud para usarlo.

Puede causar cólicos y trastornos menstruales.

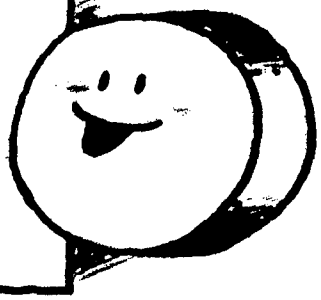
Puede ser expulsado.

Puede provocar inflamación pélvica.

Las pastillas

cosas que se dicen

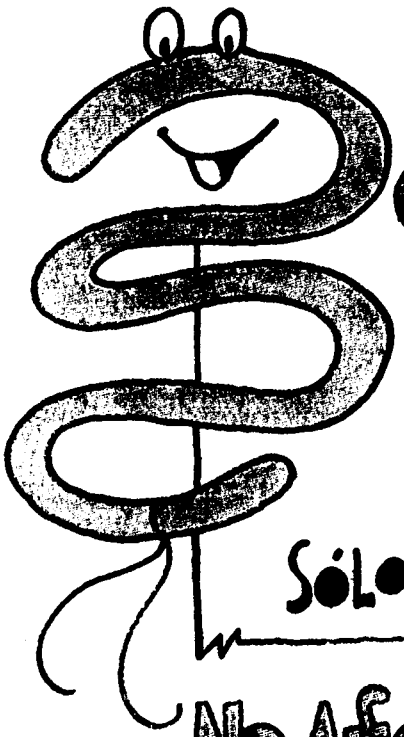
SUBEN LA PRESIÓN
ALTERAN EL ESTADO DE ÁNIMO
PRODUCEN CÁNCER
ES UN MÉTODO MUY SEGURO



- SI UNA MUJER USA PASTILLAS, DESPUÉS TENDRÁ GEMELOS O TRILLIZOS

- EVITAN LA OVULACIÓN
- NECESITAN RECETA MÉDICA
- ADELGAZAN
- ENGORDAN
- MANCHAN LA CARA

- REGULAN LA MENSTRUACIÓN
- NO TODAS LAS MUJERES PUEDEN TOMARLAS
- RESTAN AÑOS DE VIDA
- PRODUCEN VÁRICES
- PROTEGEN CONTRA LA ANEMIA



EL DIU

cosas que se dicen

NO TODAS LAS MUJERES PUEDEN USARLO

PUEDE PRODUCIR UNA INFECCIÓN

REQUIERE DE CONTROL MÉDICO

SÓLO UN MÉDICO O UNA ENFERMERA PUEDEN COLOCARLO O QUITARLO

NO AFECTA LA RELACIÓN SEXUAL

UN 3% PUEDEN QUEDAR EMBARAZADAS

PRODUCE:

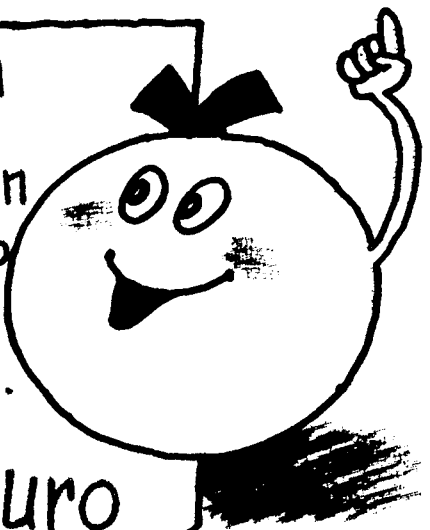
CALAMBRES...

HEMORRAGIAS...

ESTERILIDAD...

DOLOR DE ÚTERO

SI OCURRE UN EMBARAZO EL DIU SE PEGA EN LA CABEZA DEL FETO PRODUCIÉNDOLE UNA GUSANERA.



ES MUY SEGURO

LA MUJER PUEDE EXPULSAR EL DIU

El Diu
Cosas que se saben

ES CIERTO

* ES MUY SEGURO
* REQUIERE CONTROL DEL MÉDICO. Sólo él o una enfermera pueden colocarlo o quitarlo
* NO AFECTA LA RELACIÓN SEXUAL
* NO TODAS LAS mujeres pueden USARLO
* UN 3% PUEDEN QUEDAR EMBARAZADAS

FALSO

Si ocurre embarazo, el Diu se PEGA a LA CABEZA del feto

PRODUCE ESTERILIDAD

Si hay embarazo el Diu Se infecta y Produce una Gusanera en la cabeza del feto

EN ALGUNOS CASOS

Puede Producir:
DOLOR de ÚTERO...
CALAMBRES...
INFECCIÓN...
La mujer Puede EXPULSAR el Diu

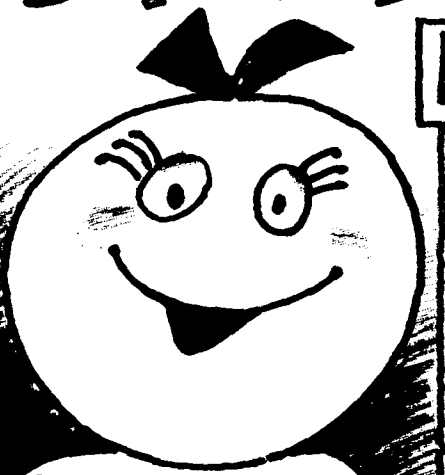
LAMINA 2

Las Pastillas

Cosas que se saben

ES Cierto

- Es un método muy seguro
- *LA PAREJA DISFRUTA Más de la relación sexual, al no tener preocupación por el embarazo
- * Evitan la ovulación Por lo que el riesgo de embarazo es muy bajo.
- * Regulan la menstruación o regla.
- * Necesita receta médica
- * No todas las mujeres pueden tomarlas
- * Protegen contra la anemia

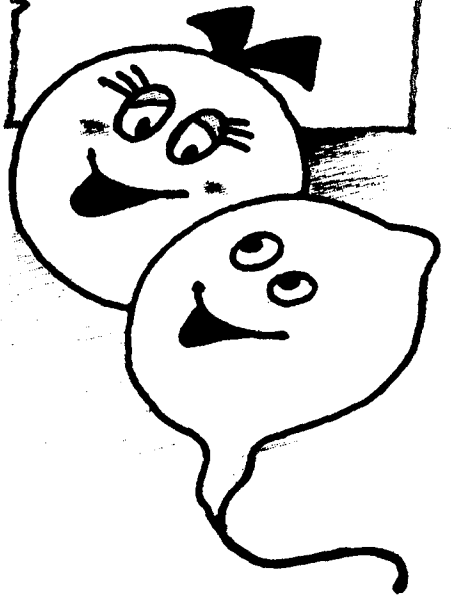


ES FALSO

- PRODUCEN CÁNCER
- Restan Años de Vida
- Si una mujer usa pastillas después tendrá Gemelos o Trillizos
- PRODUCEN VÁRICES

En Algunos CASOS

- SUBEN LA PRESIÓN
- ALteran el ESTADO DE ÁNIMO
- ADELGAZAN
- ENGORDAN
- MANCHAN LA CARA



EL Preservativo
Cosas que se saben

ES CIERTO

PROTEGEN DE UN EMBARAZO NO DESEADO

ES MUY SEGURO

ES PEQUEÑO

FÁCIL DE CONSEGUIR Y DE LLEVAR

SE DEBE USAR DESDE EL INICIO DEL ACTO SEXUAL

DEBE USARSE UNO NUEVO CADA VEZ

SE VENDE SIN RECETA MÉDICA

PROTEGE CONTRA EL SIDA

FALSO

PRODUCE ÚLCERAS EN LA VAGINA

SE ROMPE FÁCILMENTE

SE DEBE LAVAR Y USAR DE NUEVO

SI ES DE COLOR DESTIÑE

TAMBIÉN PROTEGE SI SE USAN SÓLO AL FINAL DE LA RELACIÓN

HAY QUE INFLARLO Y ESTIRARLO PARA PROBAR SU CALIDAD

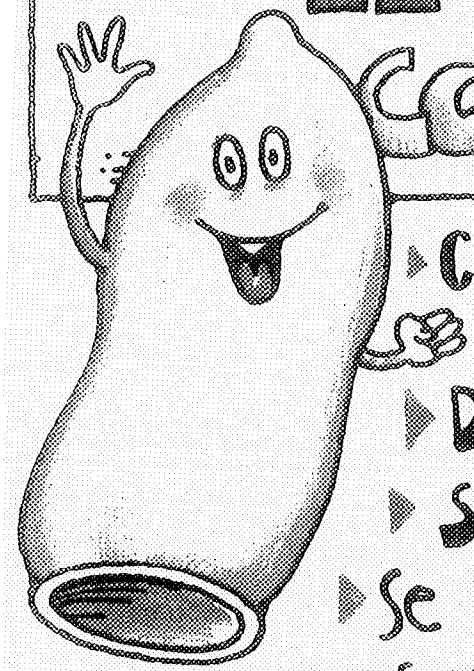
EN ALGUNOS CASOS

CAUSA IRRITACIÓN EN LA VAGINA

DISMINUYE EL PLACER

EL Preservativo

cosas que se dicen



- CAUSA IRRITACION O ÚLCERAS EN LA VAGINA
- DISMINUYE EL PLACER
- SE ROMPE FACILMENTE
- SE DEBE LAVAR Y USAR DE NUEVO
- HAY QUE INFLARLO Y ESTIRARLO PARA PROBAR SU CALIDAD
- SI ES DE COLOR DESTIÑE

PROTEGE DE UN EMBARAZO NO DESEADO

PROTEGE DEL SIDA

ES MUY SEGURO

FÁCIL DE CONSEGUIR Y DE LLEVAR

TAMBIEN PROTEGE, SI SE USAN SÓLO AL FINAL DE LA RELACIÓN SEXUAL

SE DEBE USAR DESDE EL INICIO DEL ACTO SEXUAL

SE DEBE USAR UNO NUEVO EN CADA ACTO SEXUAL

SE VENDEN SIN RECETA MÉDICA

LA FECUNDACIÓN

Después de ovulación → óvulo pasa trompa de falopio donde podrá ser fecundado. Los espermatozoides atraviesan útero → trompa.

El óvulo fecundado (cigoto), aproximadamente 30 días empieza a multiplicarse rápidamente → embrión.

Este se desplaza hacia el útero, dura casi 6 días.

El embrión se fija en endometrio → "anidación" y se precisa para que se inicie el embarzo.

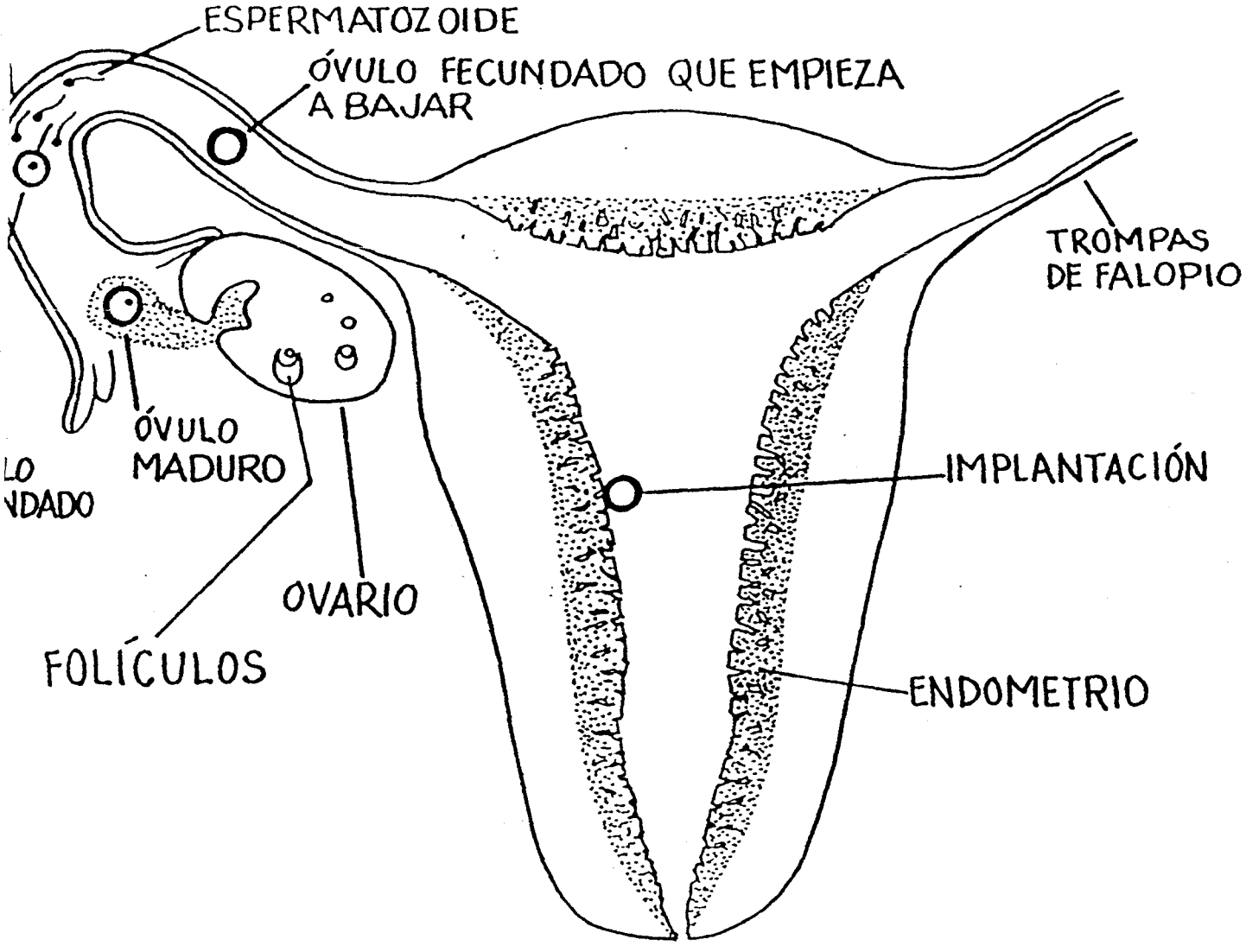
SÍNTOMAS FÍSICOS DEL EMBARAZO:

- Amenorrea (falta de regla).
- Ganas de vomitar - vómitos - intolerancia a los olores.
- Ganas frecuentes de orinar.
- Oscurecer: pezones-axilas-línea negra-cicatrices.
- Crecimiento de los senos.
- Antojos.
- Estreñimiento
- Dificultad para respirar.

LA FECUNDACION

(PROCESO)

AQUI SE PRODUCE
-A FECUNDACIÓN



La fecundación

Para que se produzca la fecundación, es necesario que un espermatozoide penetre dentro del óvulo.

Cada mes sale un óvulo maduro de uno de los ovarios. Ese óvulo permanece con vida en la trompa de Falopio, aproximadamente 24 a 72 horas. Solo en ese tiempo, se puede producir la fecundación.

Los espermatozoides pueden permanecer vivos dentro de la trompa de Falopio de la mujer, unas 72 horas aproximadamente.

