



Gobierno de Reconciliación
y Unidad Nacional

El Pueblo, Presidente!

MINISTERIO DE SALUD

Normativa - 126

MANUAL DE CAPACITACIÓN EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA PARA PERSONAL DE SALUD DIRIGIDO A ADOLESCENTES

Managua, Marzo - 2014



Gobierno de Reconciliación
y Unidad Nacional

El Pueblo, Presidente!

MINISTERIO DE SALUD

MANUAL DE CAPACITACIÓN EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA PARA PERSONAL DE SALUD DIRIGIDO A ADOLESCENTES

Managua, Marzo, 2014.

N
WQ
39
0163
2014

Nicaragua. Gobierno de Reconciliación y Unidad Nacional
Ministerio de Salud / **Normativa 126: Manual de Capacitación
en Salud Sexual y Reproductiva para Personal de Salud
Dirigido a Adolescentes y Guía de Capacitación en Salud Sexual
Reproductiva para Promotores Adolescentes.**
Managua: MINSA, mar. 2014

315 p.; ilus, tab; graf

(Contiene Resolución Ministerial No. 390-2014)

1. Derechos Humanos
2. Derecho a la Salud
3. Salud Sexual y Reproductiva
4. Anticoncepción
5. Materiales de Enseñanza
6. Servicios de Salud
7. Virus de Inmunodeficiencia Adquirida
8. Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
9. Enfermedades de Transmisión Sexual
10. Adolescentes
11. Personal de Salud
12. Autocuidado de la Salud (descriptor local)
13. Equidad de Género (descriptor local)
14. Noviazgo en la Adolescencia (descriptor local)
15. Mitos y Creencias sobre ITS (descriptor local)
16. Estigma y Discriminación (descriptor local)
17. Promotores de Salud (descriptor local)

Ficha Catalográfica Elaborada por la Biblioteca Nacional de Salud.
©MINSA. Marzo, 2014

Contenido

Introducción	6
Objetivos	8
Soporte Jurídico	9
Políticas de Operación.....	12
Listado de los Procedimientos	22
Descripción de los Procedimientos	23
Primer Tema: Derechos Sexuales y Reproductivos.....	26
Sub-Tema 1: El derecho a la salud de los (as) adolescentes desde un enfoque integral, incluida la salud sexual y reproductiva.....	27
Sub-Tema 2: Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos	33
Sub-Tema 3: “Mis derechos, mi vida”	40
Sub-Tema 4: “Construyendo historias”	44
Sub-Tema 5: Situación de las (os) adolescentes en los servicios de salud: “Los derechos, los (as) adolescentes y los servicios de salud”	48
Segundo Tema: Anticoncepción en la Adolescencia.....	53
Sub-Tema 1: Proyecto de Vida “Decidiendo mi futuro”	53
Sub-Tema 2: El noviazgo en la adolescencia “Amor o riesgo”	59
Sub-Tema 3: Toma de decisiones “En mi vida, yo decido con Responsabilidad”	68
Sub-Tema 4: Mitos sobre anticoncepción en la adolescencia “Verdad o imaginación”	77
Sub-Tema 5: Anticoncepción, es mi decisión.....	85
Tercer Tema: ITS, VIH-Sida	93
Sub-Tema 1: Mitos y creencias sobre las ITS “Mito y realidad”	93
Sub-Tema 2: Identificando y previniendo las ITS	98
Sub-Tema 3: VIH y Sida “La diferencia”	105
Sub-Tema 4: Situación del VIH y Sida en Nicaragua “Me afecta o no me afecta”	112
Sub-Tema 5: VIH y Derechos Humanos “Respeto o Indiferencia”	119

Sub-Tema 6: Estigma y Discriminación “Aceptación sin condición”	126
Sub-Tema 7: VIH y Violencia “Dos caras, una misma moneda”	132
Sub-Tema 8: Previniendo el VIH “YO sí puedo”	138
Anexos.....	146
Bibliografía	147

Introducción

El Ministerio de Salud, como ente Rector del sector salud, en cumplimiento a los lineamientos estratégicos del Gobierno de Unidad y Reconciliación Nacional (GRUN), para restituir el derecho a la salud del pueblo nicaragüense con gratuidad y calidad, ha impulsado una serie de acciones para mejorar el acceso de los servicios de salud a la población adolescente del país. Entre estas acciones se encuentra el fortalecimiento del marco normativo en el Ministerio de Salud (MINSa) para mejorar las competencias del personal de salud para la atención integral y biopsicosocial¹ a las y los adolescentes, brindar consejería, promover estilos de vida saludables, prevenir conductas de riesgo y desarrollar habilidades en las y los adolescentes en conjunto con su familia y la comunidad.

El Plan Nacional de Desarrollo Humano (PNDH) en su Política de Salud² ha definido como prioritarios para su atención aquellos grupos vulnerables de la población como los adolescentes. Y es en este contexto se vuelve imprescindible reconocer a las y los adolescentes y jóvenes como sujetos de derecho y actores protagónicos de su propio desarrollo. Por lo que el MINSa tiene como misión responder a las demandas y necesidades de manera eficiente y eficaz. Ello ha implicado la eliminación de barreras socioculturales que impiden el acceso a los servicios de salud, para garantizar un desarrollo integral de los y las adolescentes nicaragüenses.

Es en seguimiento al PNDH que el Modelo de Salud Familiar y Comunitario (MOSAFC) hace énfasis en la promoción de la salud y prevención del daño, con base en la equidad de derechos y género. Así mismo el Plan Plurianual de Salud 2011-2015, en sus Actividades y Acciones Estratégicas 1.1.1.4.- Educación en Salud Sexual y Reproductiva a la población manifiesta que: “La educación en Salud Sexual Reproductiva es una intervención fundamental en el fomento de la responsabilidad social para que hombres y mujeres asuman una vida reproductiva sana, libre de riesgo y una sexualidad responsable; debe impartirse desde la niñez hasta la ancianidad mediante procesos de educación tanto a nivel formal en los centros educativos, como en espacios de educación popular dirigidos a hombres y mujeres, población en general (que ya no asiste a las escuelas). A nivel de la red de servicios (público, privada y comunitaria) se debe promover la consejería acorde a la etapa de desarrollo de los (las) adolescentes y jóvenes, para ello se debe capacitar a personal de salud (profesionales y técnicos), maestros, líderes y diversos actores claves”.

Durante la adolescencia se incrementan las necesidades de experimentación del entorno, apareciendo con ello, las conductas de riesgo que comprometen aún más su salud y desarrollo, lo que muchas veces se traduce en nuevos problemas de salud pública como la drogadicción, alcoholismo, suicidio, violencia juvenil y doméstica, abuso y explotación sexual, ITS/VIH-Sida, embarazo a edad temprana, siendo este último un riesgo de muerte materna superior a la media y un factor que puede limitar en muy alto grado sus

¹ HAADSSS: Hogar, Alimentación, Abuso, Drogas, Sexo, Suicidio, Seguridad

² Plan Nacional de Desarrollo Humano 2012-2016. Capítulo III. Política de Salud. Item 382. Pág. 82

oportunidades de educación y empleo con efectos negativos a largo plazo sobre la calidad de la vida de ellas mismas y de sus hijos.³

Por lo tanto tomando en cuenta estas características y las necesidades en salud sexual y reproductiva en este grupo poblacional, se elaboraron los siguientes documentos normativos “Manual de Capacitación en Salud Sexual y Reproductiva para Personal de Salud Dirigido a Adolescentes” y la “Guía de Capacitación en Salud Sexual y Reproductiva para Promotores Adolescentes”, como herramientas para la implementación de procesos educativos, dotación de conocimientos para contribuir al desarrollo integral de las y los adolescentes, favorecer cambios de comportamiento y la adopción de estilos de vida saludables, haciendo énfasis en la promoción y prevención de conductas de riesgo para mejorar el acceso a la información en derechos sexuales y reproductivos, métodos anticonceptivos y el abordaje de las ITS/VIH-Sida. Estos temas se desarrollan metodológicamente para trabajar con el personal de salud y los promotores adolescentes.

Este Manual se pone a disposición del personal de salud y cualquier otra institución estatal y no estatal que desee fortalecer el trabajo con las y los adolescentes y jóvenes en esta temática a nivel local.

³ OPS/Asociación Mexicana de Educación Sexual. Hablemos de Salud Sexual.

Objetivos

General

Empoderar al personal de salud en temas de salud sexual y reproductiva que les permita transmitir conocimientos, desarrollar habilidades y destrezas para el trabajo con las y los adolescentes y jóvenes con énfasis en la promoción de la salud, búsqueda de cambios de comportamientos y prevención de conductas de riesgo basados en derechos sexuales y equidad de género.

Específicos

1. Fortalecer los conocimientos y competencias del personal de salud en temas de salud sexual y reproductiva.
2. Desarrollar procesos educativos con adolescentes para mejorar las competencias y habilidades de este grupo que ayuden al cambio de comportamientos de riesgo.
3. Fomentar en los adolescentes y jóvenes el desarrollo sano y el alcance de sus proyectos de vida.
4. Proveer al personal de salud conocimientos sobre los derechos sexuales y reproductivos relacionados a los derechos humanos.

SopORTE Jurídico

Nacional

- **Constitución política de la República de Nicaragua. Título IV, Capítulo 3. "Derechos sociales". Arto.59.**-"Los nicaragüenses tienen derecho, por igual, a la salud. El estado establecerá las condiciones básicas para su promoción, protección, recuperación y rehabilitación. Corresponde al estado dirigir y organizar los programas, servicios y acciones de salud y promover la participación popular en defensa de la misma. Los ciudadanos tienen la obligación de acatar las medidas sanitarias que se determinen".
- **Ley 290 Ley de Organización, Competencia y Procedimientos del Poder Ejecutivo: Artículo 26 Al Ministerio de Salud le corresponden las funciones siguientes:** Coordinar y dirigir la ejecución de la política de salud del Estado en materia de promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud. Promover la investigación y divulgación científica, la capacitación, educación continua y profesionalización del personal de salud. Coordinar y dirigir el sistema nacional de estadísticas vitales y de información relativa a la salud pública, entre otras.
- **Ley General de Salud. Ley No. 423.**

En el título I Disposiciones Fundamentales, Capítulo I Disposiciones Generales: Arto.5.- "Principios Básicos": Son principios de esta Ley:

- **Integralidad:** Se garantiza un conjunto de acciones integradas en las diferentes fases de la prevención, promoción, tratamiento o recuperación y rehabilitación de la salud, así como contribuir a la protección del medio ambiente, con el objeto de lograr una atención integral de la persona, su núcleo familiar y la comunidad, de acuerdo a los diferentes planes de salud.
- **Participación Social:** Se garantiza la participación activa de la sociedad civil en las propuestas para la formulación de políticas, planes, programas y proyectos de salud en sus distintos niveles, así como en su seguimiento y evaluación.
- **Responsabilidad de los Ciudadanos:** Todos los habitantes de la República están obligados a velar, mejorar y conservar su salud personal, familiar y comunitaria, así como las condiciones de salubridad del medio ambiente en que viven y desarrollan sus actividades.

En el título III Capítulo II Sección X De la Violencia:

- **Arto. 28.-** Es responsabilidad del Ministerio de Salud y de la sociedad en su conjunto, contribuir a la disminución sistemática del impacto que la violencia ejerza sobre la salud.

En su Reglamento, título IV Ministerio de Salud, Capítulo único:

- **Arto.50.-** Para el cumplimiento del paquete básico de servicios de salud, el primer nivel de atención, se regirá conforme los programas, manuales y protocolos de atención, definidos por el MINSA.
- **Ley de Promoción de Desarrollo Integral de la Juventud Nicaragüense, Ley No. 392. (2001).** Su objetivo es promover el desarrollo humano de hombres y mujeres jóvenes; en ese marco establece la obligación de que los servicios de salud aseguren los servicios apropiados para disminuir los índices de enfermedades inmune prevenibles, de transmisión sexual y mortalidad materna por embarazos precoces; entre las acciones que se mandatan para cumplir con este objetivo, se incluye brindar información a las y los jóvenes sobre salud sexual y reproductiva; prestar servicios apropiados con énfasis en prevención, tratamiento, orientación y asesoramiento apropiado a este grupo de edad, incluyendo a la familia; atender a las mujeres que sufren violencia sexual y familiar en condiciones que garanticen al respecto a su intimidad, confidencialidad y respeto a sus valores y creencias.
- **Código de la Niñez y la Adolescencia Ley No. 287.**
 - **Artículo 3.-** Toda niña, niño y adolescente es sujeto social y de Derecho y por lo tanto, tiene derecho a participar activamente en todas las esferas de la vida social y jurídica, sin más limitaciones que las establecidas por las Leyes.
 - **Artículo 4.-** Toda niña, niño y adolescente nace y crece libre e igual en dignidad, por lo cual goza de todos los derechos y garantías universales inherentes a la persona humana, y en especial de los establecidos en la Constitución Política, el presente Código y la Convención sobre los Derechos del Niño, sin distinción alguna de raza, color, sexo, edad, idioma, religión, opinión política, origen nacional o social, posición económica, situación física o psíquica o cualquier otra condición, en relación a sus madres, padres o tutores.
 - **Artículo 5.-** Ninguna niña, niño o adolescente, será objeto de cualquier forma de discriminación, explotación, traslado ilícito dentro o fuera del país, violencia, abuso o maltrato físico, psíquico y sexual, tratamiento inhumano, aterrador, humillante, opresivo, trato cruel, atentado o negligencia, por acción u omisión a sus derechos y libertades.

- **Ley 820. Ley de Promoción, Protección y Defensa de los Derechos Humanos ante el VIH y Sida, para su Prevención y Atención.** Que tiene como objeto garantizar el respeto, promoción, protección y defensa de los Derechos Humanos con énfasis en la atención integral de la salud, relacionado a la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), garantizando el acceso universal a terapias antirretrovirales, tratamiento para enfermedades oportunistas, condones y otros métodos anticonceptivos para la prevención, priorizando a las personas con VIH y en condición de Sida, poblaciones con mayor vulnerabilidad y riesgo y población en género.
- **Guía para la Atención Integral de las y los Adolescentes, Normativa 095.** Dirigida al personal de salud con el propósito de fortalecer el abordaje de las y los adolescentes, bajo un enfoque biopsicosocial, que da seguimiento al crecimiento y desarrollo de este grupo y que permita identificar factores de riesgo para la prevención de conductas que pongan en riesgo la vida de la/el adolescentes y sus proyectos.
- **Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva.** En el 2008, el MINSA emitió la Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, que aborda el enfoque de género y los derechos sexuales y reproductivos, así como la violencia de género y sus secuelas a través del fomento de estilos de vida saludables libres de violencia y la detección, atención y rehabilitación de las personas afectadas.