El espermatozoide fecunda al óvulo en el primer cuarto de la trompa de Falopio.

De los millones de espermatozoides que penetran en la vagina, útero y trompas de Falopio de la mujer en cada acto coital, solo uno puede penetrar dentro del óvulo.

Cuando el espermatozoide entra en el óvulo, deja la colita afuera.

Cuando el óvulo es fecundado, empieza a dividirse en muchas células y a bajar hasta el útero. Allí se implanta en el endometrio y empieza el proceso de desarrollo del nuevo niño, que nacerá a los 264 días aproximadamente (9 meses).

El óvulo y el espermatozoide contienen unas sustancias llamadas cromosomas. Los cromosomas contienen los genes que determinan las características hereditarias del nuevo bebé. Cuando el óvulo y el espermatozoide se unen, también se unen los genes del hombre y de la mujer, por eso el hijo hereda algo de los dos.

En el espermatozoide están los cromosomas que definirán el sexo del hijo que va a nacer. Se llama "cromosoma x" al que dará una mujer y "cromosoma y" al que dará un varón. En el óvulo solo hay cromosomas femeninos o sea "cromosomas x". Si un óvulo es fecundado por un espermatozoide (cromosoma x) el hijo que nacerá va a ser mujer (x + x = mujer), si un óvulo es fecundado por un espermatozoide (cromosoma y) el hijo que nacerá va a ser varón (x + y = varón).

SITUACIONES QUE FACILITAN EL EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA:

- Desconocimiento del uso y forma de adquisición de métodos anticonceptivos.
- Inmadurez emocional → no mide las consecuencias.
- El miedo a estar solas.
- La posibilidad de sentirse adultas.
- La carencia de afecto.
- La curiosidad sexual.
- Presencia de embarazos premaritales en hermanas y en la madre.
- La búsqueda de independencia.
- La necesidad de reafirmarse como mujeres o como hombres.

ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL

Son padecimientos del ser humano, que se transmiten por medio del contacto genital, entre una persona enferma y una persona sana. Son fáciles de tratar, si el tratamiento es desde el inicio. Todas se pueden prevenir. Se les llama también enfermedades venéreas.

Enfermedades venéreas más frecuentes

Existen varias enfermedades de transmisión sexual. Las dos más importantes en Costa Rica son: la gonorrea y la sífilis.

Factores que contribuyen al aumento de las enfermedades venéreas

- Mayor población sexualmente activa y sin información
- La promiscuidad sexual
- Mayor población flotante y el turismo
- Bajo uso del condón

1. Sífilis

Es causada por una bacteria o microbio llamado espiroqueta y científicamente: *Treponema Pallidum*. Es muy sensible al aire libre por eso el contagio es por contacto genital o por transmisión de la madre al niño a través de la placenta.

Se caracteriza por periodos de actividad que tienen muchos síntomas, alternando con periodos sin síntomas o manifestaciones visibles.

1.2 Sífilis primaria

Entre los 10 y 90 días después de la relación genital infectante, aparece una lesión pequeña, llaguita o grano llamada **Chancro** en los genitales del hombre o de la mujer.

Es una úlcera redonda, no dolorosa que desaparece en 1 ó 2 meses, pero los microbios continúan en el cuerpo invadiendo los órganos, esto hace creer que se ha curado.

Se confunde con raspaduras o irritaciones.

1.3 Sífilis secundaria

Después de desaparecer el chancro, aparecen erupciones o manchas en la piel muy parecidas a las del sarampión y rubeola, o las producidas por alergias a medicinas en todo el cuerpo. Puede acompañarse de fiebre, caída de pelo, dolor de cabeza, malestar general, dolor en articulaciones. Estos períodos son los más infectantes y donde el tratamiento correcto es eficaz.

1.4 Sífilis tardía

Luego de repetidas apariciones y desapariciones de las lesiones llega a se destructiva. Grandes úlceras en la piel , deformación de partes del cuerpo , huesos y articulaciones.

Ataca el Sistema Nervioso Central , el corazón y otros órganos. Puede quedar paralítico o morir de un ataque al corazón. Puede someterse a tratamiento pero los daños son irreparables.

Sífilis congénita: La mujer que se infecta antes o durante el embarazo. La madre lo transmite al niño antes de nacer. . Puede producir partos antes de tiempo , malformaciones o muerte del feto.

2. Gonorrea

Producida por una bacteria gonococo o *Neisseria gonorrea.*

En el hombre:

Se caracteriza porque después de 2 a 8 días de la relación genital , hay salida de pus por la uretra y ardor al orinar. Estos síntomas siguen por varias semanas y si no se da tratamiento , la infección sube hasta afectar la próstata y testículos , por ello puede quedar estéril.

En la mujer:

Suele ser sin síntomas o presentar ardor al orinar , flujo vaginal verdoso o , al igual que en el hombre , sube a otros órganos genitales internos (matriz o trompas) y produce dolores agudos. Si llega a ovarios puede producir esterilidad.

Cuando la persona no busca tratamiento a tiempo , se producen graves daños como infección del Sistema Nervioso Central , Meningitis , daños de corazón , hígado, riñones , huesos y articulaciones.

3. Chancro Blando

Es producida por el *Hemophilus ducreyi* , después de los 5 días de la relación genital. Aparece en órganos genitales , vagina , pene y otros.

Una ampolla se revienta en úlcera o llaga con pus , es más dolorosa entre más profunda y mayor tamaño adquiere. No desaparece sin tratamiento ; pueden aparecer otras similares que a veces se unen.

En el hombre:

Aparece en la punta del pene.

En la mujer:

En la vulva, ano y, a veces, en la vagina o aparato genital interno.

El tratamiento es de buen pronóstico.

4. Herpes genital

Producida por Herpes Tipo II. Son pequeñas vesículas o barbujitas que están en el pene o en al vulva ; son muy dolorosas y arden. A veces se revientan y crean lesiones extensas.

Desaparecen a los 13 ó 15 días. Con o sin tratamiento, las úlceras cicatrizan, pero puede volver a aparecer después de algún tiempo.

5. S.I.D.A.

Síndrome de inmunodeficiencia adquirida.

Infección por el VIH

Transmisión:

- Por contacto sexual entre un hombre y una mujer o dos varones, cuando uno de ellos tiene el virus.

- De la madre al hijo durante el embarazo.

- Por transfusión de sangre o agujas contaminadas.

El SIDA provoca una disminución de las defensas naturales del cuerpo, de forma que lo hace más propenso a enfermedades, infecciones y a algunos tipos de cáncer.

La persona infectada puede estar meses o años sin presentar síntomas, pero puede transmitir el virus a otras personas sanas.

Signos menores:

Tos persistente, dermatitis pruriginosa, Herpes Zoster recurrente, Herpes bucal, candidiasis progresiva, ganglios inflamados.

Signos mayores:

- Pérdida de peso mayor del 10 % del peso corporal.
- Diarrea de más de un mes de evolución.
- Fiebre de más de un mes de evolución.
- Un tipo de cáncer de piel.

- Meningitis por otras bacterias.

Prevención de las enfermedades de transmisión sexual

1. Conocimiento de las enfermedades.
2. Evitar el contacto genital con personas que tienen gran número de compañeros sexuales.
3. Evitar contacto genital con personas sospechosas.
4. Si decide tener la relación genital, usar el condón.
5. Mantener una pareja estable, en la cual ninguno de los dos tenga contacto genital con otra persona.
6. Usar jeringas descartables, en caso de aplicarse un medicamento.
7. No compartir objetos de uso personal, como el cepillo de dientes.
8. No empezar las relaciones genitales a edades muy tempranas.

SIDA Y ETS

Entre las enfermedades que conllevan modos de transmisiòn y comportamientos de riesgo podemos citar las de transmisión sexual, como sida, sífilis, gonorrea, herpes, linfogranuloma, condiloma, tricomonas, cándida. Unas datan de los tiempos de Cristo, otras son más recientes como el sida y que por el momento no tiene cura, para la sífilis, gonorrea se cuenta con tratamiento curativo a base de antibióticos, Mo.V.D., también con óvulos, cremas, etc.

Para el sida lo que se tiene son los antirretrovirales y tratamiento para las infecciones oportunistas.

Entre las enfermedades de transmisión sexual más comunes tenemos las siguientes:

sida, gonorrea, sífilis, chancro blando, uretritis no gonoccocica, linfogranuloma venéreo, tricomonas, condiloma acuminado, herpes genital.

El comportamiento sexual de riesgo coloca a las personas en riesgo de contraer la infección por VIH, sífilis, gonorrea, etc., igualmente se exponen cuando consumen drogas de cualquier tipo, ya que al perderse la realidad incurren en comportamientos de riesgo.

COMPORTAMIENTOS QUE CONLLEVAN RIESGO DE INFECCION

1. Relación sexual, vaginal, anal y oral con una persona infectada.

2. Usa o comparte agujas y jeringas contaminadas.

3. Una de las personas padece de una enfermedad de transmisión sexual.

4. Practica sexo anal con sus parejas sexuales (mujeres y hombres que mantienen relación sexual con parejas que son bisexuales y homosexuales).

5. No se conocen sus comportamientos de riesgo.

6. Intercambia sexo por dinero y drogas.

7. Tiene múltiples parejas sexuales.

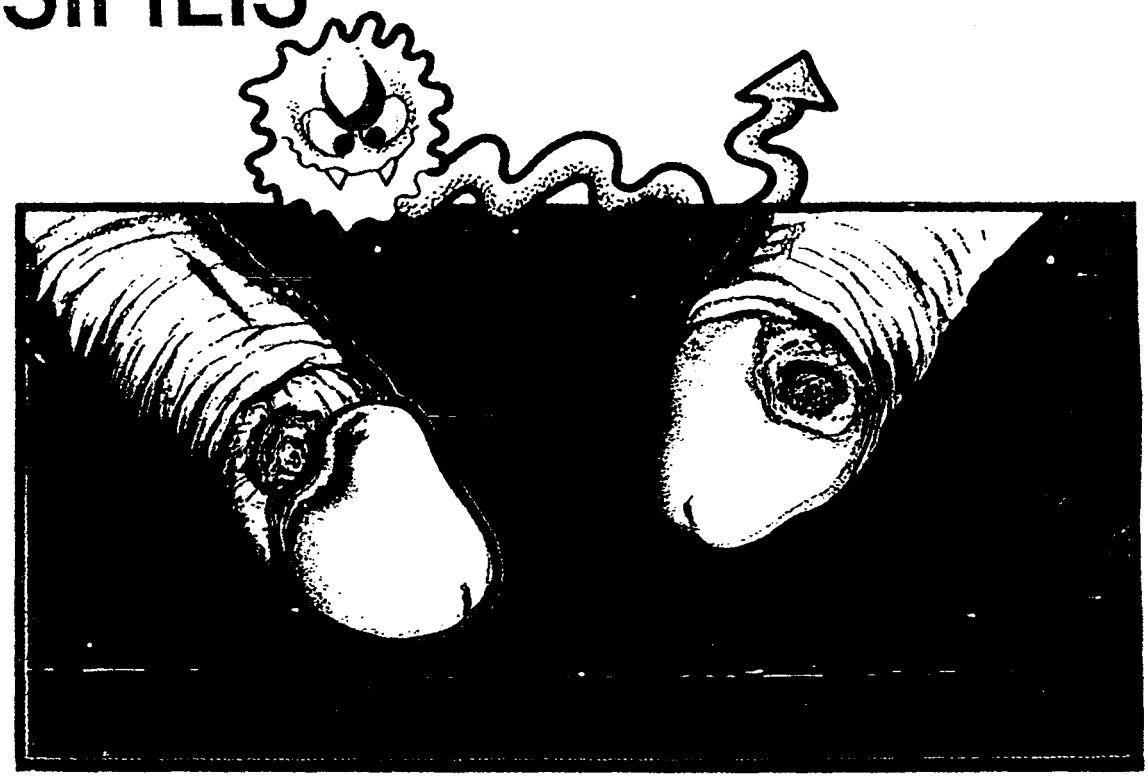
FORMAS DE PREVENCION

1. Fidelidad de pareja
2. Uso correcto del preservativo o condón
3. Abstinencia sexual

CUADRO GENERAL

ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL	SINTOMAS
SIDA	Cansancio físico y mental. aumento de volumen de los ganglios, fiebre, diarrea, sudor nocturno de meses de duración sin causa identificable, pérdida de peso de más de 10 Kg. sin explicación.
GONORREA	Ardor al orinar, secreción amarillo purulenta.
SIFILIS	Lesión indolora, ulcerada en genitales.
CHANCRO BLANDO	Varias lesiones dolorosas, con pus en genitales, dolor al orinar, lesiones ulceradas.
URETRITRIS NO GONOCOCCICA	Ardor al orinar, secreción transparente por la uretra. La mujer puede no sentir los síntomas y estar infectada.
LINFOGRANULOMA VENEREO	Fiebre, dolor muscular, lesión pequeña en órganos genitales, aumento de volumen de ganglios inguinales con salida de pus.
TRICOMONIASIS	Secreción amarillenta, picazón, ardor, dolor al orinar o durante el acto sexual. El hombre debe ser tratado aunque no tenga síntomas.
CONDILOMA ACUMINADO	Verrugas en la región genital o anal.
HERPES GENITAL	Pequeñas vesículas en los genitales externos, ardor y dolor severo.

SIFILIS



Es producido por el Treponema Palidum y es una enfermedad que ataca a hombres y mujeres y puede llevar a complicaciones serias si no se trata a tiempo.

La primera manifestación de la sífilis consiste en una pequeña úlcera o herida llamada chancro, en los órganos genitales, que aparece a las dos o tres semanas después del contacto sexual.

Esta úlcera no duele y desaparece después de algún tiempo, por lo que la persona puede pensar que está curada. Pero esto no es verdad, la enfermedad continúa en la sangre y meses después aparecen manchas en la piel.

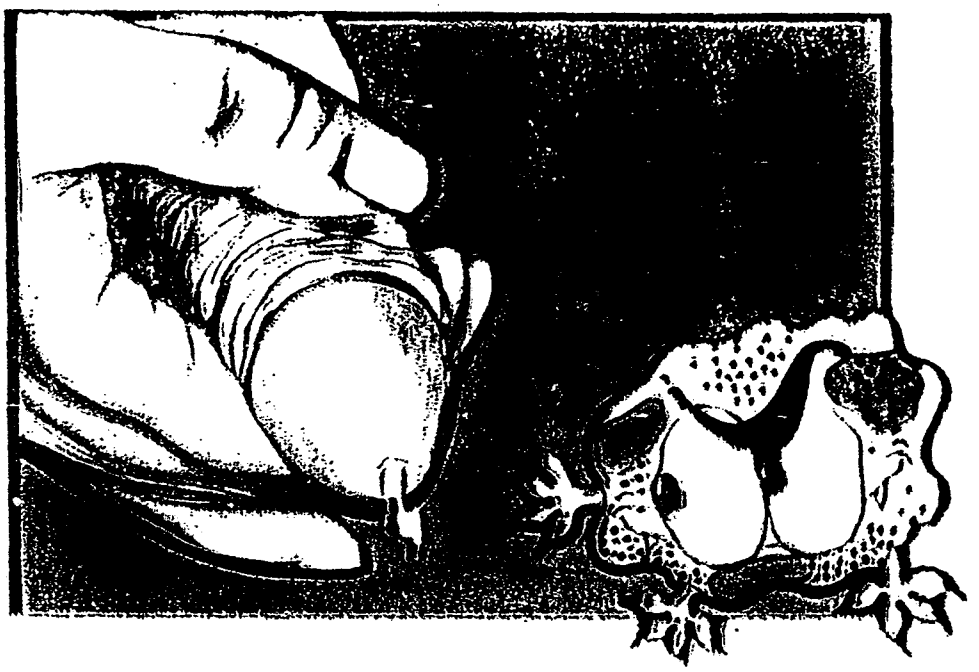
Estas manchas, también desaparecen, pero la enfermedad continúa.

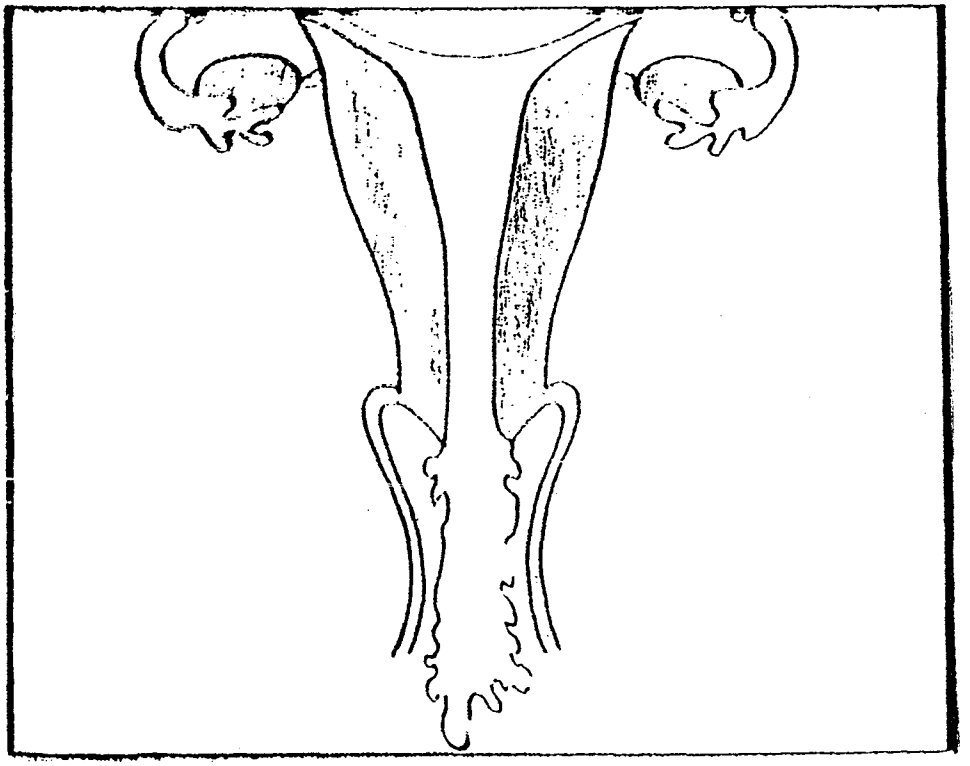
Si la enfermedad no se trata, aparecerán las complicaciones más graves como parálisis, afección del sistema nervioso central, problemas cardíacos o muerte.

Lesión de Sífilis Tardía en la pierna.

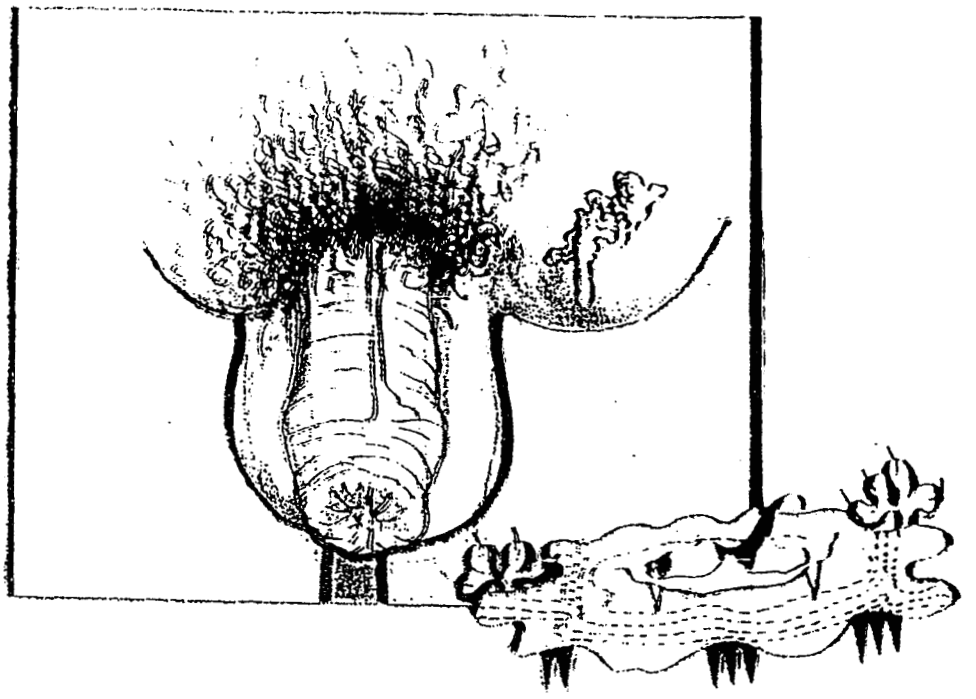
Deformación en los huesos.

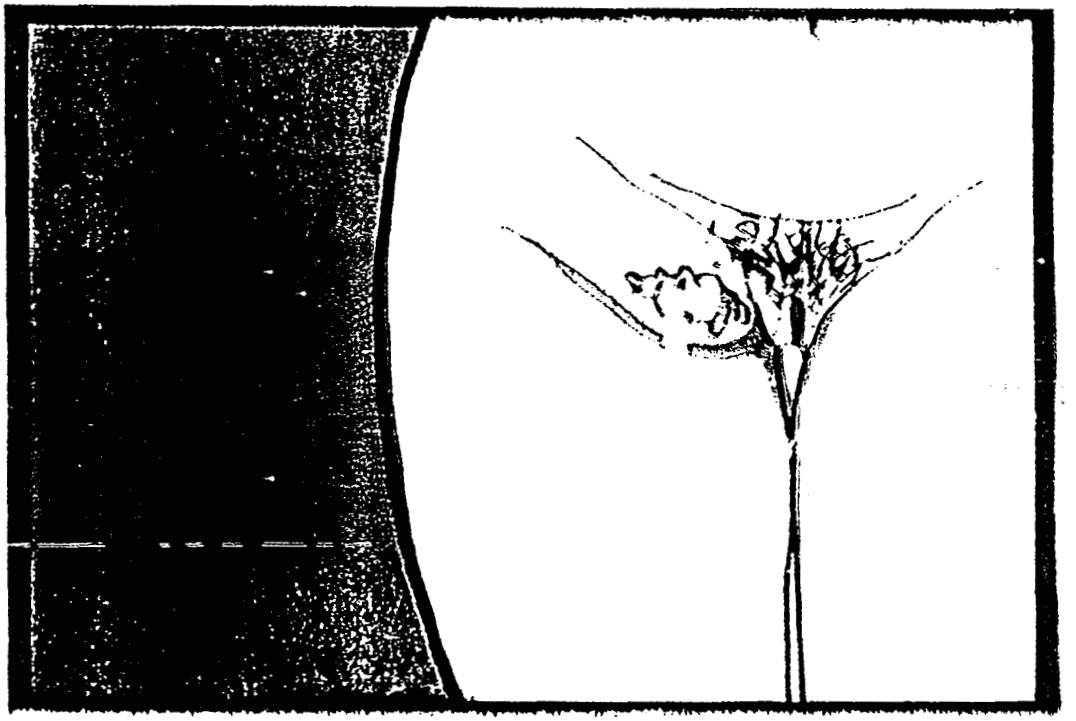
GONORREA





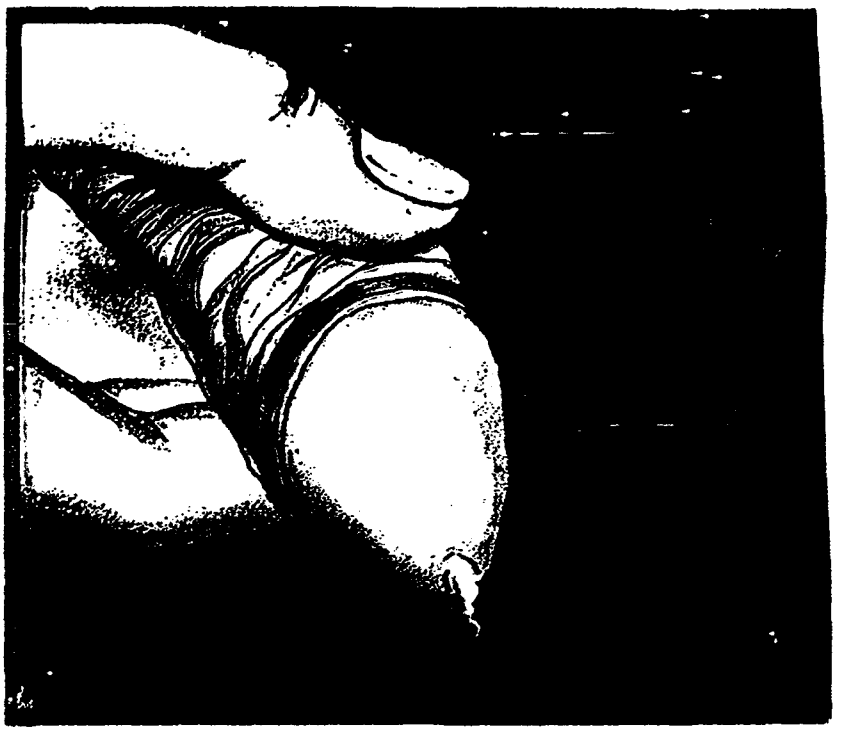
CHANCRO BLANDO





EL CHANCRO EN LA MUJER

URETRITIS NO GONOCOCCICA



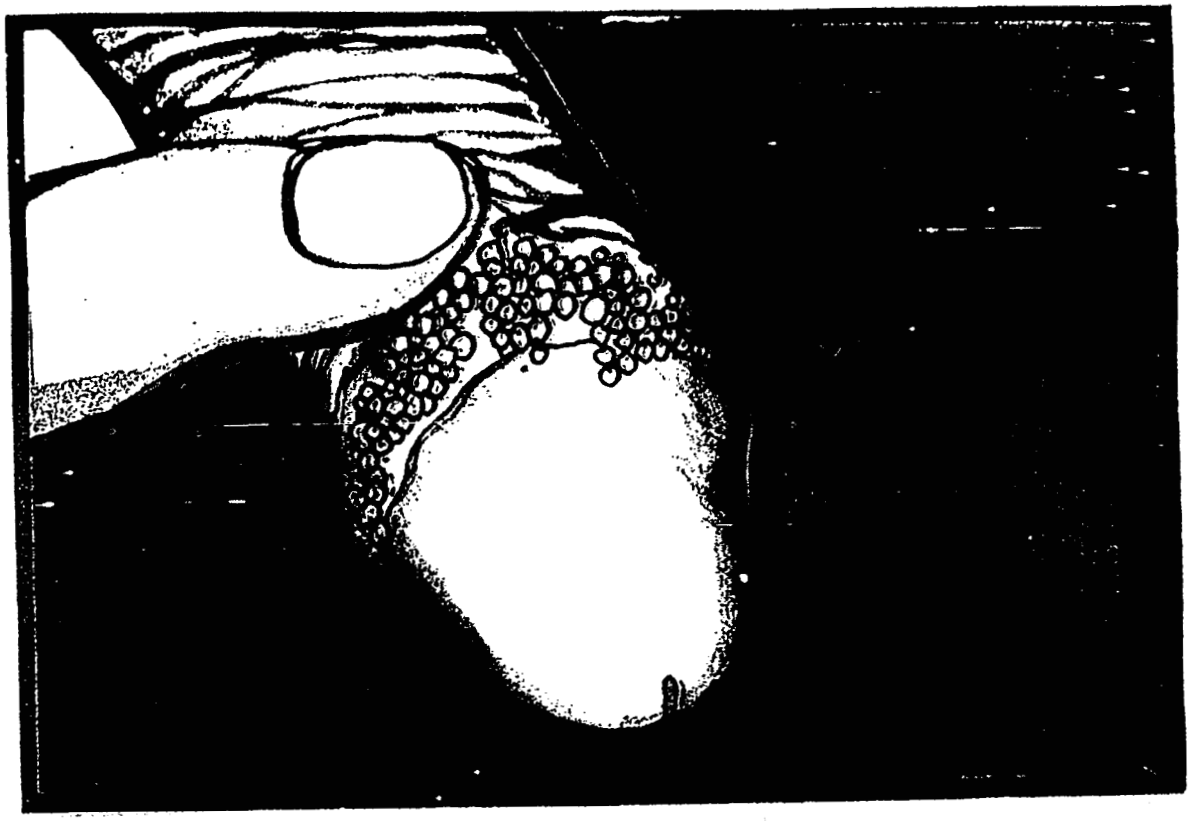
Producida por chlamydia ureoplasma.

El hombre presenta secreción uretral, por el canal donde sale la orina de ocho a diez días después del contacto sexual. La secreción es discreta, pareciéndose en ocasiones a la gonorrea, la diferencia la hace el médico fácilmente.