Internacional

- **La Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, Programa de Acción de El Cairo, (Septiembre 1994).**
- **Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, Beijing (1995).**
- **Declaración de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (firmados en el Año 2000, por 189 países).**

Políticas de Operación

Marco Conceptual

Para favorecer la toma de decisiones de manera libre e informada sobre aspectos de la salud sexual y reproductiva de los y las adolescentes es necesario hablar de sexualidad y de medidas de prevención y de autocuidado; es necesario hablar de conductas de riesgo y de anticonceptivos; de embarazos no planeados y de relaciones de pareja; de los derechos que tiene todo adolescente de decidir en qué momento y con quién tiene relaciones sexuales, del derecho a manifestar su opinión y del derecho a estar bien informado y a recibir atención profesional en áreas que afecten su sexualidad y su reproducción.

De igual manera, se requiere apoyar la labor del personal de salud que trabaja con adolescentes. Tan importante como ofrecerle información crucial en su interrelación con este grupo poblacional, hace falta brindarle al educador herramientas que le ayuden a identificar y a establecer condiciones de ambiente de trabajo favorables para lograr un mejor desempeño⁴.

El concepto de adolescencia surgió a fines del siglo XIX e inicios del XX en los países occidentales y sirvió para designar a un grupo específico de la población joven, perteneciente a un nivel socio-económico elevado, quienes realizaban un proceso educativo prolongado antes de asumir los papeles de adultos. A medida que se fueron desarrollando los procesos de industrialización y urbanización, esta fase de preparación entre la niñez y la edad adulta se fue extendiendo en duración, a la vez que se conformaba la adolescencia como una etapa particular de la vida, con identidad propia y necesidades específicas.

La OMS, considera que la adolescencia se inicia con los cambios fisiológicos y biológicos que se experimentan después de la niñez, conocidos como la pubertad y finaliza al asumir roles de las personas adultas, comprendiendo los grupos de edad entre los 10-19 años.

Esta etapa se caracteriza por un crecimiento notable en ideales y en la capacidad a iniciar planes de vida, se produce una disociación entre el desarrollo biológico y el desarrollo psicosocial que genera problemas de ajuste emocional y social, en una etapa en que los (as) adolescentes deben afirmar su identidad sexual, aceptando sus cambios corporales y avanzando en su independencia psicológica hacia la adopción de estilos de vida adulta y de su propia identidad.

En esta etapa de la adolescencia se comienzan a experimentar cambios físicos y hormonales que motivan al adolescente a unirse en pares para compartir los cambios que se presentan, así como sus inquietudes relacionadas con la primera relación sexual. La mayoría de adolescentes inician su primera relación sexual sin información sobre sus derechos sexuales y reproductivos, exponiéndolas a un embarazo no planificado por la

⁴ La salud sexual y reproductiva en la adolescencia: un derecho a conquistar. Secretaría de Salud. Segunda Edición Año 2002.

falta de uso de métodos anticonceptivos, al riesgo de adquirir una Infección de Transmisión Sexual (ITS) o el VIH; lo que repercute en el individuo, su familia y el desarrollo económico del país.

Desde el punto de vista psicosocial, las relaciones con los adultos entran en una etapa de cuestionamientos, dejando de ser sus referentes próximos; inclinándose más hacia sus pares. Esta situación entra en conflicto con los valores e ideas que sustentan los mayores y las respuestas a sus inquietudes se procuran en las fuentes más cercanas a sus actividades grupales. Los conflictos con la autoridad, derivados de su necesidad de independencia y de tener sus propias experiencias, provocan en ocasiones el involucramiento en conductas de riesgo, presentándose dificultades para comunicarse con sus padres. Esta es una situación recíproca ya que padres, madres y familiares no comprenden de manera adecuada estos cuestionamientos y se generan a veces, problemas para dialogar con ellos. Uno de los aspectos que se obstaculiza es el de la sexualidad, debido a la renuencia de los adultos a aceptar como legítima la actividad sexual adolescente, en especial, cuando ésta se produce fuera del matrimonio o unión.

Los temas abordados en ambos documentos se desarrollaran mediante técnicas de participación e interacción con personal de salud y promotores adolescentes; basándose en los principios de:

- **La construcción.** Aprender no significa simplemente reemplazar un punto de vista (el incorrecto) por otro (el correcto), ni acumular un nuevo conocimiento sobre el viejo, sino más bien transformar el conocimiento. Esta transformación, a su vez, ocurre a través del pensamiento activo y original del adolescente. Así pues, el aprendizaje cooperativo implica la experimentación y la resolución de problemas.
- **El interés.** Los/as adolescentes comprenden mejor cuando están envueltos en tareas y temas que cautivan su atención. Por lo tanto, desde una perspectiva del aprendizaje cooperativo, el personal de salud, deberá reforzar los temas que interesan a adolescentes, para apoyar y expandir esos intereses, e implicarlos activamente en el proceso de aprendizaje.
- **La autonomía.** El personal de salud deberá dejar de exigir obediencia y fomentar en cambio la libertad **responsable**; favoreciendo el desarrollo de la autonomía por medio de la integración de consideraciones sobre uno mismo, los demás y la sociedad.
- **La cooperación.** Las relaciones entre adolescentes o pares son vitales. A través de ellas, se desarrollan los conceptos de igualdad, justicia y democracia (Piaget, 1932) y progresa el aprendizaje.
- **La tecnología.** Como una herramienta para desarrollar habilidades y la actualización del personal de salud.

Los temas a desarrollar en ambos documentos como lo son el “Manual de Capacitación en Salud Sexual y Reproductiva para Personal de Salud Dirigidos a Adolescentes” y la “Guía de Capacitación en Salud Sexual y Reproductiva para Promotores Adolescentes” son:

- **Derechos Sexuales y Reproductivos desde un Enfoque Integral incluida la salud sexual y reproductiva.**
- **Métodos Anticonceptivos e**
- **Infecciones de Transmisión Sexual, VIH y Sida**

Este Manual está dirigido al personal de salud y tiene como finalidad ayudar al personal de salud en el abordaje de la atención integral de la salud de las y los adolescentes con énfasis en la perspectiva de la promoción y prevención.

Enfoques transversales

- **Enfoque basado en Derechos Humanos**

El enfoque de los derechos humanos pone las necesidades de las personas en el centro de atención. Sostiene que los derechos son fundamentales, inalienables, universales e indivisibles. También destaca la obligación del Estado de respetar, proteger y satisfacer los derechos establecidos, sobre todo aquellos que ha asumido como compromisos a nivel nacional e internacional⁵.

La salud no es solamente la ausencia de enfermedad. La afirmación que “El disfrute del más alto nivel posible de salud es uno de los derechos fundamentales de cualquier ser humano sin distinción de raza, religión, creencia política, ideológica, y condición social o económica.” se consagró por primera vez en la Constitución de la OMS (1946) y más adelante se reiteró en la Declaración de Alma-Ata de 1978⁶ y en la Declaración Mundial de la Salud adoptada por la Asamblea Mundial de la Salud en 1998. Ese derecho ha sido reafirmado en los instrumentos internacionales y regionales de derechos humanos.

Ha sido reconocido en el párr. 1 del artículo 25 de la Declaración Universal de Derechos Humanos⁷; en el artículo 11 de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre de 1948; en el Pacto Internacional sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales⁸ adoptado en 1966 en donde se establece por primera vez en un tratado con carácter vinculante el derecho a la salud, en la Convención sobre Eliminación de Toda Forma de Discriminación de La Mujer de 1979⁹; y en la Convención sobre los Derechos del Niño en el artículo 24¹⁰.

⁵ Family Care International (FCI). Jóvenes y Derechos. Mensajes para incidir en la esfera pública. Plan Andino para la Prevención del Embarazo en Adolescentes, Bogotá. 2011.

⁶ Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, que fue celebrada en Alma - Ata (ex U.R.S.S.) en el año 1978 en donde se reiteró que el concepto de salud como completo estado de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades, es un derecho humano fundamental y que el logro del grado más alto de salud posibles un objetivo social muy importante que requiere la intervención de múltiples sectores sociales y económicos.

⁷ Declaración Universal de Derechos Humanos, aprobada el 10 de diciembre de 1948, Doc. NU A/810(1948). “toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios”.

⁸ Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, aprobado el 16 de diciembre de 1966, 999 U.N.T.S. 171. Párr. 1 de su artículo 12, que “los Estados Partes reconocen «el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental», mientras que en el Párr. 2 de ese mismo artículo se enumeran, a título de ejemplo, diversas medidas que «deberán adoptar los Estados Partes [...] a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho”.

⁹ Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer Doc. NU A/34/46, fue aprobada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en resolución 34/180 del 18 de diciembre de 1979, entrando en vigor el 3 de septiembre de 1981. Artículo 12, establece que los “Los Estados Partes adoptarán todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la

El derecho a la salud sexual y reproductiva ha sido ampliamente discutido y consensuado como un derecho humano desde los años 90 a partir de las Conferencias de Cairo y Beijing y sus conferencias de seguimiento, la última realizada en el mes de agosto del 2013, en Montevideo, Uruguay. En dicha reunión se reafirmó que la promoción y la protección de los derechos sexuales y derechos reproductivos son esenciales para el logro de la justicia social y de los compromisos nacionales, regionales y mundiales para el desarrollo sostenible, en sus tres pilares: social, económico y ambiental. Así mismo, se reconoce a niños, niñas, adolescentes y jóvenes como sujetos de derechos y actores del desarrollo.

Un marco de trabajo basado en los derechos humanos supone poner en funcionamiento mecanismos de participación social destinados a monitorear la forma en que las personas pueden ejercer y demandar sus derechos. Todo esto es igualmente válido para los derechos sexuales y reproductivos de las personas adolescentes y jóvenes.

Según el consenso de la Primera reunión de la Conferencia Regional sobre Población y Desarrollo de América Latina y el Caribe¹¹, se afirma que la libertad, las capacidades y el derecho a tomar decisiones informadas empoderan a las personas para desarrollar su potencial y participar plenamente en los ámbitos económico y social; por lo que el **enfoque de derechos** debe estar orientado a empoderar a los (as) adolescentes en sus decisiones relacionadas con la salud sexual y reproductiva.

Otro derecho que debe ser considerado en la atención a adolescentes y jóvenes, es la implementación de programas de salud sexual y salud reproductiva integrales, oportunos y de calidad, que incluyan servicios de salud sexual y salud reproductiva amigables, con perspectiva de género, derechos humanos, intergeneracional e intercultural, y que garanticen el acceso a métodos anticonceptivos modernos, seguros y eficaces.

Los principios de **confidencialidad, anonimato y privacidad** durante la atención a adolescentes y jóvenes son también necesarios para que puedan ejercer sus derechos sexuales y derechos reproductivos, que les permita tener una vida sexual responsable, placentera y saludable, evitar los embarazos tempranos y los no deseados, la transmisión del VIH y otras infecciones de transmisión sexual; para facilitar la toma de decisiones libres, informadas y responsables con relación a su vida sexual y reproductiva y al ejercicio de su orientación sexual.

Los programas de educación integral para la sexualidad deben ser considerados como parte del enfoque de **derechos**, reconociendo la afectividad, desde la primera infancia, respetando la autonomía progresiva del niño y las decisiones informadas de adolescentes y jóvenes sobre su sexualidad. Bajo este enfoque de derechos, se debe dar prioridad a la prevención del embarazo en la adolescencia, mediante la educación integral para la

mujer en la esfera de la atención médica a fin de asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, el acceso a servicios de atención médica, inclusive los que se refieren a la planificación de la familia”.

¹⁰ Convención de los Derechos del Niño A.G. res. 44/25, anexo, 44 U.N. GAOR Supp. (No. 49) p. 167, ONU Doc. A/44/49 (1989). "Los Estados Partes reconocen el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud y a servicios para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud. Los Estados Partes se esforzarán por asegurar que ningún niño sea privado de su derecho al disfrute de esos servicios sanitarios".

¹¹ Consenso Montevideo Integración plena de la población y su dinámica en el desarrollo sostenible con igualdad y enfoque de derechos: clave para el Programa de Acción de El Cairo después de 2014.

sexualidad, y el acceso oportuno y confidencial a la información, servicios de calidad, incluida la anticoncepción oral de emergencia y los condones.

Desde el derecho a la salud, hay que cumplir con los elementos esenciales: disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad.¹²

Importancia de la aplicación del Enfoque de Derechos en la atención a los (as) adolescentes¹³:

Enfatiza en la exigibilidad de los derechos y se identifica, define los garantes y corresponsables para el cumplimiento de los derechos incidiendo a la vez en los responsables para que rindan cuentas.

Tiene como objetivo el cambio de las relaciones de poder y las inequidades resultantes de las mismas y se parte del reconocimiento de la igualdad de sus derechos de acceso a los recursos necesarios para su bienestar e inclusión social.

Promueve activamente la participación en todo el proceso de adolescentes y jóvenes como titulares de derechos. Para ello se prevén mecanismos de empoderamiento y capacitación para la adquisición de habilidades a fin de promover la defensa, reclamo y cumplimiento de derechos.

Tienen en cuenta un enfoque diferencial, que permite visualizar la lógica de acciones afirmativas desde la perspectiva de género y étnico-culturales para promover la igualdad de oportunidades, desarrollo de capacidades e impedir la discriminación.

Genera instancias para que adolescentes y jóvenes, titulares de derechos puedan exigir rendición de cuentas a los portadores de obligaciones.

▪ Enfoque de Género¹⁴

El enfoque de género en la atención a los (as) adolescentes incluye: el análisis de género, el desarrollo con enfoque de género y la equidad de género.

El análisis de género: Es el proceso que permite el estudio diferenciado de roles, espacios y los atributos que la construcción social otorga tanto a las mujeres como a los hombres; visualizándolos dentro de un sistema de relaciones de poder. El análisis de género es un paso importante para la elaboración de políticas, planes o programas que transforman la naturaleza del desarrollo basados en la desigualdad.

La categoría analítica de género tiene las siguientes características:

- **Relacional:** No se refiere a mujeres y hombres de forma aislada, sino a las relaciones entre unos y otros, y a la manera en que estas relaciones se constituyen socialmente.

¹² Adoptado por el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales en su 22 período de sesiones del 25 de abril al 12 de mayo de 2000.

¹³ Derechos Humanos, Interculturalidad y Género en el ámbito de la Salud de Adolescentes y Jóvenes. UCvirtual/Facultad de Medicina.

¹⁴ Derechos Humanos, Interculturalidad y Género en el ámbito de la Salud de Adolescentes y Jóvenes. UCvirtual/Facultad de Medicina.

- **Jerárquica:** Las diferencias que se establecen entre mujeres y hombres, lejos de ser neutras, tienden a atribuir mayor importancia y valía a las características y actividades asociadas con lo masculino, y producir, por ende, relaciones desiguales de poder.
- **Histórica:** Se nutre de elementos mutantes en el tiempo y en el espacio, por tanto, son elementos susceptibles de cambio a través de intervenciones.
- **Contextualmente específica:** Existen variaciones en el interior de las relaciones de género que subrayan la necesidad de incorporar la perspectiva de la diversidad en el análisis de género.