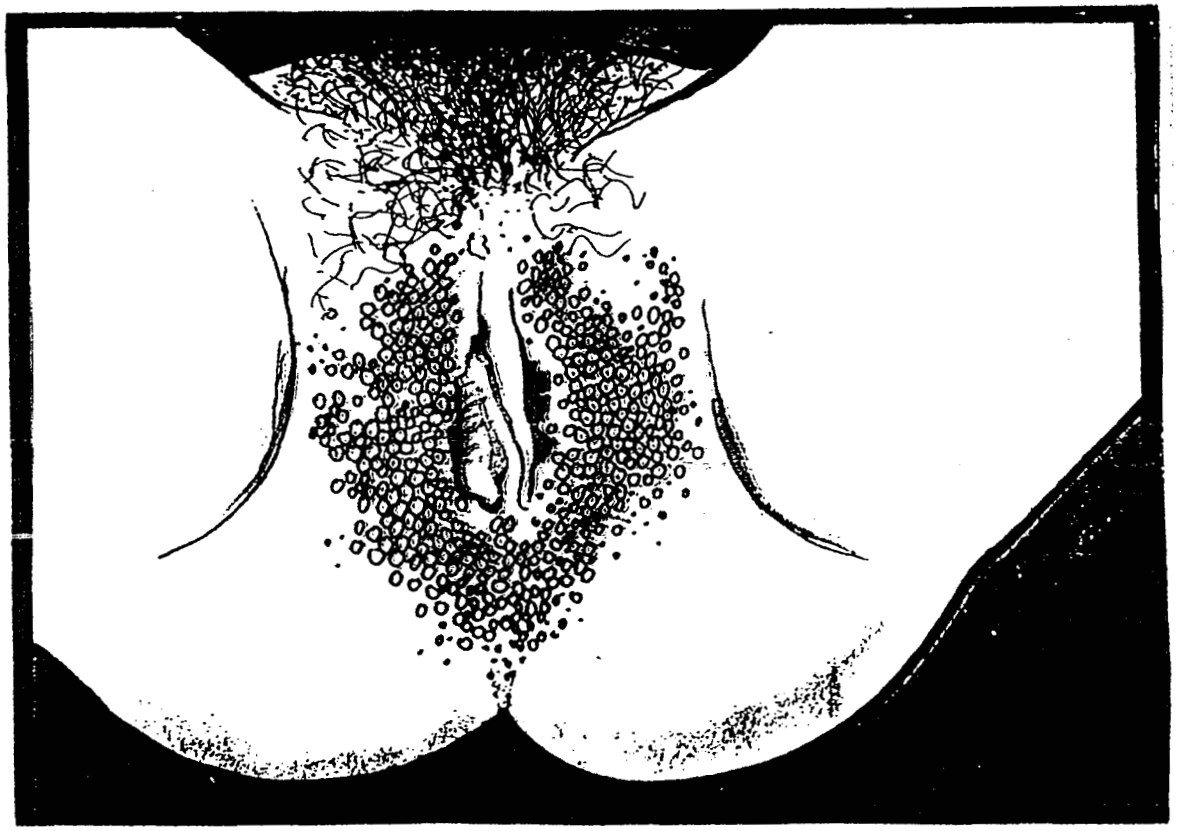
Las mujeres se pueden infectar y transmitir esta enfermedad a los hombres. En ocasiones, no presentan ningún síntoma, siendo más difícil su diagnóstico.

CONDILOMA ACUMINADO

HOMBRE

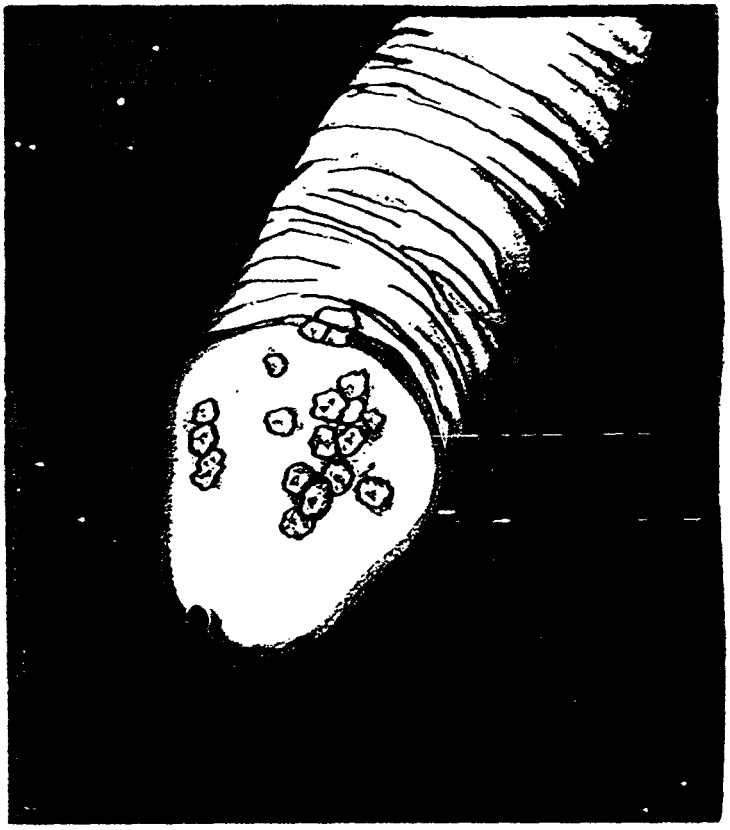


MUJER

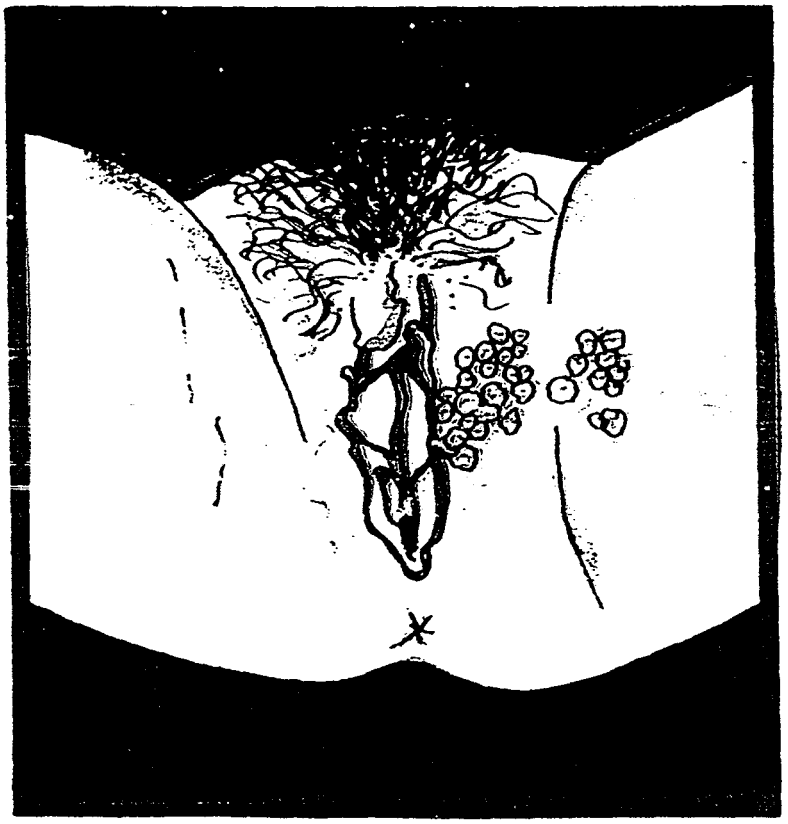


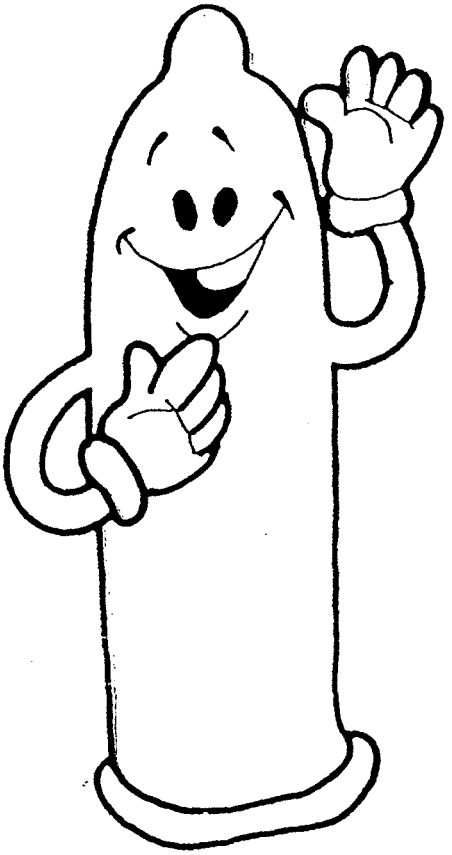
HERPES GENITAL

HOMBRE

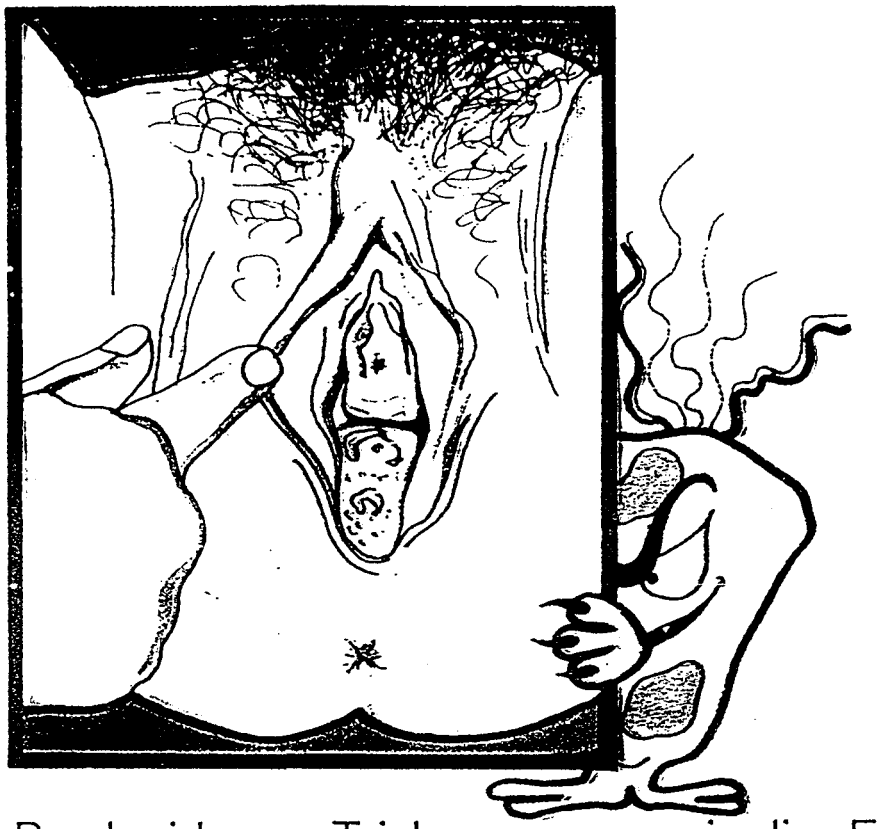


MUJER





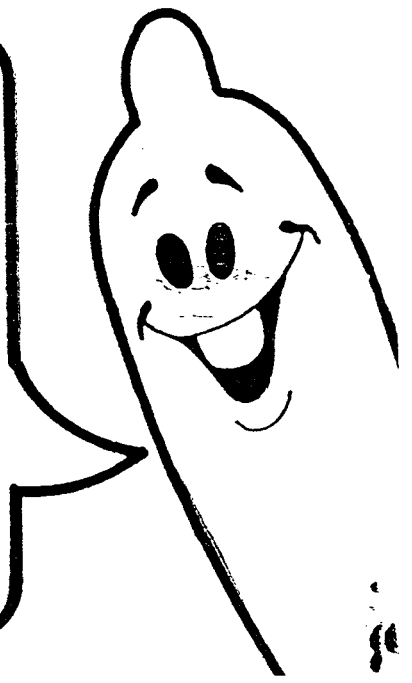
TRICOMONIASIS



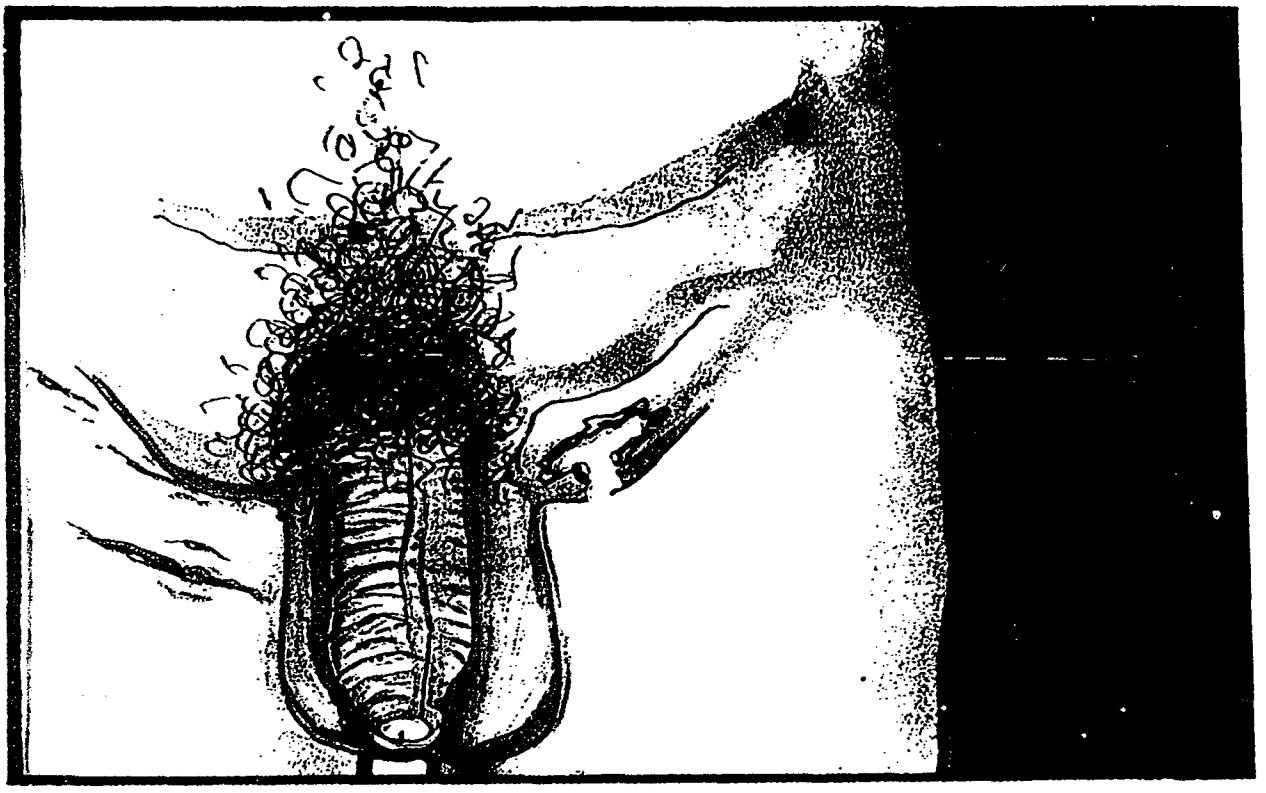
Producido por Trichomonas vaginalis. En la mujer, esta enfermedad se localiza en la vagina y en los hombres, en los genitales internos.

Los principales síntomas de la tricomoniasis son secreción amarillo-verdosa, con gran picazón, dolor al realizar el acto sexual, ardor y dificultad para orinar.

NO PIERDA EL TIEMPO SI SIENTE ALGUNOS DE ESTOS SINTOMAS ACUDA CON EL MEDICO. SI USTED APARECE CON TRICOMONAS, SU PAREJA DEBERA DE HACERSE LOS EXAMENES TAMBIEN. A PESAR DE SU GRAVEDAD LA MAYORIA DE LAS ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL PUEDEN SER COMPLETAMENTE CURADAS SIEMPRE Y CUANDO RECIBA EL TRATAMIENTO OPORTUNO Y ADECUADO.



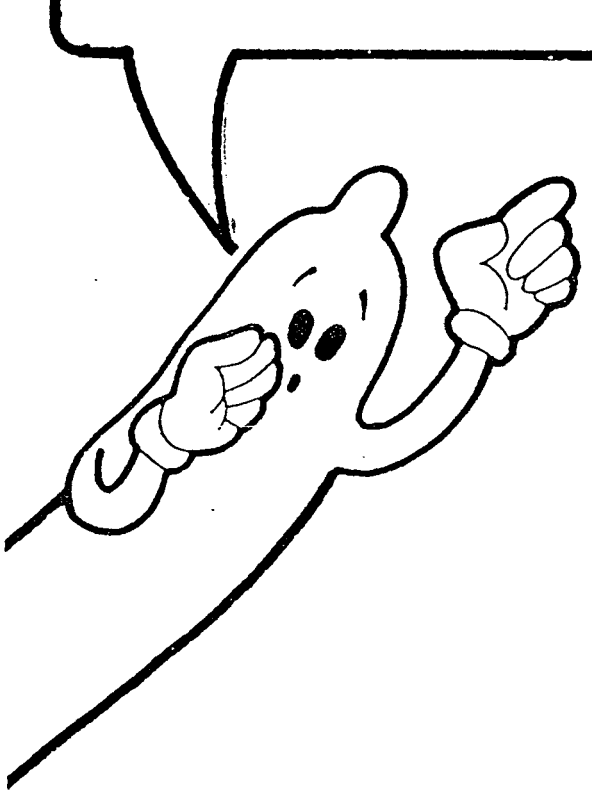
LINFOGRANULOMA VENEREO

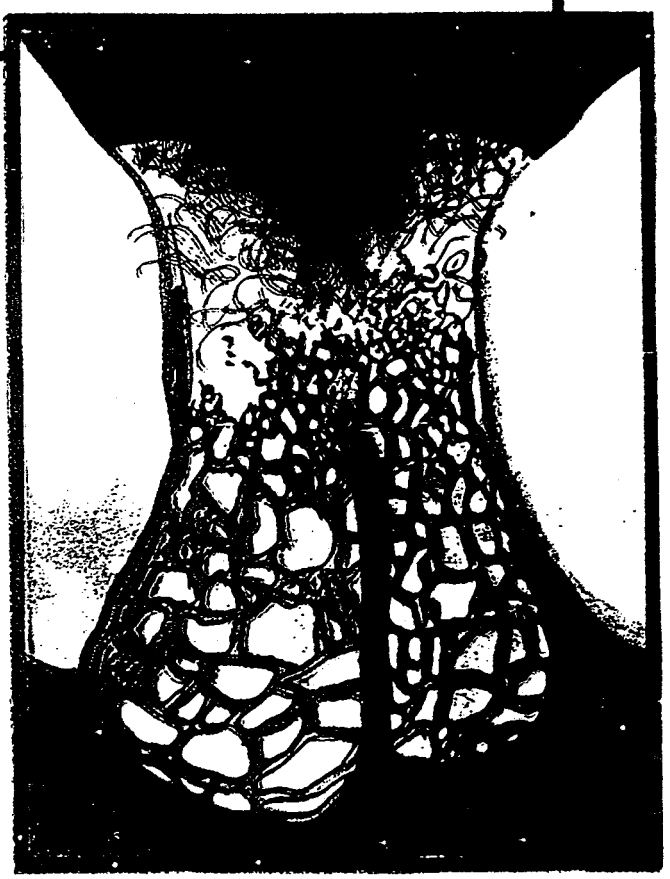


Es producido por Chamydia trachomatis. Es una enfermedad poco frecuente y los primeros síntomas de esta enfermedad son; fiebre, dolor muscular, aumento de volumen en la ingle y una pequeña lesión en los genitales.

Esta lesión generalmente puede pasar desapercibida. Luego de siete a treinta días aumentan de volumen los ganglios de la ingle. Dos o tres semanas después el absceso se puede romper.

LINFOGRANULOMA VENEREO EN LA MUJER





En la mujer esta lesión se puede localizar en la vagina o en los genitales internos, lo que favorece a que la lesión pase desapercibida.

En algunas mujeres y en homosexuales, los ganglios afectados pueden ser los del área vecina del recto, causando dificultades para defecar.

AUNQUE LA MUJER NO SIENTA NADA NI LE APAREZCAN LESIONES, SI SU COMPAÑERO INICIA CON SINTOMAS, ELLA TAMBIEN DEBERA BUSCAR ATENCION MEDICA CUANTO ANTES, PARA RECIBIR EL TRATAMIENTO CORRESPONDIENTE.

UNIDAD DOS: LA ESTRUCTURA Y FUNCCION DEL SISTEMA INMUNITARIO

METAS: Al completar esta unidad, los alumnos conocerán los componentes principales de un sistema inmunitario humano sano, y la naturaleza y mecanismo de como funciona.

EQUIPO: Un aparato de proyección de diapositivas, la serie de diapositivas llamada "El Sistema Inmunitario", y una hoja de trabajo sobre el sistema inmunitario del cual hay un ejemplo en el Suplemento 1.

ENSENANDO LA UNIDAD:

Pregúntele a los alumnos lo que saben sobre la diferencia entre bacteria y virus.

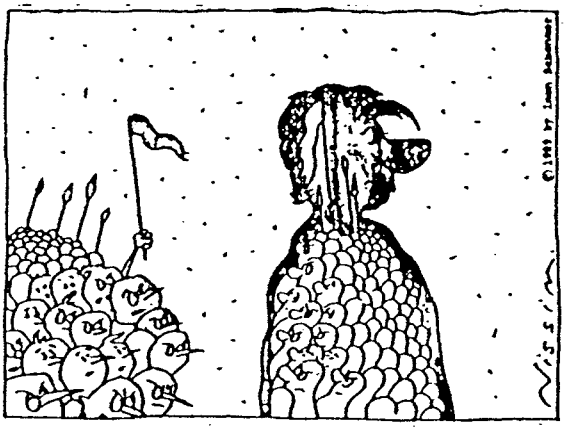
Muestre la serie de diapositivas titulada "El Sistema Inmunitario" y explique a los alumnos:

Ahora veremos una serie de fotos en diapositivas, que aunque están dibujadas como caricaturas, son científicas. Estas fotos explican como funciona el sistema inmunitario en el hombre. El título es:

" La Guerra del Bien contra el Mal - La Batalla del Cuerpo Humano Contra Bacteria y Virus".

Diapositiva Nº 1:

El ambiente que nos rodea está lleno de patógenos. El sistema inmunitario en nuestros cuerpos, especialmente las células blancas (coloreadas amarillentas) combaten a los patógenos (coloreados en morado). Aquí están los dos ejércitos: los buenos contra los malos. Ahora estudiaremos en detalle a los soldados de cada ejército.

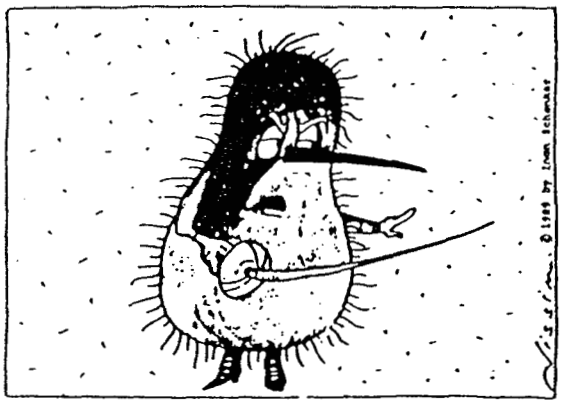


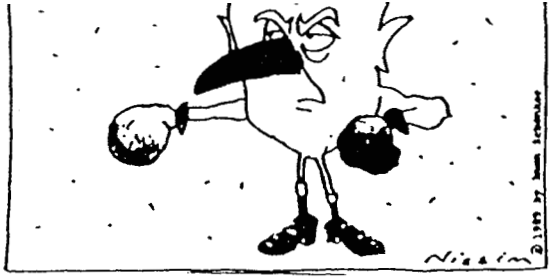
Diapositiva Nº 2:

Los patógenos algunas son llamados antígenos. Ellos producen una reacción inmunitaria por parte del cuerpo. Un ejemplo es la bacteria.

Diapositiva Nº 3:

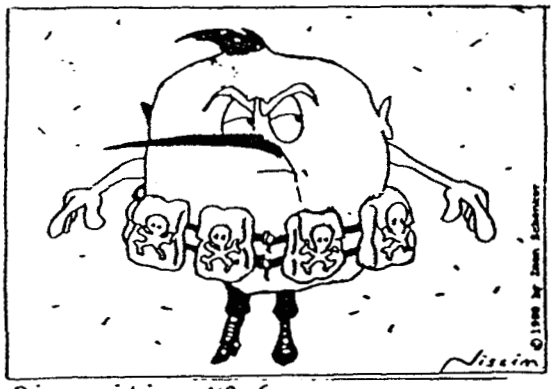
Otro ejemplo es el virus. (La gripe por ejemplo, es causada por un virus).





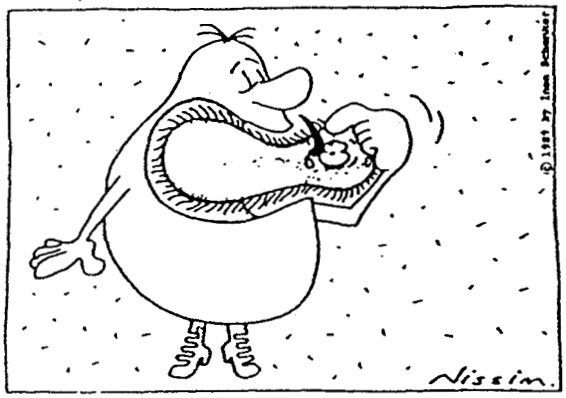
Diapositiva Nº 4:

Además de las bacterias y virus, hay también parásitos que causan enfermedades infecciosas. (La malaria es un ejemplo de una enfermedad causada por un parásito.)



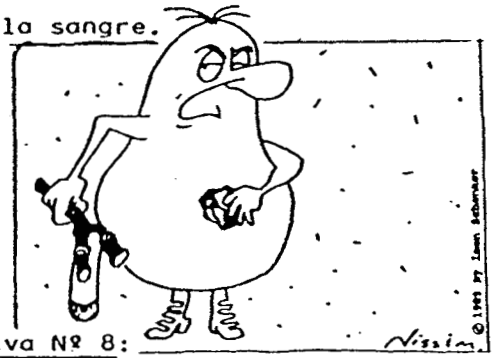
Diapositiva Nº 5:

Varias toxinas, como el veneno de la culebra, pertenecen al "ejército de los malos". Ellas también pueden producir una reacción inmunitaria en nuestro cuerpo.



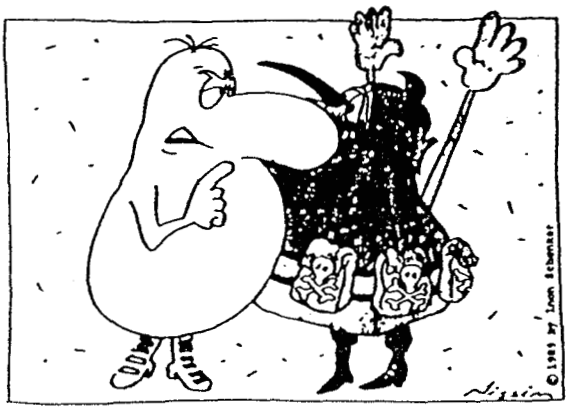
Diapositiva Nº 6:

Aquí están los elementos que componen el "ejército de los buenos", el sistema inmunitario. Este es el fagócito, cuyo talento especial es su facultad de "tragarse"a los patógenos cuando llegan a la sangre.



Diapositiva Nº 7:

También hay una célula "matadora". Esta célula también puede destruir a los patógenos que entran al cuerpo.



Diapositiva Nº 8:

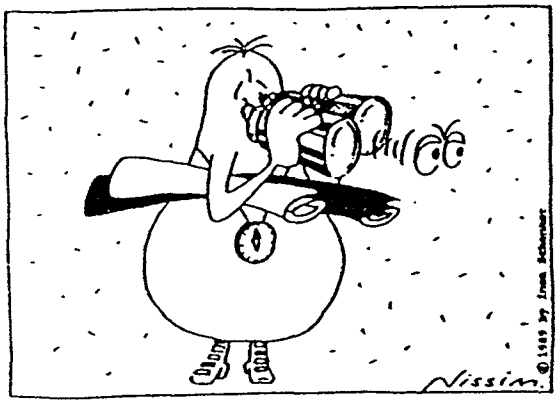
Esté es un anticuerpo. Los anti-cuerpos son una parte especial e importante del "ejército de los buenos". Saben encontrar a la partícula ajena específica, a quien conocen, agarrarse a ella y neutralizarla. Así el fagócito puede reconocer a la pareja "antígeno-anticuerpo" más facil-mente y tragarse a los dos

De la diapositiva Nº 8 podemos aprender dos características importantes del sistema inmunitario:

1. Su especificidad: Usamos instrumentos (celulas) especiales contra cada partícula ajena.
2. Su abilidad de coordinar los diferentes elementos - los soldados- por los cuales está compuesto. Esta cooperación y coordinación puede ser vista en las dos diapositivas siguientes, las cuales presentan más elementos del "ejército de los buenos".

Diapositiva Nº 9:

Esta es la "célula anunciadora". Esta advierte al cuerpo sobre la esperada invasión de microbios no identificados y dá un aviso preliminar para reclutar a los "soldados" del sistema inmunitario.

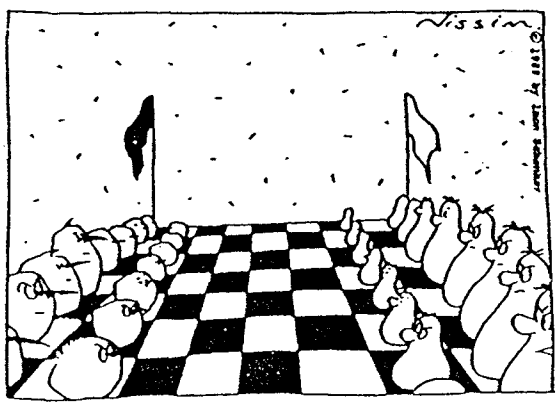


Diapositiva Nº 10:

Los "soldados de inteligencia" identifican a las partículas ajenas. El sistema inmunitario es capaz de identificar y diferenciar entre lo "propio"-aquellas células que son parte del cuerpo - y lo "ajeno" - esas células extrañas y materia que invaden nuestro cuerpo.

Diapositiva Nº 11:

Nuestro cuerpo prepara una fuerza de guerra contra cada tipo de partícula ajena al cuerpo.