En el análisis de la situación de salud, el enfoque de género permite visualizar las distintas maneras en que las construcciones sociales de lo masculino y lo femenino moldean diferencialmente los perfiles de salud y de participación de mujeres y hombres.

Desarrollo con enfoque de género: El fundamento de este concepto propone que para que haya desarrollo con enfoque de género, hay que trabajar en la sustentación de la equidad como principio generador de oportunidades para mujeres y hombres, con énfasis en la situación particular de la adolescente, en los contextos laborales, comunitarios y familiares, la división del trabajo y las funciones asignadas tanto a hombres como a mujeres en donde las mujeres quedan en una clara desventaja.

Equidad de género: Es un concepto que se asocia directamente a la justicia, la distribución de beneficios y responsabilidades entre varones y mujeres, que traducido en políticas públicas pretende la eliminación de inequidades como camino hacia la igualdad.

El enfoque de género en la salud de los (as) adolescentes implica **identificar, analizar y actuar** sobre las desigualdades en salud derivadas de la interacción e intersección de las diferencias de sexo-género con otras formas de desigualdad, tales como condición económica, origen étnico, edad y capacidad funcional.

Entre los elementos claves del enfoque de género se destacan:

- **El centro de interés** se dirige a las relaciones desiguales de poder entre hombres y mujeres, su interacción con otras relaciones de poder y el impacto de tales relaciones desiguales sobre la situación de salud y los procesos de gestión de la salud de los (as) adolescentes.
- **Transformar** las relaciones de género hacia la igualdad, intentando activamente examinar, cuestionar y cambiar patrones rígidos de desigualdad en la distribución del trabajo, los recursos y el poder entre los sexos en las esferas públicas y privadas.

El enfoque de género en salud permite visualizar las inequidades entre mujeres y hombres, y por tanto realizar intervenciones en correspondencia con las necesidades de cada sexo en las distintas etapas de la vida. Estas desigualdades se manifiestan no solo en términos de la exposición diferencial a los riesgos, sino de manera fundamental, en la cuota de poder que disponen mujeres y hombres para enfrentar dichos riesgos y proteger

su salud, privilegiando a los hombres y situando a las mujeres en una posición de desventaja y subordinación, como se podrá analizar en el desarrollo de los contenidos del Manual en los temas de derechos sexuales y derechos reproductivos, uso de métodos anticonceptivos, ITS, VIH y Sida.

El enfoque de género debe tener en cuenta que la violencia contra las niñas, las mujeres y la violencia sexual en particular constituye un indicador crítico de marginación, desigualdad, exclusión y discriminación de género contra las mujeres, que tiene implicaciones en la autonomía, la autodeterminación, la salud individual y colectiva y el ejercicio de los derechos humanos, impidiendo el acceso a la igualdad y al pleno ejercicio de la ciudadanía.

Importancia de la aplicación del Enfoque de Género en la atención a los (as) adolescentes¹⁵:

- **Contribuye a la justicia y la igualdad de derechos:** En una sociedad democrática basada en principios de igualdad, todas las personas tienen derecho a procurar el nivel más alto, posible de salud. Los Estados tienen particularmente, el imperativo de eliminar las barreras existentes para el logro del nivel más alto de salud para toda la población y muchas de estas barreras surgen de factores de género. Si este enfoque no se reconoce en la atención a los (as) adolescentes se corre el riesgo de profundizar las desigualdades de género e incluso exacerbarlas.
- **Contribuye a la eficiencia y la sostenibilidad de las intervenciones:** Si los determinantes de salud basados en género no reciben una consideración apropiada, las políticas de promoción de la salud corren peligro de ser ineficientes. Como se destaca en la Declaración del Milenio, la igualdad de género y el empoderamiento de las mujeres, no solo representan un objetivo en sí mismo, sino que constituye un prerrequisito para el logro efectivo y sostenible de los otros siete objetivos de desarrollo, principalmente el de la mortalidad materna e infantil y el relacionado con el VIH.
- **Enfoque de Interculturalidad**

Los (as) adolescentes indígenas, necesitan una atención especial. El comienzo de las conductas de riesgo, tales como el abuso de sustancias y el sexo sin protección a una edad temprana, añadidos al hecho de que suelen ser ignorados por los sistemas de salud, representan una enorme carga para los adolescentes, sus familias y comunidades y los sistemas de salud, que fácilmente podría prevenirse.

El Ministerio de Salud dispone de un documento institucional “*Marco de planificación para pueblos indígenas y comunidades Étnicas*”, en el que se destacan los pueblos indígenas de Rama, Mayagna, Miskitu, Ulwa, Xiu-Sutiava, Naho-Nicarao, Chorotega-Nahua-Mange, Cacaopera-Matagalpa; y las siguientes comunidades étnicas: Mestizo de la Costa Caribe, Garífuna y Creole (Kriol).¹⁶

¹⁵ Derechos Humanos, Interculturalidad y Género en el ámbito de la Salud de Adolescentes y Jóvenes. UCvirtual/Facultad de Medicina.

¹⁶ Marco de Planificación para Pueblos Indígenas y Comunidades Étnicas. Para el proyecto de mejora de la Salud Familiar y Comunitaria en los servicios de salud de los SILAIS de Nicaragua. Managua, 27 de julio 2010.

Para entender el enfoque de interculturalidad, es necesario considerar los siguientes conceptos:¹⁷

- **Comunidades, gente y naciones indígenas:** son aquellos que tienen una continuación histórica con pre-invasión y pre-colonial comunidades que han desarrollado en su territorios, que se consideran a sí mismos distintos de otros sectores de la sociedad que ahora está en este territorio, o en partes de ellos. Ahora en presente se forman un sector non-dominante de la sociedad y están determinados en guardar, desarrollar y transmitir sus territorios ancestrales y su identidad étnica como base de su existencia como Pueblos en acuerdo con su propia cultura, sus propias instituciones sociales y sistemas legales a nuevas generaciones.
- **Interculturalidad:** proceso de comunicación en relaciones de convivencia que establecen dos o más individuos o grupos culturales que manifiestan características y posiciones diversas, donde se promueven condiciones de inclusión y horizontalidad, con respeto, escucha, comprensión mutua y sinergia. La interculturalidad reconoce al “otro” u “otros” como seres dignos de ejercer todos sus derechos, valorando la diversidad como riqueza potencial.
- **Interculturalidad en salud:** son las distintas percepciones y prácticas del proceso salud-enfermedad-atención que operan, se ponen en juego, se articulan y se sintetizan, no sin contradicciones, en las estrategias de cuidado, las acciones de prevención y solución a la enfermedad, al accidente y a la muerte en contextos pluriétnicas.¹⁸

Este enfoque involucra la aparición de necesidades de aprendizaje de los rasgos socio-culturales de su medio, reconocimiento y respeto de su identidad y la de los otros, es decir trabajar en un contexto de equidad y de reconocimiento de la diversidad cultural. El concepto “intercultural”, entonces se basa en el desarrollo de la comprensión entre culturas, la valoración de cada una en un plano equitativo y las relaciones con la otra que van generando procesos de integración, lo cual debe conllevar a formas de convivencia entre culturas diferentes (La interculturalidad en el marco de las políticas educativas, DF. Aguilar M. México).

La interculturalidad debe ser entendida como relación igualitaria entre culturas diferentes y esto debe llevar al reconocimiento de pueblos con plenos derechos sobre sus recursos, sistema de justicia y el ejercicio de derechos en cuanto a formas de desarrollo, educación, salud, “es decir autonomía”. Desde un enfoque de interculturalidad, se trata de establecer un punto de referencia para relaciones sociales más justas, se convierte así en un principio normativo que lleva a ver la diversidad como un rasgo positivo de la sociedad¹⁹.

En este sentido, el tema de salud desde la perspectiva intercultural no es un enfoque más, sino un tema que apunta a la equidad. Implica:

¹⁷ Análisis de la Red de Servicios en Respuesta a la Salud de los Adolescentes y Jóvenes. Municipios de Bilwi, Waspam, Bonanza y Prinzapolka de la Región Atlántico Norte (RAAN). Marzo, 2010. OPS.

¹⁸ Análisis de la Red de Servicios en Respuesta a la Salud de los Adolescentes y Jóvenes. Municipios de Bilwi, Waspam, Bonanza y Prinzapolka de la Región Atlántico Norte (RAAN). Marzo, 2010. OPS.

¹⁹ Álvarez. Educación intercultural: conceptos básicos y enfoques. México 2008.

Reconocer positivamente la existencia de diversidad (a nivel personal, familiar, de la comunidad, la sociedad y el Estado).

Propone el diálogo horizontal y enriquecedor de diferentes culturas.

Reconocer, armonizar y negociar las innumerables formas de diferencia que existen en el país.

Una revisión realizada sobre trabajos de diferentes autores, permite coincidir en que “como la presenta Firth, la cultura es todo comportamiento aprendido socialmente. Se refiere al conjunto de recursos acumulados, materiales y no materiales que el pueblo hereda, emplea, transforma y trasmite.”²⁰

En términos de salud, la dimensión individual tendría relación con la adopción de un estilo de vida contando con conocimientos, oportunidades y voluntad de hacerlo.

Orientaciones para lograr relaciones interculturales en salud, con los y las adolescentes	
Los y las adolescentes de comunidades indígenas tienen derecho, al ejercicio de los usos y costumbres de su cultura, práctica de la medicina tradicional	Reconociendo, respetando y valorando otras formas de conocimientos y saberes. Promoviendo el ejercicio del derecho de los pueblos indígenas, en el empleo de recursos, probadamente beneficiosos para el cuidado de la salud.
Reconocer el derecho de los (as) adolescentes a la pluralidad étnica, cultural y lingüística	Reconociendo positivamente la pluralidad étnica, cultural y lingüística de los demás y los propios. Interesándose por conocer las particularidades de los (as) adolescentes de comunidades indígenas. Interesándose por hablar otras lenguas con el compromiso de entender al mismo tiempo, la cosmovisión de estos pueblos.
Reconocer las particularidades étnicas y culturales como expresión de la diversidad	Asumiendo positivamente las particularidades étnicas y culturales. Reconociendo que existen diferentes culturas, ninguna mejor que la otra.
Disposición a aprender de otras culturas	Incorporando progresivamente conceptos, saberes y prácticas nuevas en salud para aplicarlos en el trabajo diario.
Reconocer la capacidad de gestión de los miembros de la comunidad étnica	Promoviendo la participación de los diferentes actores comunitarios en la resolución de los problemas de salud de la comunidad.
Tener disposición y apertura para promover	Mejorar el trabajo con adolescentes indígenas

cambios en la atención de salud de adolescentes indígenas	Introduciendo algunos saberes y conocimientos en la atención de salud de los (as) adolescentes.
Reconocer la cosmovisión indígena sobre el mundo de la salud y enfermedad	Utilizando en el trabajo diario con adolescentes argumentos de la cosmovisión indígena para fortalecer la promoción de la salud familiar y comunitaria.
Interés por los destinos de la salud y el desarrollo de los pueblos indígenas	Promoviendo la inclusión en la agenda de las autoridades indígenas y no indígenas a nivel local y nacional para fortalecer la promoción de la salud familiar y comunitaria.
Promover la práctica intercultural en salud	Incentivando la conversación, la práctica diaria y el intercambio entre los diferentes actores sobre aspectos de la salud, con énfasis en la salud sexual y reproductiva.
Reforzar la dinámica organizacional de los pueblos indígenas	Respetando y reconociendo las estructura organizativas de los pueblos indígenas Coordinando con ellos el trabajo, con respeto a la salud de los (as) adolescentes.

Fuente: Adaptación de: Una visión de salud intercultural para los pueblos indígenas de las Américas. OPS 2008.

▪ **Enfoque de colaboración Adolescentes - Adultos**

Los (as) adolescentes son vistos frecuentemente como problemas ambulantes: irresponsables, odiosos y aún violentos. Pero, ¿qué pasaría si fueran vistos como personas creativas enérgicas y entusiastas? No solo haría que los adolescentes tengan el derecho de ser completamente involucrados en la planeación, implementación y evaluación de los servicios de salud, sino también los programas son más efectivos cuando ellos participan. Sin embargo, los programas diseñados para adolescentes sin involucrarlos no son efectivos, tampoco es probable que tengan éxito los programas que manejan sólo los adolescentes, ya sea por falta de habilidades, experiencia o recursos económicos. En este sentido, el enfoque de colaboración involucra la colaboración del adulto con el adolescente para facilitar el desarrollo de todas sus potencialidades y su bienestar, así como para asumir estilos de vida saludables. Esta colaboración se propone desde una perspectiva de acompañamiento a fin de garantizar la toma de decisiones autónomas, la responsabilidad y el pensamiento crítico.

Listado de los Procedimientos

El diseño del Manual considera las necesidades y características de los (as) adolescentes, para propiciar en este grupo estilos de vida saludables con énfasis en la promoción de los derechos sexuales y derechos reproductivos, uso de métodos anticonceptivos y las ITS, VIH y Sida. Cada tema se desarrolla con un enfoque humanista, socio-cultural, afectivo y cognitivo que garantice su realización plena.

Los temas y subtemas desarrollados se basan en la metodología **participativa – interactiva** e incluyen estrategias didácticas para emprender procesos de sensibilización, capacitación e información en temas de salud sexual y reproductiva, con énfasis en los derechos sexuales y reproductivos, anticoncepción y VIH, con enfoque basado en derechos, género, generacional, interculturalidad y **colaboración adultos-adolescentes**.



Manteniendo el cambio: Por más de seis meses.

Término: Manteniendo un estilo de vida saludable.

Acción: Llevando el cambio.

Preparación: adolescentes y jóvenes están dispuestos a cambiar en el mes siguiente.

Contemplación: adolescentes y jóvenes están pensando en el cambio dentro de los seis meses.

Pre contemplación: Adolescentes no están interesados en el tema.

Descripción de los Procedimientos

El presente manual está dedicado a promover el derecho a la salud, incluyendo de salud sexual y reproductiva, de los (as) adolescentes como un derecho fundamental e inalienable y como una obligación del Estado y sus instituciones. Con el desarrollo de estos temas se pretende promover estilos de vida y hábitos saludables que se construyan día a día, con nuestras actividades y nuestras relaciones interpersonales; además de fomentar el auto cuidado de la salud como una actitud esencial para el desarrollo de una vida plena y sana, con autonomía, participación y responsabilidad con un enfoque integral.

El Manual está diseñado desarrollarse en un promedio de 40 horas; lo que indica que los contenidos pueden lograrse en tres o cuatro días consecutivos o encuentros, según la disponibilidad tanto de adolescentes como del personal de salud.

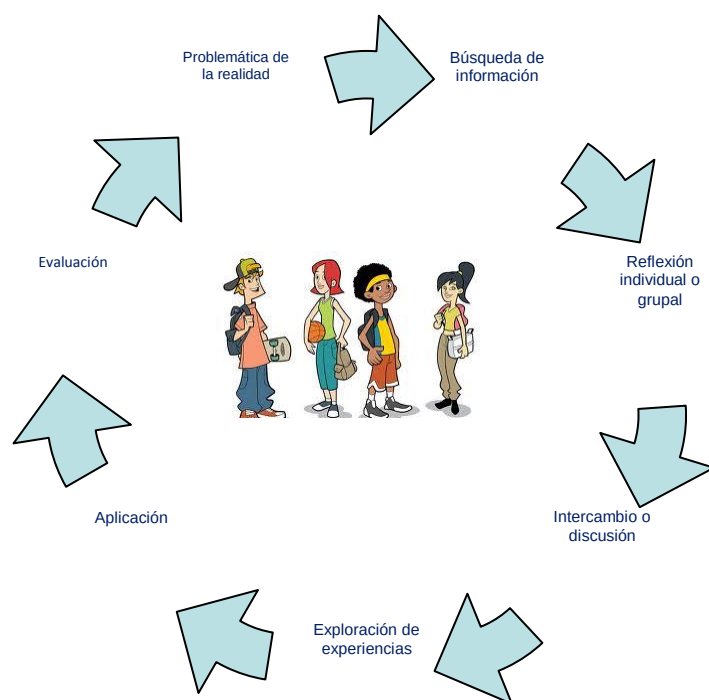
Los expertos en aprendizaje vivencial afirman que las personas retienen el 20% de lo que escuchan; el 30% de lo que ven; el 50% de lo que escuchan y ven; el 70% de lo que ven, escuchan y dicen (discuten) y el 90% de lo que ven, escuchan, dicen y hacen; por lo que basado en estos datos, el Manual contiene una variedad de estrategias didácticas que facilitan un mayor aprendizaje en los (as) adolescentes.

En cada sub-tema se consideran diversas estrategias didácticas haciendo énfasis en el procesamiento de la información, que propicie la reflexión y el intercambio de experiencia. Cada sub-tema consta de los siguientes momentos:

1. Creación de un ambiente favorable; Bienvenida
2. Presentación de participantes
3. Herramienta metodológica; que a su vez se desarrolla en las siguientes actividades:
 - Definiendo el problema
 - El saber desde la vivencia
 - Propósitos
 - Conocimientos a desarrollar
 - Minilección (Bibliografía)
 - Estrategias para aprender a pensar y actuar
 - Aprendiendo lo aprendido
 - Evaluación de los aprendizajes: Evaluación del sub-tema

El presente manual se enfoca en Modelo Pedagógico y sus fases, las cuales serán desarrolladas mediante las siguientes estrategias didácticas:

- **Problematizar la situación**, de acuerdo al tema que se desarrolla, se aborda como un objeto de estudio en función de una meta o propósito.
- **Búsqueda de información**, conocimiento que los (as) adolescentes poseen, así como la información que amplíe la comprensión del problema.
- **Reflexión**, individual para dimensionar el problema y grupal para relacionar la información con su realidad.
- **Intercambio y discusión**, que conduce al aprendizaje cooperativo.
- **Relevancia de datos**, mediante una exploración y experiencias significativas en relación al problema.
- **Aplicación**, elaboración de una síntesis constructiva que ayude al saber propio.
- **Evaluación**, logros obtenidos con la posibilidad de resolver el problema.



Los subtemas se desarrollarán como sesiones de aprendizaje y están estructuradas de la siguiente forma:

- **Definiendo el problema**, consiste en plantear una situación atractiva para los (as) adolescentes sobre derechos sexuales y derechos reproductivos, anticonceptivos y VIH-Sida.

- **Saberes desde mi experiencia**, implica que los (as) adolescentes exploren los conceptos, experiencias, vivencias, emociones, saberes, sentimientos y los identifique individualmente para compartirlos posteriormente con sus pares.
- **Propósito**, lo que se pretende lograr tomando como referencia el problema en estudio.
- **Conocimientos a desarrollar**, conocimientos conceptuales, procedimentales y actitudinales relacionados con la vida de los (as) adolescentes, que serán abordados como medios para lograr sus propósitos.
- **Estrategias para aprender a pensar y actuar**, métodos, técnicas y procedimientos que adolescentes pondrán en práctica para desarrollar su capacidad de pensar y actuar en forma reflexiva, crítica y creativa.
- **Aplicando lo aprendido**, transferencia del concepto o procedimientos a situaciones específicas para interpretar la realidad y saber utilizar el nuevo aprendizaje.
- **Evaluación de los aprendizajes**, valoración de los proceso y resultados alcanzados, identificación de brechas, para la retroalimentación y reforzamiento.

Con la metodología participativa e interactiva, se pretende que el personal de salud contribuya a desarrollar en los (as) adolescentes las siguientes competencias:

- **Pensamiento crítico**, mediante el cual identifica y examina propósito, situaciones problemáticas, información, suposiciones, interpretaciones, conceptos, conocimientos, puntos de vistas alternativos, esquemas de referencia y conclusiones. Además mediante el pensamiento crítico aplica, analiza, sintetiza y evalúa la información tomada por la observación, experiencia, reflexión, razonamiento o comunicación con las que demuestra habilidades para procesar y generar información, además de opiniones con argumento y justicia.
- **Pensamiento creativo**, demuestra habilidades para intuir e inventar ante una situación, presentando diferentes respuestas y diversidad de caminos para llegar a una meta novedosa. Además, demuestra actitud para la elaboración de una síntesis original en un corto período de tiempo.
- **Toma de decisiones**, es capaz de delimitar mediante el análisis de las situaciones un listado de problemas, para identificar el problema principal, plantea dos o más posibles soluciones del problema principal, comparando las ventajas y desventajas, efectuando un análisis crítico de las mismas, decidiendo por la que continua más pertinente.
- **Solución de problemas**, observa hechos y situaciones problemáticas, delimita y precisa cuales son los aspectos por solucionar, define el problema mediante una pregunta, elabora posibles respuestas y elabora un plan de acción.

El personal de salud que utilice este manual debe haber recibido capacitaciones previas²¹, en especial en metodologías participativas con énfasis en la promoción de los derechos sexuales y reproductivos, prevención del embarazo en la adolescencia, ITS, VIH y Sida. En caso de no haber recibido estas capacitaciones es válido haber recibido otras capacitaciones en esta temática. Es prioritario además, que el personal de salud brinde atención a las expresiones emocionales de los (as) adolescentes para promover la integración de los procesos cognitivos y afectivos durante el aprendizaje.

El desarrollo de los contenidos del Manual permitirá al personal de salud, identificar a los (as) adolescentes que requieran mayor orientación y atención, utilizando el enfoque de riesgo, captándolos para la Consejería y la Atención Integral, de acuerdo a los documentos normativos del Ministerio de Salud.

En cada sesión, se utiliza la lógica de taller, como un espacio de participación grupal donde se construye entre todas (os) los (as) participantes, y en el que, el rol o papel del personal de salud en este caso, es facilitar y coordinar la sesión para la construcción de nuevos conocimientos en adolescentes y el mismo personal de salud. El número ideal de participantes a capacitar con los contenidos de este Manual es de 15 a 20 personas, para cumplir con cada uno de los aspectos metodológicos.

A continuación se desarrollaran los siguientes temas con el personal de salud:

- **Derechos Sexuales y Reproductivos desde un enfoque integral incluida la salud sexual y reproductiva.**
- **Métodos Anticonceptivos**
- **Infecciones de Transmisión Sexual, VIH/Sida**

Primer Tema: Derechos Sexuales y Reproductivos

Sub-Tema 1: El derecho a la Salud de los (as) adolescentes desde un enfoque integral incluida la salud sexual y reproductiva.

Sub-Tema 2: Derechos sexuales y derechos reproductivos.

Sub-Tema 3: Mis derechos, mi vida.

Sub-Tema 4: Construyendo historias.

²¹ Preferiblemente en el marco normativo de adolescentes: Normativa 074: Manual de Consejería para Adolescentes Dirigidas por el Personal de Salud; Normativa 075: Manual de Habilidades para la Vida, Normativa 117: Manual de Promoción y Prevención de Conductas de Riesgo en Adolescentes para Fortalecer Familias y Normativa 120: Manual de Prevención de Violencia de Género en Adolescentes y Jóvenes.

Sub-Tema 5: Situación de las (os) adolescentes en los servicios de salud: Los derechos, los (as) adolescentes y los servicios de salud.

Sub-Tema 1: El derecho a la salud de los (as) adolescentes desde un enfoque integral, incluida la salud sexual y reproductiva

Creación de un ambiente favorable

- **Bienvenida**

1. Realice la bienvenida a los (as) participantes y comparta sus datos: nombre, profesión, lugar donde trabaja, su motivación para trabajar con adolescentes.
2. Previo a la capacitación puede colocar carteles en la pared con imágenes de bienvenida que generen un clima confortable y acogedor.

- **Presentación de participantes**

1. Destaque con los (as) asistentes la importancia del conocimiento inicial para promover un clima de aprendizaje durante el desarrollo del tema.
2. Pídeles que realicen el ejercicio de “**cuchichear**” sobre él o ella con la persona que tienen a su derecha. Deberán compartir su nombre, edad, escolaridad, además de tres **características físicas** que posee y sean fáciles de observar (por ejemplo, morena, cabello oscuro, delgada) y tres **características no físicas** que en ese momento solamente él o ella conozca (tímido, enamorado, extrovertido). Además deberán comunicarse que esperan de ese tema (aprender, compartir, reforzar) y lo que desea aportar al desarrollo del tema.
3. Una vez realizado el “cuchicheo” cada pareja presentará en plenario a la persona con quien ha compartido y está conociendo.
4. Las parejas que pasen a presentarse deberán recibir un aplauso y el resto del grupo deberá decir en voz alta, bienvenidos (as).
5. En el grupo se elegirá un **GRUPO COLABORADOR**, que apoyará a los (as) capacitadores con la logística. Este grupo también garantizará que los (as) participantes se sienten al lado de diferentes personas cada día. El grupo ayuda a distribuir material, instalar los medios audiovisuales y mantener el salón en orden. Este grupo también le recuerda a los participantes llegar a tiempo y unirse a otros participantes.
6. Se seleccionará además un **GRUPO DE EVALUACION**, que está a cargo de evaluar el día. Este grupo revisa las evaluaciones elaboradas al final de cada día, tabula los resultados y los presenta a todo el grupo a la mañana siguiente.
7. Otro grupo a elegir será el **GRUPO DE ANIMACION**, que está a cargo de mantener todos (as) los (as) participantes motivados y con energía. Este grupo facilita un rompehielos de 3 a 4 minutos en caso que sea necesario (por lo general

después del almuerzo). Este grupo también es responsable de hablar con los capacitadores por si aparece otro interés de clima-relacionado.

8. Los grupos deben ser rotativos de manera que al final de la capacitación todos (as) los participantes hayan logrado desarrollar habilidades de facilitador.

Herramienta metodológica



I. Definiendo el problema

“Juan cree que es un adolescente saludable”



II. El saber desde la vivencia

Se pedirá a los (as) participantes que compartan porque creen que Juan tiene salud. Anotar en papelógrafo las respuestas mencionadas y se solicitará al resto del grupo que compartan sus puntos de vista y a dar nuevas opiniones, ¿por qué creen que Juan es un adolescente saludable?

Se espera que los participantes hagan referencia a prácticas o hábitos saludables, como por ejemplo, no está enfermo, come bien, se mira bien cuidado, no toma alcohol, entre otros.



III. Propósitos

Los (as) adolescentes conocen el concepto de salud integral, incluyendo salud sexual y reproductiva y los analizan como un derecho humano.



IV. Conocimientos a desarrollar

- La salud integral, incluye la salud sexual y reproductiva; es más que la ausencia de enfermedad, es la forma en que uno (a) se desarrolla en la vida, el tipo de relaciones que establece y el tipo de actividades que realiza.
- Un buen estado de salud integral, incluye una adecuada salud sexual y reproductiva en la adolescencia que se asocia principalmente con acceso a educación, buenas relaciones con la familia, una vida sexual placentera, entre otros aspectos.
- La salud integral, reconoce la salud sexual y reproductiva, así como la influencia de los factores étnicos, culturales y de género además de considerar los contextos sociales en que los (as) adolescentes se desarrollan, como un derecho humano.
-



V. Minilección (Bibliografía)

Tema: La salud, desde un enfoque integral, incluida la salud sexual y reproductiva

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la **Salud** como: “*Un estado de completo bienestar físico, social y mental y no solamente la ausencia de enfermedades o afecciones.*” La salud se asocia con la falta o carencia de ella, esta nueva noción valora y la reconoce como un proceso integral y cotidiano donde influyen múltiples factores.

Como plantea la Organización Mundial de Salud (OMS), podemos decir que la salud de las personas es mucho más que su bienestar físico, es la forma en que uno (a) se desarrolla en la vida, el tipo de relaciones que establece y el tipo de actividades que realiza. En este sentido, un buen estado de salud en la adolescencia se asocia principalmente con la educación, la familia, la vivienda, el trabajo, la recreación y el ambiente. Este enfoque **Integral** nos permite comprender la importancia de cuidar, prevenir y desarrollar estilos de vida saludables que contribuyan a conservar nuestra salud. Si partimos desde un análisis del concepto de **salud integral**, debemos reconocer la influencia de los factores étnicos, culturales y de género además de considerar los contextos sociales e históricos en que los (as) adolescentes se desarrollan.

Existen en el concepto de salud integral distintos aspectos que deben ser considerados, principalmente los siguientes:

- *Aspecto biológico, relacionada con el buen estado de nuestro cuerpo, esto incluye lo relacionado con la sexualidad y la salud reproductiva.*
- *Aspecto psicosocial, relacionada con el estado psicoafectivo, emocional, de las relaciones interpersonales y el contexto social, cultural y económico en que se desarrolla él o la adolescente.*

En la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (CIPD) en el año 1994, se declaró que *toda persona tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. Los Estados deberían adoptar todas las medidas apropiadas para asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, el acceso universal a los servicios de atención médica, incluidos los relacionados con la salud reproductiva, que incluye la planificación de la familia y la salud sexual. Los programas de atención de la salud reproductiva deberían proporcionar los más amplios servicios posibles sin ningún tipo de coacción.*

Así mismo se definió el concepto de salud sexual y reproductiva: “*la salud reproductiva es un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. Incluye la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia. Así mismo, incluye el derecho del hombre y la mujer a obtener información y de planificación de la familia de su elección, así como a otros métodos para la regulación de la fecundidad que no estén legalmente prohibidos, y acceso a métodos seguros, eficaces, asequibles y aceptables, el derecho a recibir servicios adecuados de atención de la salud que permitan los embarazos y los partos sin riesgos y den a las parejas las máximas posibilidades de tener hijos sanos.*”²²

La sexualidad humana y las relaciones entre los sexos están estrechamente vinculadas e influyen conjuntamente en la capacidad del hombre y la mujer de lograr y mantener la salud sexual y regular su fecundidad. La relación de igualdad entre hombres y mujeres en la esfera de las relaciones sexuales y la procreación, incluido el pleno respeto de la integridad física del cuerpo humano exige el respeto mutuo y la voluntad de asumir la responsabilidad personal de las consecuencias de la conducta sexual. La conducta sexual responsable, la sensibilidad y la equidad en las relaciones entre los sexos, particularmente cuando se inculca durante los años formativos, favorecen y promueven las relaciones de respeto y armonía entre el

²² Informe de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, realizada en El Cairo, Egipto, 5-13. Septiembre, 1994.

hombre y la mujer.