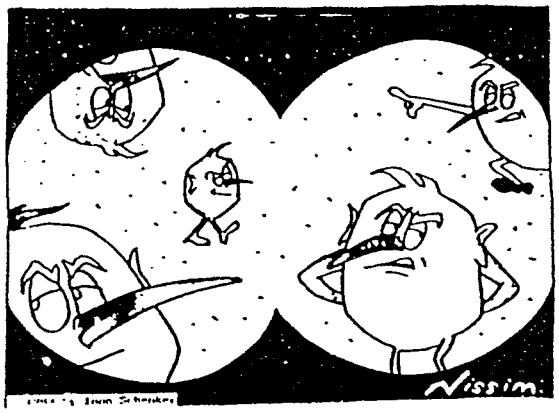


Diapositiva Nº 12:

Aquí está el campo de guerra. Los patógenos del ambiente cercano están alineados en frente de las células blancas que siempre están listas en nuestros cuerpos.

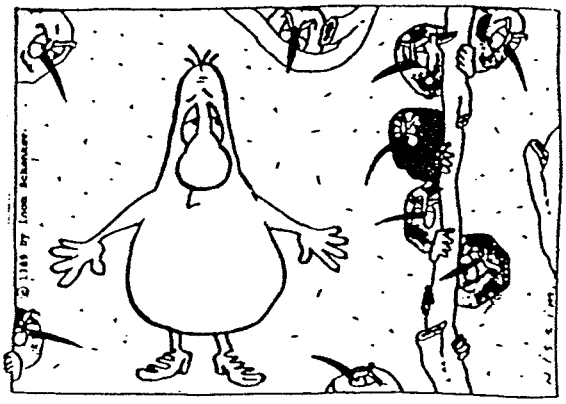
Diapositiva Nº 13:

Una bacteria, virus o toxina entra por una de las aperturas en nuestro cuerpo: la vía respiratoria, la vía sexual, heridas abiertas etc. De allí entran al sistema circulatorio y linfático. Es allí adonde los patógenos se encuentran con las células blancas.



Diapositiva Nº 15:

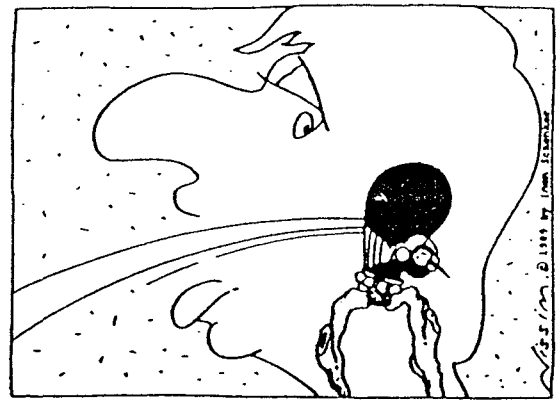
La "célula anunciadora" llama a los antígenos, a los fagocitos, y a las otras partes del sistema inmunitario que luchan contra los patógenos.



Diapositiva Nº 17:

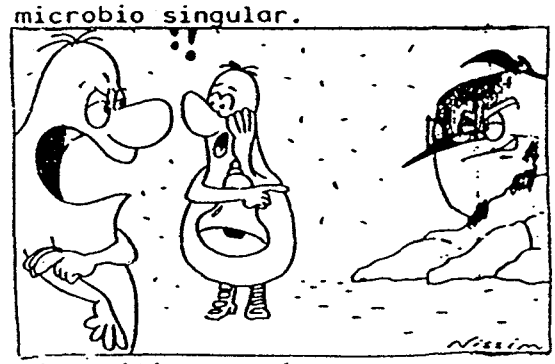
El acaloramiento de la batalla.

Al proyectar la diapositiva Nº 17, pregúntele a la clase:



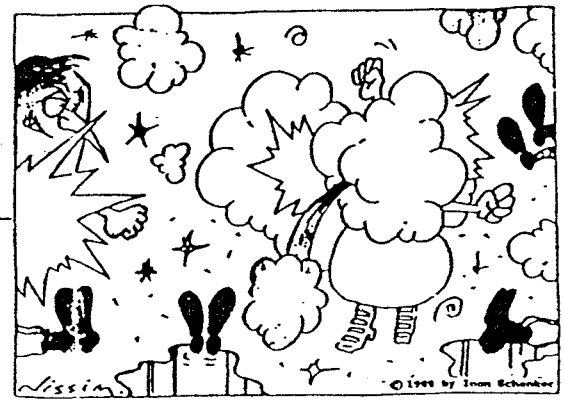
Diapositiva Nº 14:

Después que entran, los virus y bacterias son reconocidos. Este proceso lleva tiempo, especialmente cuando es la primera vez que nuestro cuerpo se ha encontrado con un microbio singular.



Diapositiva Nº 16:

La bacteria y el virus se reproducen muy rapidamente dentro de nuestro cuerpo - un ambiente cómodo y nutritivo. Un grán número de patógenos se crean en corto tiempo pero la batalla comienza solo después de que han sido localizados.

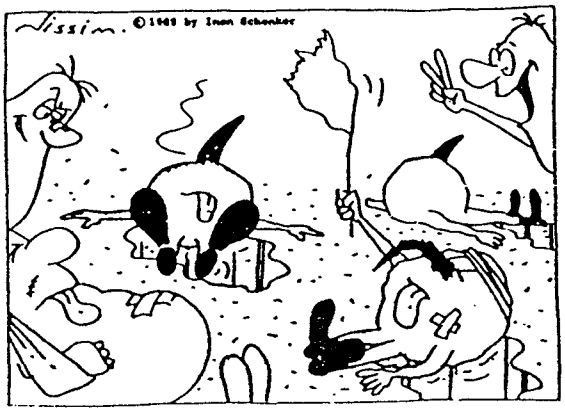


P: ¿Cuales son los elementos del sistema inmunitario, los "soldados buenos"?

R: fagócitos (tragadora), células mataaoras (células-K), anticuerpos, anunciadoras (macrófago) y soldados de inteligencia (células-T)

P: ¿Quién ganará la batalla que vemos en la diapositiva?

R: En la diapositiva Nº 18.

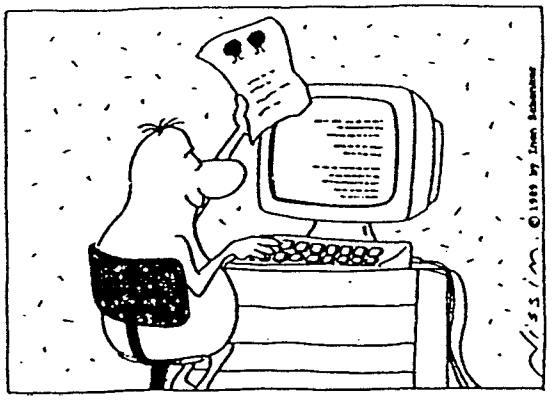


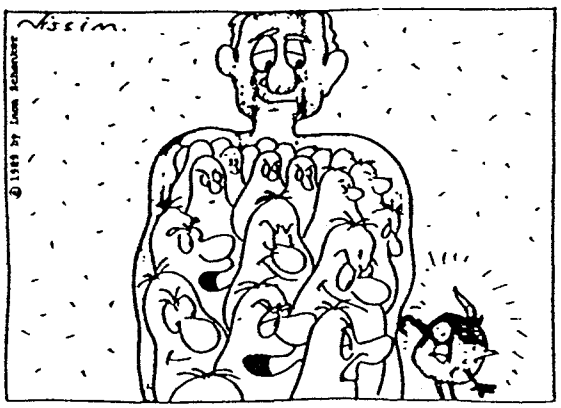
Diapositiva Nº 18:

Aunque ambos lados sufren bajas, los ganadores son las células del sistema inmunitario, las células blancas. Nuestros cuerpos pueden reponer las bajas. Una nueva bacteria o virus tiene que encontrar otra apertura en nuestro cuerpo y sobrevivir otra guerra.

Diapositiva Nº 19:

Otra peculiaridad del sistema inmunitario es la habilidad de recordarse de los patógenos que ha conocido. Los "detalles" sobre estos patógenos están registrados como en una computadora, para que nuestros cuerpos estén preparados para ellos en el futuro.





Diapositiva Nº 20:

Aquí está un pequeño microbio que trata de regresar a nuestro cuerpo. El sistema inmunitario lo reconoce de inmediato. Ahora no solo la "patrulla de frontera" está preparada, sino que todas las unidades del sistema inmunitario están preparadas para destruírlo inmediatamente.

ADMITA PREGUNTAS!

TAREAS

1. Reparta la hoja de trabajo "El Sistema Inmunitario" como tarea (Suplemento 1).
2. Recomiende a los alumnos que lean sobre el descubrimiento de microbios y de las medicinas usadas en contra de ellos, y que

UNIDAD CINCO: LA ENFERMEDAD LLAMADA SIDA

METAS: Al finalizar esta unidad los alumnos conocerán las causas de SIDA y la índole de la enfermedad. Entenderán como el virus es o no es transmitido. El miedo de los niños a la SIDA disminuirá.

EQUIPO: Un proyector de diapositivas y la serie de diapositivas llamada " SIDA - ¿Debo de Preocuparme?"

Nota: Esta unidad se puede dividir en dos unidades separadas, dependiendo del nivel de la clase y su capacidad de comprensión. Una unidad llegaría e incluiría la diapositiva Nº 12; la segunda unidad iría de la diapositiva Nº 13 hasta el final.

ENSENANDO LA UNIDAD:

a. Escriba en el pizarrón:
   SIDA = SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA
b. Explique el significado de la enfermedad: SIDA es una enfermedad infecciosa causada por un virus específico (HIV =Virus de Inmunodeficiencia Humana) que produce el fracaso del sistema inmunitario y no es hereditario. El nombre AIDS es la abreviación del nombre del síndrome en inglés.
c. Introducción: Le hemos dado un vistazo al sistema inmunitario. Ahora nos ocuparemos de SIDA en sí. ¿Cual es la relación entre los dos? SIDA es una enfermedad que causa grandes daños al sistema inmunitario y le impide que funcione.
   Pregunta:¿El sistema inmunitario es destruído cada vez que somos infectados por un virus o bacteria?
   Respuesta: Claro que no. En cada caso - con excepción a enfermedades raras o muy especiales como es SIDA - el sistema inmunitario (el "ejército de los buenos") conquista a los patógenos "malos". Hay veces para apresurar la recuperación tomamos medicinas. Las medicinas le ayudan al sistema inmunitario a combatir a la bacteria.
d. Explique: SIDA es una enfermedad viral producida por un virus raro que daña principalmente a las células del sistema inmunitario. ¿Cómo se nos transmite el virus?¿Cómo penetra nuestro cuerpo? Eso es lo que aprenderemos ahora.
e. Pregunte: ¿Cuales líquidos corporales conocen?
   Respuesta:Sangre, sudor, semen, saliva, orina, lágrimas, linfa, fluído vaginal etc.

f. Explique: El virus de SIDA puede penetrar al cuerpo humano solamente via los líquidos corporales siguientes: sangre, semen, fluído vaginal y leche materna que entran directamente al cuerpo humano. El virus pasa de una persona infectada a una sana. Dos personas que no son portadoras del virus de SIDA pueden transferirse entre ellos líquidos corporales sin temor. Para ser infectados con SIDA, grandes cantidades del virus tienen que entrar en nuestro cuerpo, de una persona que es portadora del virus en su cuerpo.

g. Pregúntele a los alumnos:Formen parejas y traten de anotar, después de lo que se ha dicho hasta ahora, cuales grupos de personas tienen más probabilidades de enfermarse de SIDA.

h. Dele a los alumnos cinco minutos para que escriban los grupos de más riesgo y luego escriba sus respuestas en el pizarrón. Divida el pizarrón en dos columnas para poder anotar las respuestas bajo una de las siguientes categorías:

Grupos de Alto Riesgo	Grupos Sin Riesgo
Homosexuales	Parientes de una persona con SIDA
Los que usan drogas intravenosamente	Personas que usan los mismos platos que alguien con SIDA
Los que reciben transfusiones de sangre	Alumnos en la misma clase con un niño que tiene SIDA

i. Se puede usar el término "actividades de alto riesgo" en vez de "grupos de alto riesgo" ya que el último puede después conducir a la estigmatización de homo/bi sexuales etc.. Tenga conciencia que esta es una de las partes más delicadas de este programa. Su sensitividad y creatividad son más que nunca necesarias aquí.
Puede ser que usted deseará usar las experiencias de cientos de maestros que pasaron "felizmente" por esta parte,siguiendo estos pasos:

1. Permita que los alumnos lean su lista de "grupos de alto riesgo" sin ningún comentario de su parte. Usted sólo escríbalas según su diferencia como dijimos en el punto h.
2. Después pídale a los alumnos que expliquen cada uno de los términos escritos en el pizarrón (homosexuales, drogadictos, personas con hemofilia, etc.). Este es un punto importante. No proporcione la información usted. Deje que los niños expliquen; pero diríjalos en la dirección de explicaciones correctas (ejemplo:"homosexuales son hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres" y no "homosexuales son gente mala".) Si nadie explica un término dé usted la explicación más neutral.

3. Después de estas explicaciones póngales otra tarea: que expliquen porqué cada de los grupos que mencionaron es un grupo de alto riesgo. Ahora haga una distinción clara de lo que es verdad y lo falso. Esta es una etapa importante para aclarar conceptos equivocados referentes a la transmisión de SIDA. Aquí la idea es de darle a los niños mismos la tarea de introducir las palabras "sucias" en sus propias palabras y percepciones, y basar los siguientes pasos en ese saber existente, después de corregirlo.

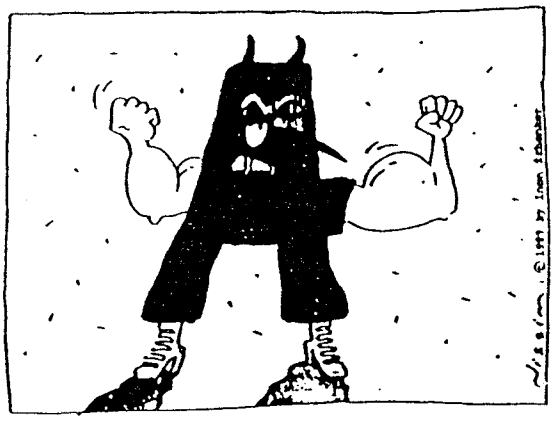
j. Resuma: Basicamente hay cinco maneras por las cuales el virus de SIDA puede penetrar nuestro cuerpo:

1. Compartiendo una jeringa hipodérmica infectada (usada por los que usan drogas intravenosamente)
2. Por transfusiones de sangre o de productos sanguíneos contaminados (durante una operación o los enfermos de hemofilia)
3. Por sangre que pasa directamente de una persona a otra (cuando alumnos son "hermanos de sangre")
4. Recién nacidos infectados en el útero o en el nacimiento por madres que son portadoras del virus de SIDA.
5. Durante relaciones sexuales con una persona que tiene SIDA o que es portadora de SIDA.

k. Enseñe la serie de diapositivas titulada: "Debo de Preocuparme?"