En la Reunión de Montevideo, realizada en el año 2013²³, se destaca el enfoque de derechos a la salud, mediante los principios de: universalidad, igualdad, transversalidad, integralidad, inclusión, solidaridad, equidad y dignidad y los derechos humanos en la aplicación de los enfoques hacia todos los grupos en condición de vulnerabilidad, así como los temas conexos relacionados con la salud, educación, comunidad, gobernabilidad y sostenibilidad.

En esta misma reunión, se acordó que los Estados, garantizarán a niños, niñas, adolescentes y jóvenes, sin ningún tipo de discriminación, las oportunidades para tener una vida libre de pobreza y de violencia, la protección y el ejercicio de derechos humanos, la disponibilidad de opciones, y el acceso a la salud, la educación y la protección social (Acuerdo 7); además de implementar programas de salud sexual y salud reproductiva integrales, oportunos y de calidad para adolescentes y jóvenes, que incluyan servicios de salud sexual y salud reproductiva amigables, con perspectiva de género, derechos humanos, intergeneracional e intercultural, y que garanticen el acceso a métodos anticonceptivos modernos, seguros y eficaces, respetando el principio de confidencialidad y privacidad, para que adolescentes y jóvenes ejerzan sus derechos sexuales y derechos reproductivos, tengan una vida sexual responsable, placentera y saludable, eviten los embarazos tempranos y los no deseados, la transmisión del VIH y otras infecciones de transmisión sexual; y tomen decisiones libres, informadas y responsables con relación a su vida sexual y reproductiva y al ejercicio de su orientación sexual (Acuerdo 12).

Las necesidades crecientes de salud reproductiva de los adolescentes deberían ser respondidas en base a información que les ayude a alcanzar el grado de madurez necesario para adoptar decisiones en forma responsable. En particular, se debería facilitar a los adolescentes información y servicios que les ayudaran a comprender su sexualidad y a protegerse contra los embarazos no deseados, las infecciones de transmisión sexual y el riesgo subsiguiente de infertilidad. Ello debería combinarse con la educación de los hombres jóvenes para que respeten la libre determinación de las mujeres y compartan con ellas la responsabilidad en lo referente a la sexualidad y la procreación.

Como parte de la salud integral, el personal de salud debe promover una cultura de diversión, el tiempo libre, el tiempo de entretenimiento y recreación, el contacto con la naturaleza (parques, montañas, ríos) como aspectos centrales en la vida del adolescente.

Es parte del enfoque integral considerar la visión sobre la concepción de salud-enfermedad que tienen las comunidades indígenas, por tanto la salud tiene que ver con la organización social, el desarrollo económico, el nivel de vida, la distribución de recursos, el medio ambiente natural y social de las comunidades. En el proceso salud enfermedad de la comunidad se encuentran relaciones entre los pacientes, *sukias*, profetas, curanderos y la comunidad en la cual el eje de las relaciones es la confianza.²⁴

En resumen, podemos decir que el enfoque integral significa que, independiente del tipo de atención que él o la adolescente necesita, la persona que lo atiende debe centrarse en él o ella, como un todo, con todos sus aspectos y teniendo en cuenta sus necesidades y características. Debe, también, referirlo, en caso sea necesario, para otras atenciones. Por ejemplo, una adolescente que consulta por problemas menstruales puede también necesitar una atención dental o verificar sus vacunas; o una adolescente que consulta por sus vacunas puede estar necesitando un método anticonceptivo moderno.²⁵

²³ Primera reunión de la Conferencia Regional sobre Población y Desarrollo de América Latina y el Caribe Integración plena de la población y su dinámica en el desarrollo sostenible con igualdad y enfoque de derechos: clave para el Programa de Acción de El Cairo después de 2014 Montevideo, 12 a 15 de agosto de 2013.

²⁴ Marco conceptual del Modelo de Salud Familiar y Comunitario. MOSAFC. Febrero, 2007

²⁵ IMAN Servicios: Normas de atención en salud sexual y reproductiva de adolescentes. OPS.



VI. Estrategias para aprender a pensar y actuar

- 1) Pida a los (as) participantes que individualmente cierren sus ojos y piensen en qué significa para ellos tener salud y salud sexual y reproductiva?; ¿Qué significa la salud para la familia y qué significa la salud sexual y reproductiva?; ¿en qué momentos ha sentido que no tiene salud o que le han negado su derecho a la atención en salud sexual y reproductiva?; ¿el concepto de salud y salud sexual y reproductiva es diferente para un hombre que para una mujer?; ¿es diferente para un adulto que para un adolescente?.
- 2) Una vez que hayan abierto sus ojos, pida que compartan imágenes, situaciones que se le hayan venido a su mente ante las preguntas.
- 3) Solicite que conformen sub-grupos y entregue materiales (papelógrafo, marcadores). Sugiera que trabajen en el cuadro adjunto, compartiendo las respuestas individuales.
- 4) En caso que considere necesario deberá reforzar que la salud integral implica la salud sexual y reproductiva, la influencia de los factores étnicos, culturales y de género, además de considerar los contextos sociales e históricos en que las (os) adolescentes se desarrollan.

¿Qué significa salud y la salud sexual y reproductiva para usted?	¿Qué significa salud para la familia (mamá, papá, hermanos)? Y la salud sexual y reproductiva	¿Qué significa salud y salud sexual y reproductiva para la comunidad?	¿En qué momentos ha sentido que no tiene salud o que le han negado la atención en salud sexual y reproductiva?	¿Es diferente el concepto de salud y de salud sexual y reproductiva para hombres que para mujeres?



VII. Aplicando lo aprendido

Los y las adolescentes ubicados en cada sub-grupo deberán realizar las siguientes actividades:

- a. Grupo 1: Realizará **“Osos”**, es decir redactarán a partir del texto: “La salud desde un enfoque integral, incluida la salud sexual y reproductiva” y analizará oraciones significativas originales. Esto implica que los (as) adolescentes lean, escriban, redacten, analicen, sintetizen, seleccionen información y tomen decisiones.
- b. Grupo 2: Realizará un **dibujo** de lo que es un adolescente con salud integral, incluida la salud sexual y reproductiva de acuerdo a la lectura realizada.
- c. Grupo 3: Realizará **periféricos**, carteles con mensajes cortos y atractivos sobre la salud con enfoque integral, incluyendo la salud sexual y reproductiva que se colocan en distintos puntos del local para llamar la atención sobre el tema.



- d. Grupo 4: **Dibujará** una familia y una comunidad con salud integral, incluyendo la salud sexual y reproductiva, que será colocado en el salón.

VIII. Evaluación de los aprendizajes

1. Solicitar a los (as) participantes llenar su hoja de ejercicio individual sobre el tema.
2. Si alguno desea realizar un testimonio sobre el enfoque integral de la salud y su relación con la salud sexual y reproductiva en los (as) adolescentes, también puede realizarlo.
3. El grupo de EVALUACION deberá realizar un consolidado para demostrar al día siguiente como fue valorado el tema por los (as) participantes.

Complete el ejercicio individual colocando una “X” en la casilla que considere conveniente. Lea bien cada afirmación. Una vez completada de manera individual puede compartir sus resultados con la persona que tiene a su izquierda, a su derecha y en frente.

Ejercicio individual	V	F
La salud integral está dirigida solamente a las mujeres		
La educación es parte de la salud sexual y reproductiva		
Mala suerte si las unidades de salud están lejos de donde vives		
Nunca hay que hacer preguntas al personal de salud, porque ellos son los que saben		
La salud integral es solo para los ricos		
El personal de salud debe estar preparado para brindar atención integral y atender las necesidades de salud reproductiva de los (as) adolescentes		
La salud integral significa tomar en consideración además de nuestro cuerpo, el contexto social, cultural y étnico		
La salud reproductiva es un derecho humano de los (as) adolescentes		
Un derecho sexual y reproductivo es la Educación Integral en la Sexualidad		
Los derechos sexuales y los derechos reproductivos son parte integral de los derechos humanos		

Sub-Tema 2: Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos

Creación de un ambiente favorable

1. Comience este tema con el “**cuchicheo**” sobre el tema de derechos sexuales y derechos reproductivos.
2. Solicite en esta ocasión que los (as) participantes conversen con la persona que tienen a su izquierda, sobre los derechos sexuales y derechos reproductivos: ¿Qué conocemos sobre los derechos sexuales y derechos reproductivos?; ¿Cómo se relacionan con los (as) adolescentes? Brinde un tiempo de 10 minutos para que los (as) participantes se sientan en confianza.
3. Mientras los (as) participantes “cuchichean”, puede poner música ambiental (instrumental), de manera que se sientan cómodos y en un ambiente cálido.
4. Pida que una vez concluido el “cuchicheo”, el grupo de **Animación** implemente una dinámica de que tenga un mensaje sobre el tema de Derechos Sexuales y Reproductivos (una frase o un lema que todo el grupo debe decir a la vez).
5. Solicite al grupo de **Colaboración**, que prepare periféricos (papelógrafo), dibujos relacionados con los Derechos Sexuales y Reproductivos para que los coloque en la pared del local.

Herramienta metodológica



I. Definiendo el problema

“Utilizar el testimonio que se describe a continuación”

La historia de José

José tiene 16 años. Acude a la unidad de salud solicitando información sobre métodos anticonceptivos. El personal de salud le dice que está muy joven y que en vez de solicitar métodos anticonceptivos debería de estudiar más. Él está teniendo relaciones sexuales con su novia y no desean un embarazo.



II. El saber desde la experiencia

Con el apoyo de la historia de José, se preguntará a los (as) participantes:

¿Qué piensan de esta historia?; ¿Se sienten identificados con ella?; ¿cómo se relaciona con los derechos sexuales y reproductivos?



III. Propósitos

- Los (as) adolescentes podrán identificar que la promoción o violación de los derechos es relevante para sus vidas.
- Comprenderán que el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos son necesario para la salud sexual y reproductiva, como parte de la salud integral.



IV. Conocimientos a desarrollar

Los derechos sexuales y reproductivos de las personas independientemente de la edad, son considerados derechos humanos. Reconocer los derechos sexuales y derechos reproductivos es importante para la salud integral de los (as) adolescentes, su desarrollo individual, familiar y social.



V. Minilección- Bibliografía

Tema: Derechos sexuales y derechos reproductivos

Los derechos reproductivos abarcan ciertos derechos humanos que ya están reconocidos en las leyes nacionales, en los documentos internacionales sobre derechos humanos y en las normativas institucionales del Ministerio de Salud. Esos derechos se basan en el reconocimiento del derecho básico de todas las parejas e individuos a decir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y el intervalo entre éstos y a disponer de la información y de los medios para ello y el derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva. También incluye su derecho a adoptar decisiones relativas a la reproducción sin sufrir discriminación, coacciones ni violencia, de conformidad con lo establecido en los documentos de derechos humanos.

En ejercicio de este derecho, las parejas y los individuos deben tener en cuenta las necesidades de sus hijos nacidos y futuros y sus obligaciones con la comunidad. La promoción del ejercicio responsable de esos derechos de todos debe ser la base primordial de las políticas y programas comunitarios en la esfera de la salud reproductiva, incluida la planificación de la familia. Como parte de este compromiso, se debe prestar plena atención, a la promoción de relaciones de respeto mutuo e igualdad entre hombres y mujeres particularmente a las necesidades de los adolescentes en materia de enseñanza y de servicios con objeto de que puedan asumir su sexualidad de modo positivo y responsable.

La salud reproductiva está fuera del alcance de una parte de la población del país, a causa de factores como: los conocimientos insuficientes sobre la sexualidad humana y la información y los servicios insuficientes por inaccesibilidad geográfica o de mala calidad en materia de salud reproductiva; la prevalencia de comportamientos sexuales de alto riesgo; las prácticas sociales discriminatorias; las actitudes negativas hacia las mujeres y las niñas; y el limitado poder de decisión que tienen muchas mujeres respecto de su vida sexual y reproductiva. En la mayoría de los países, los adolescentes son particularmente vulnerables a causa de su

falta de información y de acceso a los servicios pertinentes.

Considerando que de acuerdo al Informe de Montevideo²⁶ el avance hacia el logro de la meta de acceso universal a la salud sexual y la salud reproductiva ha sido insuficiente y desigual y que la educación y la calidad de la atención en salud representan factores fundamentales para alcanzar el objetivo final de mejorar la salud sexual y la salud reproductiva, se acordó promover, proteger y garantizar la salud y los derechos sexuales y los derechos reproductivos para contribuir a la plena realización de las personas y a la justicia social en una sociedad libre de toda forma de discriminación y violencia; además de garantizar el acceso efectivo a una amplia gama de métodos anticonceptivos modernos, basados en evidencia científica con pertinencia cultural, incluyendo la anticoncepción oral de emergencia.

La atención de la salud reproductiva en el contexto de la atención primaria de la salud debería abarcar, entre otras cosas: asesoramiento, información, educación, comunicaciones y servicios en materia de planificación de la familia; educación y servicios de atención prenatal, partos limpios y seguros, y atención después del parto, en particular para la lactancia materna y la atención de la salud materno infantil, prevención y tratamiento adecuado de la infertilidad; interrupción del embarazo de conformidad con lo indicado en el párrafo 8.25, incluida la prevención del aborto y el tratamiento de sus consecuencias; tratamiento de las infecciones del aparato reproductor, las infecciones de transmisión sexual y otras afecciones de la salud reproductiva; e información, educación y asesoramiento, según sea apropiado, sobre sexualidad humana, la salud reproductiva y maternidad-paternidad responsable. Se debería disponer en todos los casos de sistemas de remisión a servicios de tratamiento de las complicaciones del embarazo, el parto y el aborto, la infertilidad, las infecciones del aparato reproductor, el cáncer de mama y del aparato reproductor, las infecciones de transmisión sexual y el VIH-Sida.

De acuerdo a la situación actual, el personal de salud, juega un papel fundamental en la promoción, protección y garantía de los derechos sexuales y derechos reproductivos de adolescentes para contribuir a su plena realización; en especial, debe garantizar el derecho a una sexualidad plena en condiciones seguras, así como el derecho a tomar decisiones libres, informadas, voluntarias y responsables sobre su sexualidad, con respeto de su orientación sexual e identidad de género, sin coerción, discriminación ni violencia, y garantizar el derecho a la información y a los medios necesarios para su salud sexual y salud reproductiva.

Los derechos sexuales, según la Asociación Mundial de Sexología son:

El derecho a la libertad sexual.

El derecho a la autonomía, integridad y seguridad sexuales del cuerpo.

El derecho a la privacidad sexual.

El derecho a la equidad sexual.

El derecho al placer sexual.

El derecho a la expresión sexual emocional.

El derecho a la libre asociación sexual.

Los derechos reproductivos, según las Naciones Unidas y la Federación Internacional de Planificación Familiar (IPPF, 2006) son:

Decidir libre y responsablemente el número y espaciamiento de sus hijos(as).

El derecho a la libertad y seguridad de la persona, el cual reconoce que ninguna mujer o niña debe ser sometida ni a la mutilación genital femenina, ni al embarazo, esterilización o aborto forzado.

El derecho a que todas las mujeres puedan tomar decisiones reproductivas autónomas.

El derecho a información y educación sobre salud sexual y reproductiva, incluyendo el acceso a información completa sobre los beneficios y riesgos y eficacia de todos los métodos de regulación de la fertilidad, a fin de que todas las decisiones tomadas se basen en consentimiento informado, libre y pleno.

²⁶ Primera reunión de la Conferencia Regional sobre Población y Desarrollo de América Latina y el Caribe. Integración plena de la población y su dinámica en el desarrollo sostenible con igualdad y enfoque de derechos: clave para el Programa de Acción de El Cairo después de 2014. Montevideo, 12 a 15 de agosto de 2013.

El derecho a la toma de decisiones reproductivas, libres y responsables.

El derecho a información basada en el conocimiento científico.

El derecho a la educación sexual integral.

El derecho a la atención de la salud sexual.

El derecho de decidir casarse o no y de planificar y tener una familia y decidir o no tener hijas e hijos.

El derecho a la atención médica y a la protección a la salud que incluye la atención con la más alta calidad y el derecho de ser libre de prácticas tradicionales que son perjudiciales para la salud.

El derecho a gozar los beneficios del progreso científico que incluye las nuevas tecnologías en reproducción que sean seguras para la salud, eficaces y aceptables para mujeres y hombres.

El derecho a una vida libre de tortura y trato inhumano que incluye que todas las personas, mujeres y hombres adolescentes niños y niñas, tengan protección ante la violencia, explotación sexual y abuso.



Material de apoyo para el Facilitador (a):

Es importante reforzar que los derechos reproductivos tienen relación con otros compromisos asumidos por el país en los últimos años, como son los Objetivos de Desarrollo del Milenio, cuya finalidad es erradicar la extrema pobreza, promover la igualdad de género y el empoderamiento de las mujeres, reducir la mortalidad infantil, la salud materna (que incluye la meta 5B: Acceso Universal a la Salud Reproductiva), combatir el VIH y el Sida, malaria y otras enfermedades²⁷.

Elementos de Derechos Reproductivos	Ejemplos de Acciones basadas en Derechos	Relevancia con ODM específicos
Derecho a la vida y supervivencia	Prevenir muertes maternas e infantiles evitables Acabar con la negligencia ante la discriminación contra las niñas que pueden contribuir a muertes prematuras Asegurar el acceso a información y métodos para prevenir las ITS incluido el VIH	Promover la igualdad de género y el empoderamiento de las mujeres (ODM 3) Reducir la mortalidad infantil (ODM 4) Mejorar la salud materna (ODM 5) Combatir el VIH/SIDA, malaria y otras enfermedades (ODM 6)
Derecho a la libertad y seguridad de la persona	Tomar medidas para prevenir, castigar y erradicar todas las formas de violencia de género Capacitar a mujeres, hombres y adolescentes a tomar decisiones reproductivas libres de coerción, violencia y discriminación Eliminar la mutilación genital femenina Detener el tráfico sexual	Erradicar la extrema pobreza y el hambre (ODM1) Reducir la mortalidad infantil (ODM 4) Mejorar la salud materna (ODM 5) Combatir el VIH/SIDA, malaria y otras enfermedades (ODM 6)
Derecho a recibir e impartir información	Disponibilizar la información en salud reproductiva y derechos así como políticas y leyes de modo extensivo y gratuito. Proveer información completa a las personas para la toma de decisiones en salud reproductiva de modo informado Apoyar la salud reproductiva y la educación familiar tanto fuera como dentro de las escuelas	Promover la igualdad de género y el empoderamiento de las mujeres (ODM 3) Combatir el VIH/SIDA, malaria y otras enfermedades (ODM 6)
Derecho a decidir el número, tiempo y espaciamiento de los hijos	Proveer a las personas con información que capacite para la elección y el uso correcto de métodos de planificación familiar Proveer acceso a un amplio abanico de métodos anticonceptivos modernos Capacitar a las adolescentes para retrasar la gestación	Erradicar la extrema pobreza y el hambre (ODM1) Alcanzar la educación primaria universal (ODM 2) Promover la igualdad de género y el empoderamiento de las mujeres (ODM 3) Asegurar la estabilidad medioambiental (ODM 7)
Derecho al matrimonio voluntario y establecer una familia	Prevenir y legislar contra los matrimonios forzados y de la infancia Prevenir y tratar las ITS que causan infertilidad Proveer servicios de salud reproductiva, incluyendo la prevención de VIH par alas adolescentes casadas y sus maridos	Alcanzar la educación primaria universal (ODM 2) Promover la igualdad de género y el empoderamiento de las mujeres (ODM 3) Reducir la mortalidad infantil (ODM 4) Mejorar la salud materna (ODM 5) Combatir el VIH/SIDA, malaria y otras enfermedades (ODM 6)
Derecho al más elevado estándar de salud alcanzable	Proveer acceso a información y servicios en salud reproductiva asequible, aceptable, comprensible y de calidad Situar los recursos disponibles rápidamente, priorizando aquellos con menor acceso a educación y servicios de salud reproductiva	Erradicar la extrema pobreza y el hambre (ODM1) Promover la igualdad de género y el empoderamiento de las mujeres (ODM 3) Reducir la mortalidad infantil (ODM 4) Mejorar la salud materna (ODM 5) Combatir el VIH/SIDA, malaria y otras enfermedades (ODM 6)

- 2) Solicite que escriban o tengan en mente las palabras que más le hayan llamado la atención en una hoja de papel.
- 3) En grupo, comparten la lista de palabras que más les haya llamado la atención y construyan entre todos su significado (construcción de glosario). Por ejemplo a alguien le pudo llamar la atención la palabra “derechos”, el grupo debe construir con sus propias palabras en base a la lectura, sus conocimientos previos y su experiencia qué significado tiene esta palabra. Pueden tener diferentes opiniones los (as) adolescentes de la Costa Caribe, que los (as) adolescentes del Pacífico, así como los (as) adolescentes del área urbana que adolescentes del área rural.
- 4) Una vez que han realizado este ejercicio pida que analicen el caso de José y respondan las siguientes preguntas:
 - a) ¿Qué le sucedió a José?
 - b) En base a la lectura, ¿cree que se violentó algún derecho? ¿Cuál? ¿Fue un derecho sexual o un derecho reproductivo? ¿Considera que esto sucedió a José por ser hombre o también le puede suceder a las mujeres?
 - c) Oriente que cada grupo escriba la historia de José considerando sus derechos sexuales y derechos reproductivos.
 - d) En plenario, presente en papelógrafo la “nueva historia de José” (visualización).
 - e) El grupo de ANIMACION deberá cerrar este ejercicio con un “lema” sobre los derechos sexuales y reproductivos de los (as) adolescentes.



VII. Aplicando lo aprendido

Los y las adolescentes ubicados en cada sub-grupo deberán realizar las siguientes actividades:

- a. Grupo 1: Elaborar una historia en la comunidad donde se respeten los derechos sexuales de los (as) adolescentes y exponer en plenario.
- b. Grupo 2: Realizar una historia ubicándose en una unidad de salud donde se respeten los derechos reproductivos de los (as) adolescentes para presentar en plenario.
- c. Grupo 3: Escribirá la letra de una canción relacionada con los derechos sexuales y reproductivos para cantarla en plenaria.
- d. Grupo 4: Realizará un resumen de cada uno de los aspectos del desarrollo del tema.



VIII. Evaluación de los aprendizajes

Solicitar a los (as) participantes llene individualmente la hoja de evaluación sobre el tema.

1. Marca en el cuadro SI o NO según corresponda

No.	Ítems	Si	No
1	Los derechos sexuales y derechos reproductivos son derechos humanos		
2	Es un derecho reproductivo de los (as) adolescentes la atención en salud sexual		
3	La planificación familiar es un derecho reproductivo de todo ser humano		
4	El derecho al placer sexual es un derecho sexual		
5	Decidir casarse y tener hijos es un derecho reproductivo		
6	Es un derecho del personal de salud decidir que métodos anticonceptivos pueden utilizar los (as) adolescentes		
7	Tener acceso a servicios de salud confidenciales son derechos sexuales y reproductivos		
8	Los derechos sexuales y derechos reproductivos son diferentes para hombres y mujeres		
9	Es derecho de un adolescente hombre imponer la decisión tener hijos (as) aunque su novia desee no tenerlo		
10	La educación sexual es un derecho solamente de los (as) adolescentes		

Respuestas: 1 (Si); 2 (No); 3 (Si); 4 (Si); 5 (Si); 6 (No); 7 (Si); 8 (No); 9 (No); 10 (No)

Converse con las personas más cercanas las respuestas y compartan su opinión. Escriba tres acciones que deben hacer para recordar este tema después de la capacitación:

Con el desarrollo del tema se espera que se haya aprendido a conocer cuáles son los derechos sexuales y los derechos reproductivos para que sean respetados. Podría escribir tres formas para hacer que los derechos sexuales y derechos reproductivos sean respetados.

Escriba tres derechos sexuales y tres derechos reproductivos que no son respetados en la comunidad, escuela o en la familia. Mencione a la par de cada uno, qué impacto ha tenido en los (as) adolescentes.

Sub-Tema 3: “Mis derechos, mi vida”

Creación de un ambiente favorable

1. Comience este tema con una lluvia de idea, facilitando la participación con preguntas como ¿qué idea viene a la mente con este tema?; ¿podemos reconocer nuestros derechos?; ¿cuáles son los más fáciles de reconocer? y ¿cuáles son los más complicados de reconocer?
2. Después de la lluvia de ideas solicite a los (as) participantes participar en la siguiente dinámica de animación con el apoyo del grupo ANIMADOR. Pida a los (as) participantes que formen un círculo. Solicite que piensen en algo positivo para ellas y ellos mismos, algo que desean para sí. Después se les pide que se tomen de las manos y que le dediquen el mismo pensamiento positivo a la compañera/o que está a la derecha; sucesivamente. Por ejemplo: “Yo, Lorena, tomo de Rafael, su amistad y le regalo a Mario mi confianza”
3. Entregue a cada participante un post-it para que escriban que derechos consideran importantes en este momento de su vida, en la familia, escuela y comunidad.
4. Solicite al grupo de **Colaboración**, que prepare periféricos (papelógrafo), colocando los post-it y agrupándolos según los que se relacionan.

Herramienta metodológica



I. Definiendo el problema

“Los derechos en mi vida”



II. El saber desde la experiencia

Divida al grupo en hombres y mujeres. Solicite a cada grupo que escriba en un primer momento, de manera individual, cuáles son sus derechos sexuales y derechos reproductivos más importantes en este momento de su vida, aplicados en los diferentes escenarios: en la familia, escuela y comunidad.



III. Propósitos

Reconocer la importancia que tienen los derechos sexuales y derechos reproductivos como parte de los derechos humanos desde los diferentes escenarios de la vida donde se desarrollan los (as) adolescentes.



IV. Conocimientos a desarrollar

La mayoría de las personas adolescentes del mundo son sexualmente activas cuando alcanzan los 18 años, incluso antes. Sin embargo, en la mayoría de los países la sexualidad de los (as) adolescentes es un tema tabú, algo negativo que debe reprimirse. Como resultado, los (as) adolescentes enfrentan grandes barreras para acceder a información, educación y servicios de salud sexual y reproductiva que sean oportunos, integrales y libres de prejuicio, lo que representa una importante amenaza para su desarrollo personal, de su salud y vida.



V. Minilección- Bibliografía

“Derechos sexuales y derechos reproductivos adecuado para los /as adolescentes



VI. Estrategias para aprender a pensar y actuar

- 1) Realice un recordatorio de los derechos sexuales y reproductivos orientados a adolescentes.

- 2) Pida a los (as) participantes que cada grupo presente sus resultados, llenando la siguiente tabla en un papelógrafo:

Los derechos en mi vida	En la familia	En la escuela	En la comunidad
Por ejemplo tener información sobre métodos anticonceptivos	x	x	X
Ser atendido con confidencialidad en la unidad de salud			X

- 3) Promueva un debate de acuerdo a los resultados presentados:
- ¿Cuáles son los derechos expresados por las mujeres?
 - ¿Cuáles son los derechos mencionados por los hombres?
 - ¿Existen diferencias?
 - ¿Cuáles son los derechos sexuales y reproductivos que se respetan en la familia, la escuela y la comunidad?
 - ¿Qué sucede cuando los derechos sexuales y reproductivos no son respetados?
- 4) El grupo de COLABORACION realizará un listado separado de los derechos sexuales y reproductivos que fueron expresados por hombres y mujeres.
- 5) Cierre este momento explicando que aunque los derechos sexuales y reproductivos están dirigidos a hombres y mujeres, existen algunos que afectan más a las mujeres, debido a las inequidades sociales que afectan a las mujeres. Por ejemplo el derecho a NO SUFRIR VIOLENCIA. La violencia contra las mujeres y niñas es una de las manifestaciones más fuertes de discriminación de género. Lamentablemente demasiadas mujeres, por lo menos una de cada tres, sufrirán alguna forma de violencia física o sexual a lo largo de sus vidas. La violencia toma muchas formas: el abuso físico y sexual, incluyendo violación e incesto.



VIII. Aplicando lo aprendido

Los y las adolescentes ubicados en cada sub-grupo deberán responder individualmente las cinco felices comadres:

- ¿Qué derechos sexuales y reproductivos he reconocido?;
- ¿Por qué me ha sido fácil reconocerlos?;
- ¿Para qué me ayudará a reconocerlos?;

- ¿Cómo podré reconocer otros derechos que no pude reconocer hoy?
- ¿Cuándo y dónde debo reconocer mis derechos?

Solicitar al grupo de COLABORACION, seleccione y promueva la participación de voluntarios para cerrar esta actividad compartiendo lo que escribieron.



VII. Evaluación de los aprendizajes

Solicitar a los (as) participantes llene individualmente la hoja de evaluación sobre el tema. Pedir al grupo de EVALUACION recopile la hoja de evaluación de cada participante.