Diapositiva Nº 1:

El virus de SIDA, como los otros patógenos que hemos descrito, está coloreado morado aquí. Este es un virus raro y peligroso pero podemos evitarlo y destruirlo siempre y cuando se encuentre fuera de nuestro cuerpo, con productos como alcohol y amoníaco.La letra A es la primera letra de la palabra SIDA en inglés,AIDS, y la última letra de la palabra SIDA. El nombre del virus era HTLV III/LAV y desde Mayo de 1986 es llamado HIV.

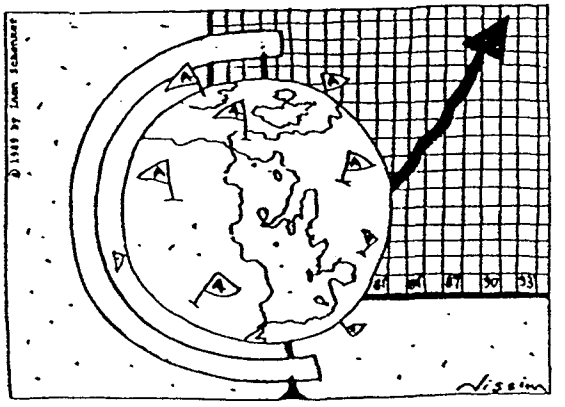


Diapositiva Nº 2:

Nadie sabe realmente de donde viene SIDA. Hay varias teorías: una es que SIDA viene de Africa, otra dice que es una mutación de un virus no violento.

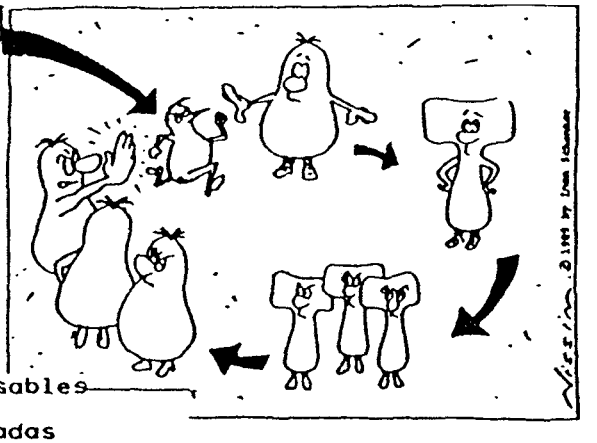
Diapositiva Nº 3:

SIDA es un problema global. Es una epidemia mundial que afecta a todos los continentes. El número de casos de SIDA así como el número de portadores está creciendo rapidamente. La Organización Mundial de Salud calcula que para el año 1991 habrán 100 millones de personas en el mundo infectadas por el HIV. SIDA fué reportado por primera vez,en Estados Unidos, en Mayo de 1981, y desde entonces más de 140 países le han reportado a la Organización Mundial de Salud por lo menos sobre un caso de SIDA.



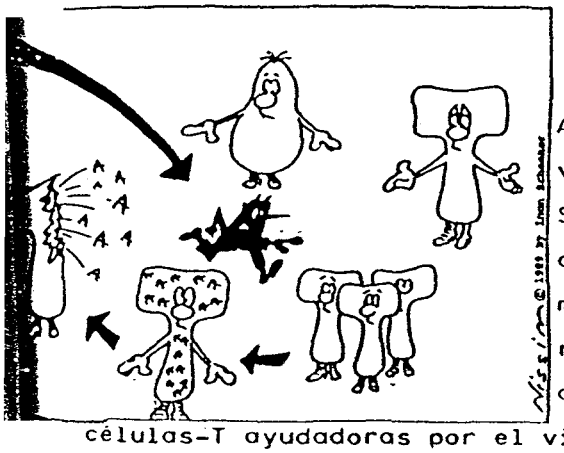
Pregunta:¿ Quién quiere hacernos recuerdo de cómo trabaja el sistema inmunitario al nomás los patógenos entran a nuestro cuerpo?

Respuesta: Reconocimiento - multiplicación de las células blancas- las células "tragadoras" y "matadoras" empiezan a actuar - producción de anticuerpos - la batalla - el sistema inmunitario destruye a los patógenos - la reacción inmunitaria se suspende.



Diapositiva Nº 4:

El virus invade al cuerpo y es identificado por los "soldados anunciadores", científicamente conocidos por macrófagos. El anunciador pone alerta a las células blancas, llamadas células-T las cuales identifican el tipo de virus. Otras células-T ayudadoras son responsables de producir otro tipo de célula blanca, llamadas células-B las cuales crean anticuerpos que neutralizan al virus. Las células-T ayudadoras tienen una función muy importante en el sistema inmunitario. Otro tipo de célula-T es la célula-T represora; normalmente es la responsable de suspender la reacción inmunitaria una vez que el virus ha sido destruído.
La proporción de 2:1 de las células-T ayudadoras versus las células-T represoras es vital para el funcionamiento correcto del sistema inmunitario.

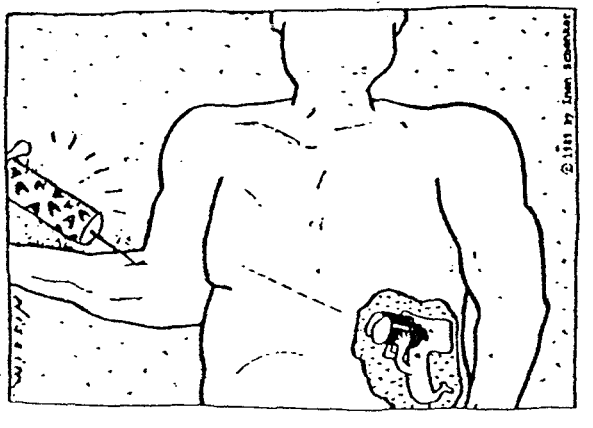


Diapositiva Nº 5:

Ahora podemos ver lo que pasa cuando el virus de SIDA es el patógeno. El virus de SIDA ataca directamente a las células-T ayudadoras. El virus penetra en ellas, se multiplica en ellas, y cuando revientan, los nuevos virus penetran en otras células-T ayudadoras. Esta destrucción de las células-T ayudadoras por el virus de SIDA conduce a la destrucción del sistema inmunitario. El sistema inmunitario pierde la capacidad de funcionar y no puede ni enfrentarse a las bacterias y virus de las enfermedades leves que ahora atacan a la persona infectada. Ahora veremos el proceso de la infección de SIDA en etapas.

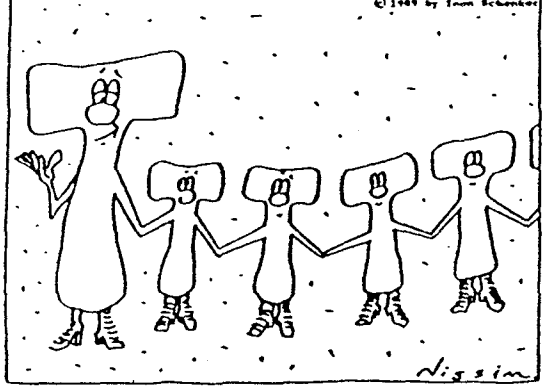
Diapositiva Nº 6:

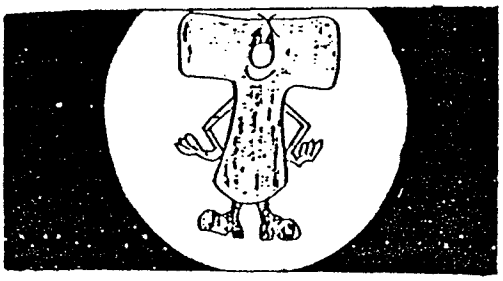
El virus de SIDA está por atacar al cuerpo. La célula-T identificará al virus como uno de tipo no conocido y activará al sistema inmunitario.



Diapositiva Nº 7:

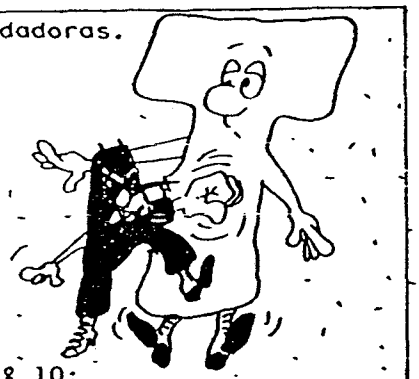
Las células-T se multiplican en la sangre y en la linfa. Por cada dos células ayudadoras se crea una célula represora. Este delicado balance es muy importante para la función normal del sistema inmunitario.





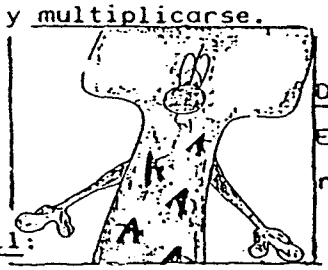
Diapositiva Nº 8:

El virus de SIDA tiene un blanco importante en el cuerpo: las células-T ayudadoras.



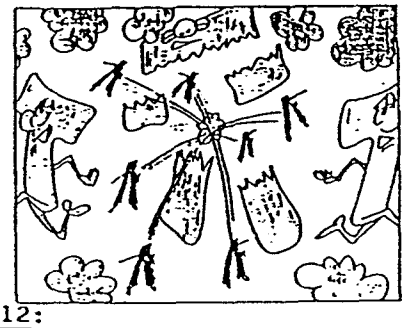
Diapositiva Nº 9:

El virus penetra la célula-T al igual que cualquier otro virus que necesita una célula para sobrevivir y multiplicarse.



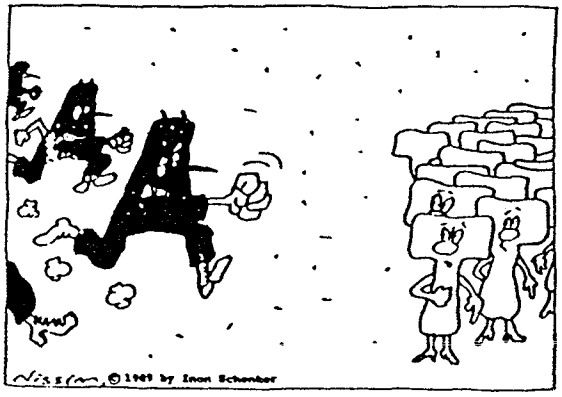
Diapositiva Nº 10:

El virus de SIDA se multiplica rapidamente dentro de la célula-T.



Diapositiva Nº 11:

Cuando ya no hay espacio para los cientos de virus nuevos, la célula-T "explota" y los virus de SIDA se esparcen por todos lados.



Diapositiva Nº 12:

Cada nuevo virus de SIDA encontrará para sí mismo una nueva célula-T ayudadora, se multiplicará en ella y así se destruirán las células-T ayudadoras, las cuales son indispensables para el sistema inmunitario, y todo el balance entre las células-T se trastorna.

Nota: Puede parar la unidad aquí y continuarla en otra lección que comenzará con la diapositiva Nº 13.

Recuerde: Si para aquí, haga un resumen de lo que se ha enseñado y deje que los alumnos hagan las preguntas que quieran.

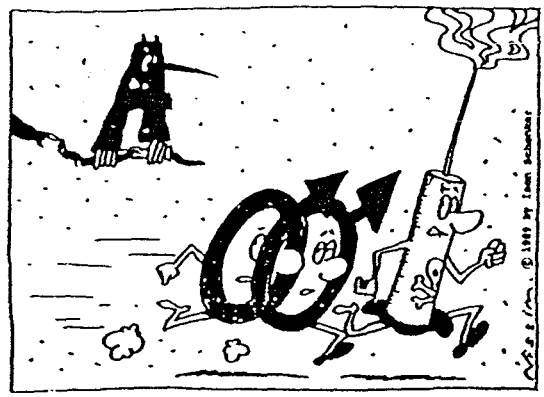
cuerpos de esta manera, destruye el sistema inmunitario. ¿Qué creen que le pasará a nuestro cuerpo ahora?

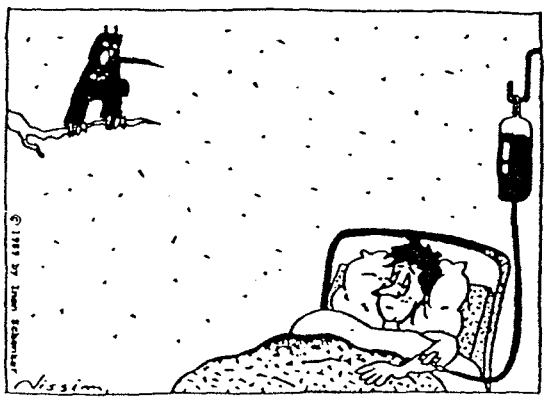
Respuesta: No ha quedado nada que ordene la creación de nuevos anticuerpos. El balance importante entre las células-T ayudadoras y las células-T represoras se ha trastornado, lo que hará que cualquier patógeno, aún una enfermedad relativamente leve como pulmonía, pueda correr libremente por nuestro cuerpo sin ser dañado. En otras palabras, los enfermos de SIDA no mueren de SIDA. Mueren de alguna enfermedad más leve como pulmonía, Sarcoma de Kaposi u otra infección contra la cual el cuerpo ha no puede protegerse para nada.

27-11-1

Diapositiva Nº 13:

Los dos grupos con más riesgo de contagiarse de SIDA son: 1) los que usan drogas intravenosamente y que comparten la misma aguja infectada. Si uno de los drogadictos se contagia de la enfermedad, se la pasa a todos los otros por medio de la aguja. 2) Varones homosexuales o bisexuales que son infectados por el virus durante relaciones sexuales (vea Suplemento 5).



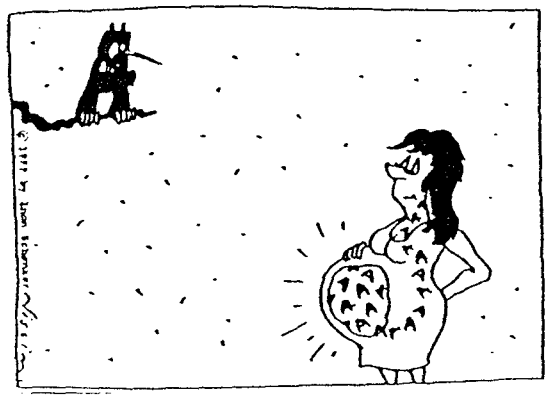


Diapositiva Nº 14:

Los que reciben transfusiones de sangre también están en el grupo de alto riesgo. El recibir sangre contaminada con SIDA introduce grande cantidades del virus de una sola vez. Todas las donaciones de sangre en Estados Unidos y en Europa están siendo examinadas desde 1985, así es que en esos países no hay peligro de infección por sangre donada en centr médicos autorizados.

Diapositiva Nº 15:

Una madre infectada con SIDA se la puede pasar al tierno cuando todavía está en el útero, durante el parto o cuando está mamando.



Diapositiva Nº 16:

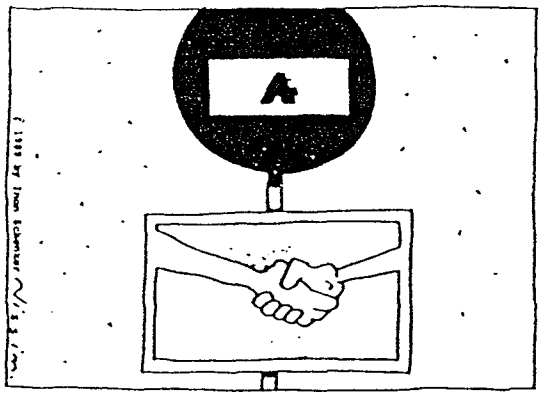
Un hombre infectado por el virus se lo puede pasar a su pareja sexual. En el mundo occidental muchos menos hombres han sido infectados por mujeres con SIDA que viceversa, pero en Africa mujeres han infectado a muchos hombres. Prostitutas también corren alto riesgo.

Explicación a los alumnos: Hasta ahora hemos vistó cuales son los grupos que corren mayor riesgo de la infección de SIDA. Es evidente de las diapositivas que la enfermedad se ha propagado entre grupos pequeños de la población. Una pregunta que deben de hacerse es: ¿Debo de preocuparme por SIDA? Para poder responder uds. mismos a esa pregunta, veremos unos ejemplos de situaciones en las cuales no es posible contraer SIDA.

Diapositiva Nº 17:

Pregunte: ¿Qué vemos en esta diapositiva?

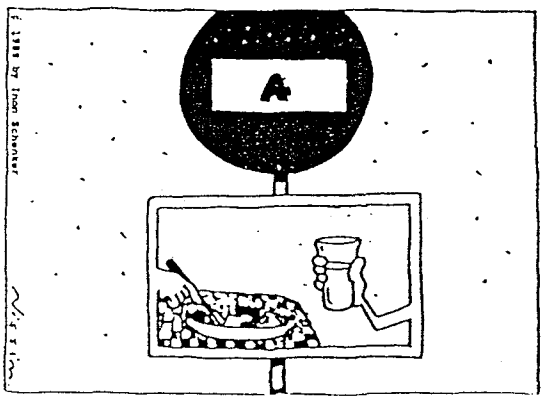
R: El virus de SIDA no puede entrar al darse la mano. Aún si le estrechamos la mano a una persona gravemente enferma de SIDA no nos contagiaremos porque la enfermedad no se pasa por contacto casual El virus de SIDA no puede vivir mucho tiempo fuera del cuerpo y puede ser destruído facilmente con cloro, jabón, alcohol o amoníaco.



Diapositiva Nº 18:

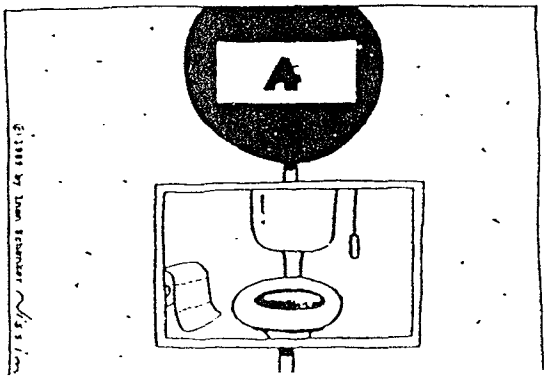
Pregunte: ¿ Y aquí?

R: Aunque comiéramos o bebiéramos de la misma vajilla usada por una persona que tiene SIDA o que es portadora del virus no nos contagiaríamos. Cientos de parientes cercanos de personas con SIDA no se contagiaron a pesar de su contacto diario con el paciente. No hay prueba aceptada que el virus de SIDA se transmite por la saliva humana.



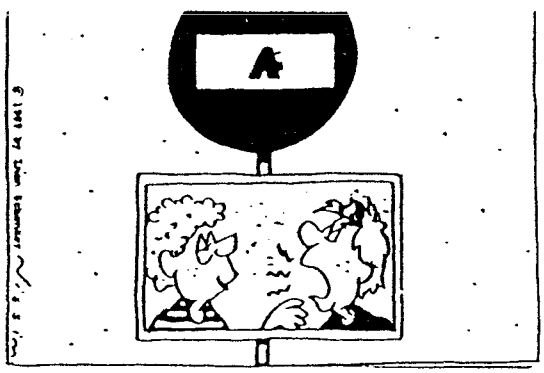
Diapositiva Nº 19:

No podemos contraer SIDA al sentarnos en el inodoro aún si una persona con SIDA se ha sentado en él.



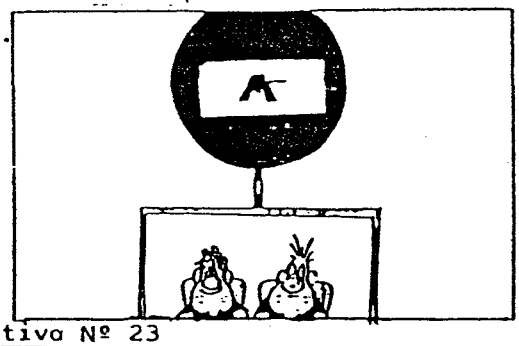
Diapositiva Nº 20:

Tos y estornudos no pueden transmitir el virus de SIDA. SIDA no puede entrar por vía del aire. El virus no se transmite en aire o en agua por lo tanto se puede nadar en piscinas sin ningún miedo.



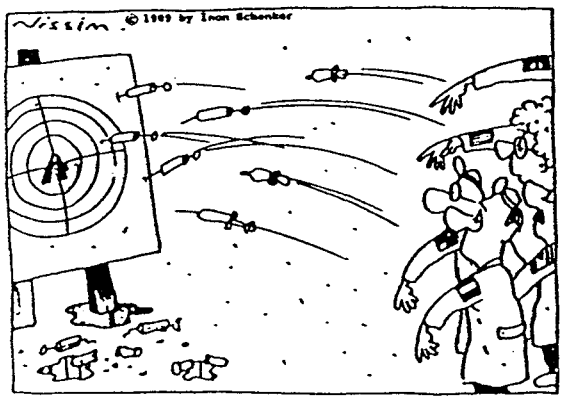
Diapositiva Nº 21:

Juegos no violentos con un niño que tiene SIDA o que es portador del virus no causarán que a usted le dé SIDA.



Diapositiva Nº 22:

No hay peligro de contraer SIDA en la escuela. Aún al sentarse en el mismo pupitre con un niño con SIDA no nos enfermaremos.



Diapositiva Nº 23

¿Y en cuanto al futuro? Los investigadores no han atinado todavía pero están más cerca de dar en el blanco. En el futuro cercano uno de los cientos de investigadores que investigan sobre SIDA, dará en el blanco y descubrirá una vacuna o una medicina contra la enfermedad, tal como hemos logrado encontrar soluciones y curar enfermedades en el pasado. ¿Recuerdan la muerte masiva por la gripe, a principios de este siglo?

Nota: El suplemento contiene información sobre los tratamientos, drogas y vacunas para SIDA que están siendo experimentadas ahora. Usted puede usar este suplemento para ampliar el tema.

PERMITA PREGUNTAS: Deje suficiente tiempo para contestar todas las preguntas claramente y con calma, reduciendo en lo posible las inquietudes. El suplemento 6 contiene la descripción de las señas clínicas de un paciente con SIDA y el suplemento 7 contiene preguntas de alumnos y sus respuestas.

TAREAS:

1. Haga que algunos alumnos voluntarios escriban una composición corta titulada: " Supimos que en nuestra escuela un alumno tiene SIDA".

SUPLEMENTO 5

SIDA Y HOMOSEXUALIDAD

(Nota: Puede ser que usted quiera agregar más detalles sobre el tema basándose en lo escrito aquí.)

SIDA es más común entre los homosexuales que entre cualquier otro grupo de la población. En la forma como hay contacto sexual entre dos hombres generalmente se pasa semen del uno al otro. Ha sido probado que semen es uno de los líquidos corporales que transmiten el virus de SIDA. Relaciones sexuales anales entre homosexuales generalmente producen desgarraduras en la mucosa, permitiéndole así al virus de SIDA que vaya directamente del semen del eyaculador al sistema circulatorio del receptor.

La propagación del virus de SIDA entre homosexuales se deriva del hecho que los miembros de ese grupo tienden a cambiar de compañero frecuentemente. Así, una persona con SIDA puede, en el transcurso de un solo año, infectar a decenas de compañeros sexuales.

Hombres que tienen SIDA pueden transmitir el virus a mujeres con quienes tienen relaciones sexuales normales; y mujeres que tienen SIDA pueden infectar a los hombres con quienes tienen contacto sexual, casos de ello se han encontrado especialmente en Africa.

SUPLEMENTO 6

SEÑAS CLINICAS

Antes de que el ataque de SIDA se haga agudo, seguido por una serie de posibles infecciones como pulmonía, herpes, encefalitis, u otras, o por Sarcoma de Kaposi, el portador comenzará a desarrollar los siguientes síntomas:

- Fiebre Constante y sudor nocturno
- extremo cansancio
- pérdida de peso rápida e inexplicable
- aumento significativo en el tamaño de los nudos linfáticos en la nuca, las axilas y la ingle
- diarrea crónica

Nota: La identificcción positiva del virus se descubre con un exámen de sangre llamado Elisa.

SUPLEMENTO 7

PREGUNTAS QUE HACEN NIÑOS SOBRE SIDA

(Las respuestas las ha proporcionado el Dr. Shlomo Maayan del Departamento de Microbiología Clínica, Centro Médico Hadassah, Ein Kerem, Jerusalén)

1. ¿ Porqué no es posible introducir en el cuerpo nuevas células-T ayudadoras para que repongan a las que fueron destruídas por el virus?
R: El virus ataca a todas las células-T ayudadoras y continúa atacando aún cuando se inyectan nuevas células. Es más, las células-T ayudadoras de otra persona no serían apropiadas para una persona infectada.

2. ¿El virus de SIDA abandona el cuerpo después que ha atacado a las células-T ayudadoras?
R: La infección del virus de SIDA es permanente. El virus no abandona el cuerpo sino que se pasa de una célula-T ayudadora a otra.

3. ¿Porqué no se puede cambiar la sangre de un portador, por sangre nueva y limpia?
R: La mayor parte del virus de SIDA no está en el sistema circulatorio sino que en los nudos linfáticos. Aún si se cambiara toda la sangre, el virus permanecería en el cuerpo. Los nudos linfáticos no se pueden reponer.

4. ¿ La SIDA interfiere con el flujo de líquidos corporales como semen?
R: No, una persona enferma de SIDA puede tener funciones sexuales normalmente.

5. ¿ Qué pudiera evitar que el virus de SIDA se propague por todo el cuerpo?
R: Una droga que pudiera parar la propagación del virus sin dañar a las células vitales del cuerpo humano, o lo que se llama inmunización activa, si se le dá al paciente durante las primeras semanas de la infección. El problema con la vacuna es que cuando aparece la enfermedad, es ya demasiado tarde.

6. ¿ Porqué no se puede aislar a los pacientes de SIDA, del ambiente externo, como se hizo con el "Bebé Doe" ("el niño burbuja"), para que no sean tán susceptibles a infecciones ambientales?
R: Muchas de las infecciones que le dan al paciente después de que su sistema inmunitario ha sido destruído, son infecciones que han estado dentro de su cuerpo por años pero en estado inactivo. Una vez que el sistema inmunitario ha sido destruído, se activan y atacan al cuerpo. Por consiguiente un aislamiento total del ambiente externo no ayudaría.

7. ¿ Todos los infectados morirán finalmente?

R: Todos los que contrajeron SIDA morirán. Los personas que han sido infectadas por el virus de SIDA pero que no se han enfermado, tienen 60% de probabilidad de enfermarse. Si las drogas que ahora están siendo experimentadas tienen éxito, habrá una cura para SIDA.

8. ¿Cómo se propaga el virus de SIDA de país a país?

R: Portadores, personas que llevan el virus en su cuerpo pero que verdaderamente no tienen la enfermedad, viajan de país a país. Si tienen relaciones sexuales, o donan sangre, o pasan una jeringa infectada con su sangre a personas de los paises cuales visitan, infectan así a la gente de ese país y SIDA viaja por todo el mundo.

9. ¿Porqué los homosexuales están en el grupo de alto riesgo?

R: Porque su tipo de contacto sexual le permite al virus pasar directamente del semen de uno al sistema circulatorio del otro, por medio de pequeñas laceraciones a la membrana mucosa del ano.

10: ¿Cómo sabemos si estamos enfermos?

R: Los síntomas de la enfermedad aparecen en el Suplemento 5 de este programa. Pero recuerde: Solo un exámen hecho por un laboratorio autorizado puede determinar si una persona está enferma o no, o si es portador.

11.¿ Los hombres prostitutos no tienen miedo de ser infectados por sus clientes?

R: Sí, tienen miedo de contraer la enfermedad y de pasarla. Esa es la razón porque prostitutas y prostitutos tratan de asegurarse que sus clientes usan condones.

12.¿ Si el virus de SIDA ha sido encontrado en saliva y en lágrimas, cómo es que SIDA no se transmite por la saliva?

R: Aparentemente la cantidad del virus en saliva y lágrimas es tán pequeña que no es suficiente para activar la enfermedad.

13. ¿ Es posible "librarse" de SIDA donando sangre?

R: No. La donación de sangre de una persona infectada con SIDA no la "liberará" del virus. Al menos que esa sangre donada sea destruída lo único que se lograría sería infectar a alguien más.

14. ¿Es SIDA la enfermdad más mortífera en el mundo, o hay otras más mortíferas?

R: La tasa de mortalidad por enfermedades del corazón, cáncer y accidentes de tránsito es decenas de veces más alta que la de por SIDA. Sin embargo, SIDA podría convertirse en una enfermedad muy mortal entre personas sexualmente activas.

15. ¿ Porqué no es posible vacunar a la gente con un virus atenuado para inmunizarlas?

R: Algunas de las investigaciones llevadas a cabo hoy en día tratan de encontrar un virus tal, que se pueda utilizar para inmunizar a la gente. Hasta el momento ningún laboratorio ha tenido éxito en crear un virus atenuado que se pueda utilizar.

16. ¿Cómo puede un hombre con SIDA infectar a una mujer sana durante contacto sexual?

R: El virus de SIDA tiene el tamaño de solo 1/10,000 mm, así es que facilmente puede penetrar cualquier apertura pequeña en el sistema circulatorio. Durante relaciones sexuales normales (sin condon) el virus puede pasar al sistema circulatorio de la mujer, cerca del útero o en la vagina, por cualquier rasgón pequeño que se produzca durante las relaciones. Sin embargo se debe de hacer hincapié que la transmisión hetereosexual es rara (aproximadamente 4%).

ANEXO 7

CERTIFICADO DE PARTICIPACION.

UNIVERSIDAD DE COSTA RICA

FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERIA

CERTIFICA QUE:

Participó en el Programa de: Salud Reproductiva para alumnos de sexto grado
de la Escuela de San Roque, Liberia, Guanacaste
Abril 1999

Msc. Olga Marta Solano Directora Escuela de Enfermería	Msc. Ligia Murillo Directora Práctica Dirigida	Lic. Teodora Casares Directora de la Escuela