Sub-Tema 4: “Construyendo historias”

Creación de un ambiente favorable

1. Realice una introducción del tema, que está orientado a construir historias relacionadas con el respeto o violación de los derechos sexuales y reproductivos ya sea en la familia, la escuela o la comunidad.
2. Oriente al grupo que se realizará una dinámica, con el apoyo del grupo de ANIMACION.
3. Pida a las y los participantes que se pongan de pie y formen un círculo. A continuación se les pide que se agachen sin doblar las rodillas, hagan como si recogieran del piso una bola y después, levanten las manos lo más alto que puedan. Cuando tengan sus manos arriba, deben hacer como si tiraran la bola con todas sus fuerzas y lanzar un grito, que aumentará de intensidad conforme se practique el ejercicio.
4. Solicite al grupo recordar y escribir una historia sobre alguien conocido (adolescente) en el que se hayan respetado los derechos humanos, derechos sexuales y reproductivos y en los que no se hayan respetado.
5. Permítales compartir con la persona que tienen de frente la historia de cada uno.

Herramienta metodológica



I. Definiendo el problema

“Construyendo historias”

Los (as) participantes piensa y/o escriben una historia sobre los derechos sexuales y reproductivos.



II. El saber desde la experiencia

La historia recordada o escrita es compartida con él o la participante que tiene a su derecha, a su izquierda y de frente. De cada historia seleccionaran la más interesante para ellos ya sea porque se han violentado o se han respetado los derechos sexuales y reproductivos.



III. Propósitos

Reflexionar sobre los efectos del respeto o la violación de los derechos sexuales y reproductivos en adolescentes.



IV. Conocimientos a desarrollar

Reflexionar sobre los efectos que tienen el respeto o la violación de los derechos sexuales y reproductivos en la salud sexual y reproductiva en la adolescencia. Señalar que los problemas de salud sexual y reproductiva reflejan la violación de los derechos sexuales y reproductivos y por tanto de los derechos humanos fundamentales y universales.



V. Minilección-Material Bibliográfico

Tema: Derechos Humanos y su relación con la salud sexual y reproductiva de los (as) adolescentes

Derechos Humanos	Derechos relacionados con la salud sexual y reproductiva de adolescentes
Derecho a la vida	Protección de adolescentes cuyas vidas están en peligro por causas relacionadas con el embarazo.
Derecho a la libertad	Protección de adolescentes que tienen riesgo de acoso sexual, embarazos forzados, esterilización o abortos impuestos.
Derecho a la igualdad y estar libre de toda forma de discriminación	Acceso en igualdad de condiciones a la educación y los servicios relativos a la salud sexual y reproductiva. Protección contra todas las formas de violencia causadas por razones de raza, color, sexo, idioma, religión, o cualquier otro estatus.
Derecho a la libertad de pensamiento	Respeto a la libertad de pensamiento de las personas en lo tocante a su vida sexual y reproductiva. Derecho a estar libres de la interpretación restrictiva de textos religiosos, creencias, filosofías y costumbres como instrumentos para limitar la libertad de pensamiento en materia de salud sexual y reproductiva.
Derecho a la información y la educación	Derecho a la información correcta, no sexista y libre de estereotipos en materia de sexualidad y reproducción. Derecho a la información sobre beneficios, riesgos y efectividad de los métodos de regulación de la fertilidad.
Derecho a optar por contraer matrimonio o no, y a	Protección contra los matrimonios sin consentimiento

formar y planificar una familia	pleno, libre e informado. Derecho a la atención de la salud reproductiva de las personas infértiles o cuya fertilidad está amenazada por infecciones de transmisión sexual.
Derecho a decidir tener hijos o no tenerlos, y cuándo tenerlos	Derecho de las mujeres a la protección de la salud reproductiva, la maternidad y el aborto seguros. Derecho de las personas a acceder a la gama más amplia posible de métodos seguros, efectivos y accesibles para la regulación de la fertilidad.
Derecho a la atención y a la protección de la salud	Derecho a servicios completos de atención a la salud sexual y reproductiva. Protección de las niñas y las mujeres contra las prácticas tradicionales perjudiciales para la salud.
Derecho a los beneficios del progreso científico	Acceso a la tecnología de atención a la salud reproductiva disponible, incluida la relacionada con la infertilidad y anticoncepción moderna.
Derecho a la libertad de reunión y a la participación política	Derecho a reunirse, asociarse y tratar de influir en los gobiernos para que otorguen prioridad a la salud y derechos de la sexualidad y reproducción.
Derecho a no ser sometido/a a torturas y maltrato	Protección a las personas contra cualquier tratamiento degradante y violencia en relación con su sexualidad y reproducción, especialmente en tiempos de conflicto armado.

Fuente: IPPF (1995), Carta de IPPF de Derechos Sexuales y Reproductivos, Londres.



VI. Estrategias para aprender a pensar y actuar

- 1) Solicite a cada trío de participantes que las historias deben ser completadas seleccionadas deben ser completadas por los (as) participantes. Por ejemplo, alguien recordó que encontró un condón en el cuarto o dormitorio de sus padres y se lo cuenta a una amiga, el resto del trío deberá completar en base a su vivencia que más podría suceder.
- 2) Brinde un tiempo para que cada trío pueda completar su historia.
- 3) Pida a un voluntario (a) del grupo de COLABORACION que entregue un papelógrafo para que las historias sean colocadas en las paredes del local.
- 4) Hacer un recorrido por cada una de las historias, para ello, el grupo debe elegir la persona que los representará y quienes hacen el recorrido deberán ir anotando lo que más llame la atención de cada historia.
- 5) Una vez que se finalice el recorrido, se comparte en plenario:
 - ¿Qué pasa con la información de cada historia?
 - ¿Qué derechos se respetan?

- ¿Quién los respeta?
- ¿Qué derechos no se respetan?
- ¿Quién los irrespeta?
- ¿Qué opinan frente a las situaciones planteadas?,

6) Reunirse nuevamente los tríos. Pensar los posibles efectos que pudo causar NO respetar los derechos sexuales humanos, sexuales y reproductivos en cada una de las historias y resumir en la tabla.

Derecho sexual no respetado	Efecto en la salud sexual y reproductiva
Derecho a la información y la educación	No tener información correcta sobre el uso de métodos anticonceptivos modernos puede producir embarazos no esperados. Así mismo la falta de información sobre el uso del condón puede poner en riesgo la salud del adolescente para adquirir ITS o el VIH.
Derecho a la libertad	Este derecho cuando no se respeta puede producir violencia, abuso sexual, explotación sexual comercial y otros.



VII. Aplicando lo aprendido

Los y las adolescentes en plenario, mediante lluvia de ideas, responden las siguientes preguntas:

- ¿Alguna vez han sido negados sus derechos humanos, sexuales o reproductivos como adolescente?
- ¿Cómo se sintió?
- ¿Cuándo y dónde sucedió?

Solicitar al grupo de ANIMACION, se oriente la realización de un socio drama tomando en consideración las preguntas y pensando cómo actuaría si viviera esa misma situación. Mediante una rifa se seleccionarán dos grupos para realizar el socio drama en plenario.



VIII. Evaluación de los aprendizajes

Solicitar a los (as) participantes llene individualmente la hoja de evaluación sobre el tema.

Preguntar:

- ¿Cómo ayudaría a otros (as) adolescente para que se respeten sus derechos sexuales y reproductivos?
- ¿Cómo ayudar a los padres y madres para que respeten los derechos sexuales y reproductivos de los (as) adolescentes?

Sub-Tema 5: Situación de las (os) adolescentes en los servicios de salud: “Los derechos, los (as) adolescentes y los servicios de salud”

Creación de un ambiente favorable

1. Comparta que en esta ocasión se desarrollará el tema: Los derechos, los (as) adolescentes y los servicios de salud.
2. El tema se iniciará con una técnica participativa “Conversando en el tren”. Para ello los (as) participantes se dividen en dos grupos. El primer grupo forma un círculo, tomados de la cintura. El segundo grupo, se forma de la misma manera, solo que dentro del círculo que formó el primer grupo y en sentido contrario. A la señal del facilitador todos caminan como el tren haciendo el sonido “chucu, chucu, chucu”.
3. Cuando él o la facilitadora lo señale, se detienen y se quedan frente a frente con la persona del otro equipo, para compartir que nos dice el tema “Los derechos, los (as) adolescente y los servicios de salud. Para esto pueden platicar uno o dos minutos. Luego se da la señal y los trenes siguen caminando. Se repite la actividad dos o tres veces. Luego vuelven a sus lugares y deben de pasar al frente para decir que conversación relacionada con el tema le agradó más, porque le recuerda...
4. Pida al grupo recordar y escribir las palabras claves de lo que conversaron, por ejemplo: médico, enfermera, me sentí, me dijeron...

Herramienta metodológica



I. Definiendo el problema

Se conformarán sub grupos de participantes. Cada sub grupo deberá compartir la conversación que tuvieron en el tren.

Los (as) participantes recibirán casos que serán entregadas por él o la facilitadora y deberán ser analizadas en cada grupo.



II. El saber desde la experiencia

Una vez entregada la historia a cada grupo, se explora previamente por él o la facilitadora la experiencia o vivencia de los (as) adolescentes en las unidades de salud:

- ¿Recuerdan la primera vez que ejercieron sus derechos humanos, sexuales y reproductivos en las unidades de salud?; ¿Cuándo y cómo sucedió?
- ¿Alguna vez han sido negados sus derechos humanos, sexuales y reproductivos como adolescentes en las unidades de salud?
- ¿Han presenciado alguna vez la negación o abuso de los derechos de algún amig(a) en una unidad de salud? ¿Cuándo y cómo?



III. Propósitos

Los (as) adolescentes reflexionan y analizan la importancia del respeto a los derechos humanos, sexuales y reproductivos por el personal de salud identificando las consecuencias para la salud cuando no son respetados.



IV. Conocimientos a desarrollar

Reflexionar sobre derechos humanos, sexuales y reproductivos que son respetados o violentados en las unidades de salud y el efecto que causan en la salud de los (as) adolescentes.



V. Minilección- Bibliografía

Tema: Los derechos, los (as) adolescentes y los servicios de salud

La población adolescente y joven es una prioridad a nivel mundial. La generación actual es la más grande que se haya registrado en la historia de la humanidad. Las condiciones en las que toman decisiones sobre su sexualidad, los elementos y servicios (incluyendo de salud sexual y reproductiva) con los que cuentan para ello, así como las oportunidades de educación (incluyendo educación integral de la sexualidad) y desarrollo disponibles, tienen un importante efecto en su calidad de vida y en las tendencias poblacionales de las siguientes décadas.

De acuerdo al marco Conceptual del Modelo de Salud Familiar y Comunitario, los (as) adolescentes comprende a las personas de 10 a 19 años y en él se pueden distinguir dos períodos: los de 10 a 14 años que cursan con su etapa puberal y los de 15 a 19 años que están en el inicio de su juventud. La provisión de los servicios debe dirigir sus acciones hacia la prevención de adicciones, del embarazo precoz y no planificado, la promoción de estilos de vida saludable y la salud mental. En este mismo documento, se menciona que en el primer nivel de atención se abordan los problemas más frecuentes de la comunidad y proporciona servicios de promoción, prevención, curación y rehabilitación, capaces de maximizar la salud y el bienestar de la población. Los servicios de este nivel se prestan a la persona, la familia y la comunidad.

Dentro de las competencias de este nivel se encuentran los servicios de fomento del desarrollo saludable de

grupos de población vulnerable, que destaca la vigilancia y promoción del crecimiento y desarrollo de los niños, las acciones de atención prenatal, la atención oportuna de los partos de bajo riesgo y del período puerperal, los servicios dirigidos al desarrollo sano de los adolescentes basados en consejerías dirigidas a sus problemáticas específicas, la protección contra enfermedades inmunoprevenibles, la planificación familiar y acciones dirigidas a adultos mayores. Incluye acciones ambientales (físico y ecológico) preventivas.

En el país existen esfuerzos para respetar los derechos de los (as) adolescentes como es la participación protagónica de la juventud para la elaboración de las normas para la atención integral a los/as adolescentes y jóvenes (Manual de Habilidades para la Vida, Manual de Consejería para Adolescentes y la Guía de Atención Integral a las/os Adolescentes)²⁸. Sin embargo, con frecuencia, los (as) adolescentes aún se enfrentan a múltiples barreras cuando quieren decidir sobre su salud sexual y reproductiva y necesitan acceder a los servicios de salud. En primer lugar, deben enfrentar las mismas barreras que los adultos, las cuales en su caso se acentúan debido su edad, quedando en una situación de mayor desprotección frente al sistema de salud para acceder a los servicios. Estas barreras, comunes a las de la población adulta, pueden ser de diferentes tipos²⁹:

- **De acceso** (concentración de la oferta en las zonas urbanas, ausencia de servicios integrales, horarios de atención reducidos).
- **Relacionadas con el ejercicio de los derechos** (falta de privacidad en los servicios, ausencia de garantía de los derechos sexuales y reproductivos)
- **Financieras** (falta de recursos para acceder a los servicios)
- **Administrativas** (requisitos adicionales a los contenidos en las normas que retrasan el acceso a procedimientos, falta de certidumbre sobre las condiciones para acceder a servicios).

A pesar de los esfuerzos realizados, las (os) adolescentes deben enfrentar barreras específicas que no se presentan en el caso de la población adulta, como: los **condicionamientos culturales o sociales** de sus padres, las creencias religiosas de éstos o sus expectativas en cuanto al momento en que los hijos deben iniciar su actividad sexual. Estas creencias y condicionamientos culturales pueden dificultar la búsqueda de servicios, pues sus padres pueden no darles dinero, controlar su tiempo, prohibirles explícitamente el uso de los servicios, e impedirles recibir acompañamiento y orientación.

También deben enfrentar el temor del personal de salud de atender sujetos cuya capacidad para decidir y es cuestionada, por lo que está demostrado que para dar respuesta a sus necesidades se requieren servicios amigables para adolescentes. Estos no implican necesariamente un espacio físico, sino, que reconocen a adolescentes y jóvenes como sujetos de derechos y simpatizan por su salud sexual y reproductiva, asumiéndola como un estado integral de bienestar físico, mental, espiritual y social, además de adecuar los horarios, en dependencia de las necesidades de los (as) adolescentes.³⁰

El consentimiento informado en los (as) adolescentes es un derecho de los (as) adolescentes que debería garantizar la decisión autónoma del adolescente, previa a información que debe ser brindada por parte del personal de salud, de manera para una elección voluntaria por parte del adolescente.

Los (as) adolescentes pueden ser más vulnerables que un adulto debido a los juicios de valor negativos, amenazantes sobre sus comportamientos en materia sexual y reproductiva. Puede tener menos capacidad de discernir si una información es incompleta, inexacta o falsa o de identificar una manipulación sobre la misma. Puede sentir más temor frente a la información sobre los efectos negativos de algunos procedimientos médicos. Ante estas particularidades de la adolescencia es que se han planteado como estrategias exitosas la implementación de servicios amigables para jóvenes, que no requieren necesariamente una estructura amplia y con comodidad, los servicios amigables para adolescentes, son un espacio, el que se ajuste a la realidad de cada contexto, donde el adolescente se sienta cómodo para expresarse, sin temor a ser escuchado. Esto depende mucho de la **actitud** del personal de salud. El servicio diferenciado, consiste en satisfacer las necesidades de los (as) adolescentes, adecuando los horarios, reorganizando los servicios y teniendo una

²⁸ Protagonismo Juvenil desde el Modelo de Salud Familiar y Comunitario.

²⁹ IPPF. Aborto legal: regulaciones sanitarias comparadas. Uruguay 2008. pág. 148.

³⁰ <http://www.unfpa.org.co/menuSuplZqui.php?id=16>. UNFPA Colombia, 2010.

actitud positiva hacia ellos.

El personal de salud debe ofrecer un ambiente de confianza y de seguridad que les permita empoderarse frente al ejercicio de sus derechos. En este sentido, el diálogo tiene características específicas en razón de sus condiciones y debería considerar al menos:

- La construcción de condiciones de confianza.
- El respeto a los (as) adolescentes.
- La confidencialidad.
- La promoción de la autonomía.

El derecho de adolescentes a adoptar decisiones autónomas sobre su salud sexual y reproductiva representa para el MINSA y otras instituciones dos grandes desafíos: (1) poner a su disposición todos los recursos necesarios para decidir autónomamente, y (2) respetar sus decisiones absteniéndose de obstaculizarlas, retrasarlas o impedir su ejecución, incluso si son contrarias a su manera de ver las cosas.



VI. Estrategias para aprender a pensar y actuar

- 1) En sus sub grupos los (as) adolescentes analizarán un tema que se les entregará.

Tema 1: Adolescente mujer, 17 años acude a la unidad de salud solicitando información sobre cómo hacerse la prueba de VIH. El personal de salud le responde que regrese más tarde porque son las 11:00am y debe ir a almorzar.

Tema 2: Adolescente biológicamente hombre, de 18 años de edad que llega a retirar su expediente para pasar consulta a Consejería, dice que se llama “Rocío”; pero la persona que lo atiende le dice que ella lo va a llamar como está en su cédula y que si no se ha visto que es hombre.

Tema 3: Adolescente mujer, de 14 años de edad, desea información sobre el condón ya que ha iniciado relaciones sexuales y su novio de 30 años no desea que ella lo utilice. La enfermera le dice que debe hacerle caso a su novio porque a esa edad las adolescentes de hoy están teniendo a su bebé.

Tema 4: Adolescente de 13 años es llevado donde la Consejera de la unidad de salud debido a que su papá lo encontró masturbándose. La Consejera de la unidad de salud, le dice que eso es un pecado y que debe obedecer a su papá.

Los grupos presentarán en plenario las conclusiones de la discusión de cada caso y responder:

- ¿Hay respeto o violación de los derechos humanos, sexuales y reproductivos en cada caso? ¿En cuál de todos?
- ¿En los casos que no se respetaron los derechos de los (as) adolescentes, que derechos no fueron respetados?
- ¿Sucede esto en las unidades de salud? ¿Conocen historias parecidas?



VII. Aplicando lo aprendido

Los y las adolescentes en plenario, realizarán un socio drama donde representarán al adolescente que solicita la atención y al personal de salud que lo atiende. Cada grupo deberá asumir el rol del personal de salud, respetando los derechos humanos, sexuales y reproductivos de los (as) adolescentes.



VIII. Evaluación de los aprendizajes

Preguntar a los (as) participantes:

- ¿Cómo actuar ante una persona que les atienda según fueron presentados los casos?
- ¿Qué pueden hacer para que sean respetados los derechos sexuales y reproductivos en las unidades de salud?

Pedir al grupo EVALUADOR que entregue a cada participante la Hoja de evaluación del tema.

Segundo Tema: Anticoncepción en la Adolescencia

Sub-Tema 1: Proyecto de vida “Decidiendo mi futuro”.

Sub-Tema 2: El Noviazgo en la adolescencia “Amor o riesgo”.

Sub-Tema 3: Toma de decisiones “En mi vida, yo decido con Responsabilidad”.

Sub-Tema 4: Mitos sobre anticoncepción en la adolescencia “Verdad o imaginación”

Sub-Tema 5: Anticoncepción, es mi decisión.

Sub-Tema 1: Proyecto de Vida “Decidiendo mi futuro”

Creación de un ambiente favorable

1. Brinde al grupo de ANIMACION las orientaciones para realizar la dinámica “Mar adentro y mar afuera”. Para ello se pedirá a los (as) participantes que se pongan de pie. Pueden ubicarse en círculos o en una fila, en dependencia del espacio del salón y del número de participantes.
2. Se marca una línea en el suelo que representará la orilla del mar. Los (as) participante se ponen de tras de la línea. Cuando él o la coordinadora le da la voz de "Mar adentro", todos dan un salto hacia delante sobre la raya. A la voz de "Mar afuera", todos dan salto hacia atrás de la raya. Las voces se darán de forma rápida; los que se equivocan salen del juego.
3. Después de la dinámica solicite a los (as) participantes se sienten y compartan, “cuchicheo”, como se sintieron con la dinámica.
4. Una vez relajado el grupo, introduzca el tema anticoncepción según información descrita en la introducción del sub-tema. Así mismo de la importancia que tiene la construcción de un proyecto de vida para alcanzar metas en el futuro y evitar embarazos no esperados o no planificados.

Herramienta metodológica



I. Definiendo el problema

Solicite al grupo COLABORADOR, que lea la siguiente historia:

José y Joaquín conversaban hace algunos años sobre lo que pensaban hacer cuando terminaran la secundaria. José decía que cuando terminara la secundaria iba a dejar de estudiar ya que su mamá estaba sola, su papá los había abandonado y él deseaba ayudarlo a salir adelante con sus hermanitos. Por su parte, Joaquín le decía que él continuaría estudiando para tener un futuro mejor para él y sus hermanitas. Después de haber pasado algunos años José y Joaquín se volvieron a encontrar, tenían mucho tiempo de no verse después de esa última conversación. Joaquín estaba con una muchacha y dos niños a su lado. José le pregunta, qué hiciste de tu vida, ¿cómo te ha ido? Joaquín le responde: ¡te acuerdas que mi idea era siempre seguir estudiando para mejorar mi futuro! No fue así. La vida me dio una sorpresa, estoy casado y con dos hijos. Ahora trabajo mucho para mantener a mi familia y todo por no protegerme a la hora de tener relaciones sexuales. Y vos José ¿Qué hiciste con tu vida? Y José respondió yo continué estudiando, ahora soy ingeniero y me siento realizado con lo que he logrado.



II. El saber desde la vivencia

Una vez que el grupo COLABORADOR haya leído el caso, se promueven las preguntas de reflexión, considerando su vivencia y experiencia.

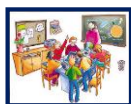
- ¿Qué les ha parecido la historia?
- ¿Qué otras preguntas le hubieran hecho a Joaquín y a José?
- ¿Qué mensaje nos deja este caso?
- ¿Conocen en la comunidad casos parecidos?



III. Propósitos

Los (as) adolescentes reconocerán la importancia de construir su proyecto de vida en la búsqueda de su realización personal.

Fortalecer sus habilidades y destrezas, según sus capacidades y conocimientos, para que puedan desarrollarlas y utilizarlas en su vida diaria



IV. Conocimientos a desarrollar

- ¿Qué es un Proyecto de vida?
- ¿Cómo construirlo?
- ¿Para qué sirve?

“Estar preparado es importante, saber esperar es aún más, pero aprovechar el momento adecuado es la clave de la vida.” Arthur Schnitzler. Dramaturgo austriaco

“La vida es aquello que te va sucediendo mientras tú te empeñas en hacer otros planes.” John Lennon



V. Minilección (Bibliografía)

Tema: Proyecto de Vida, decidiendo mi futuro

El proyecto de vida tiene que ver con los sueños y las aspiraciones que todas las personas tienen a medida que van creciendo. Se define Proyecto de Vida como un plan sobre el futuro, en el que se incluyen tus sueños, deseos, ambiciones y lo que consideres que te ayudará a ser una persona sana, exitosa y feliz.

Esto se relaciona con distintos aspectos de la vida, como por ejemplo, qué se quiere estudiar o aprender, a qué le gustaría dedicarse, dónde le gustaría vivir, si se quiere o no formar una familia y cuántos hijos/as se tiene pensado tener, los pasatiempos, los deportes, etc. Estos aspectos pueden cambiar con el tiempo de acuerdo a la edad, a las necesidades de cada persona, a la influencia de las personas que nos rodean y a las oportunidades que se van presentando. El cómo se aprende a ser mujeres y hombres también influye en la

construcción del proyecto de vida.

Construir un proyecto de vida significa trabajar para alcanzar un desarrollo como persona que pueda extenderse a todo tu entorno, que mejore tu condición de vida, que te permita ser más productiva/o y alcanzar mayores niveles de bienestar.

Se ha comprobado que las (os) adolescentes que tienen un proyecto de vida tienen menos probabilidades de riesgos en salud sexual y reproductiva que aquellos que carecen de él. Para crear un proyecto de vida hay que identificar las metas (deseos, aspiraciones, sueños), la forma de lograrlas, el tiempo para alcanzar cada meta y los recursos internos o personales y externos que necesitas. Las metas deben responder a los sueños y deseos de cada persona y no a lo que le impongan porque “eres mujer” o porque “eres hombre”. Comportamientos violentos retando al peligro para demostrar que es hombre, pueden llevar a riesgos como accidentes, homicidios, infecciones de transmisión sexual, VIH, entre otros, incluso a la muerte, como vemos frecuentemente en las noticias.

Si existe un proyecto de vida se verá con claridad lo que debe hacer para lograr lo que quiere ser en el presente y futuro. Para lograrlo se insistirá en fortalecer aquellas actividades, comportamientos o actitudes que vayan a favor de las metas del proyecto, a la vez que estará atenta (o) a identificar y evitar aquellas que puedan entorpecer su realización.

En lo referente a la salud sexual y reproductiva, es importante reconocer a los (as) adolescentes como personas, con impulsos y deseos que deben ser identificados para poder controlarlos y canalizarlos en forma adecuada. De esta manera evitará que un impulso no controlado te exponga al riesgo de un embarazo no planificado, al VIH o a contraer una ITS.

El proyecto de vida es una especie de energía que nos moviliza e impulsa hacia la realización de los propios sueños. Cuando lo compartimos con personas en las que tenemos confianza, estas nos pueden ayudar a reflexionar y a encontrar oportunidades y medios para avanzar en el camino que queremos seguir. Por otra parte, el proyecto de vida personal se relaciona con el proyecto de futuro de la sociedad en que se vive.

En general, los (as) adolescentes están más abiertos (as) a los cambios y promueven conductas innovadoras en sus familias y su grupo social. De ese modo, los (as) adolescentes representan lo que la sociedad será más adelante y el aporte de cada uno es valioso para el conjunto social. En este momento de transición demográfica que hacen referencia a las posibilidades que dicho período ofrece para elevar las tasas de crecimiento económico per cápita y los niveles de bienestar de la población.

Para lograr resultados positivos en ese intento tiene la posibilidad de diseñar un proyecto de vida a partir de la conciencia que tiene de sí mismo, de la realidad que le rodea y de su existencia. Eso sólo es posible a partir de la adolescencia; por tal motivo es en esta etapa en la que el ser humano está en condiciones apropiadas para concebir un proyecto de vida, que lógicamente estará anclado en toda su vida anterior. Cuando un adolescente concibe un proyecto para encaminar su vida, esto contribuye importantemente para su desarrollo integral, en la medida en la cual lo obliga a incrementar la conciencia que tiene de sí mismo y a darle dirección y orden a su existencia.

La construcción de un Proyecto de Vida demanda del adolescente:

- Honestidad para auto conocerse
- Observación atenta para conocer el mundo en el cual vive
- Incremento de su sentido crítico para evaluar las posibilidades reales para lograr sus propósitos y la realización de sus sueños
- Ejercicio en la toma de decisiones para establecer las metas que quiere lograr y ajustarlas o modificarlas cada vez que sea necesario
- Desarrollo de su creatividad para diseñar las acciones que necesita para alcanzar las metas

- Análisis y evaluación de las distintas alternativas, sus ventajas y desventajas, a corto, mediano y largo plazo
- Conciencia de sus propios valores, creencias y necesidades

Todas estas exigencias contribuyen, entre otras cosas, a la sólida estructuración de su personalidad y de una clara identidad; a su realización personal; al fortalecimiento de los valores que ya posee y al surgimiento de otros nuevos y al aprovechamiento de los recursos disponibles. Le permite fortalecer su autoestima en cuanto le da la oportunidad de sentirse competente, se constituye en factor de protección en relación con problemas como las adicciones, la delincuencia y otras formas de desadaptación social, todo lo cual permite darle sentido, valor y rumbo a la propia existencia.

Cómo hacer un proyecto de vida

Igual que en el diseño de cualquier otro proyecto, en este caso se requiere tener en cuenta unos pasos básicos mínimos.

Diagnóstico de la realidad personal

Implica hacer un recorrido honesto, generoso, exigente, autocrítico y valorativo por lo que ha sido la propia vida, buscando identificar las características personales, cuáles de ellas pueden considerarse como fortalezas y cuáles como oportunidades. En esta tarea puede ser de gran ayuda hacer una especie de autobiografía, para lo cual se pueden formular preguntas tales como:

- ¿Qué personas han tenido mayor influencia en su vida y de qué manera?
- ¿Cuáles han sido sus intereses desde pequeño?
- ¿Qué acontecimientos de su vida han influido en forma decisiva en lo que es ahora?
- ¿Cuáles han sido los principales éxitos y fracasos de su vida?
- ¿Cuáles han sido sus decisiones más significativas?
- ¿Cuáles son los cinco aspectos que más le gustan, y los cinco que más le disgustan en relación con su aspecto físico, sus relaciones sociales, su vida espiritual, emocional e intelectual?
- ¿Cuáles condiciones personales, familiares, escolares y sociales facilitan o impulsan su desarrollo?
- ¿Cuáles lo obstaculizan o inhiben?

Una vez obtenida esta información, debe analizarse para encontrar qué es necesario cambiar, qué no se puede o no se debe cambiar y por qué, y qué aspectos del desarrollo se deben impulsar o fortalecer.

Objetivos y metas

Para este momento es importante que se pregunte cuáles son sus sueños en las áreas de su vocación, sus relaciones, su bienestar material y físico y su vida espiritual. Las respuestas a esas preguntas lo conducirán a descubrir qué es lo que quiere hacer con su vida, cómo, por qué, para qué y en qué medida quiere hacerlo, así como lo que son en esencia sus objetivos y metas.

Plan de acción

Para hacer este plan es fundamental que se formule preguntas sobre las condiciones y recursos que le ofrece el medio para lograr la realización de sus sueños y la forma apropiada de aprovecharlos; los obstáculos en el medio en el cual vive y la forma de superarlos; las características y recursos personales con que cuenta y la forma de emplearlos; el tiempo que requiere y está dispuesto a invertir para cada acción y el lugar o lugares en donde quiere y puede realizarlas.

Indicadores de logro

Los indicadores de logro le permiten saber en cada momento cuánto y en qué dirección ha avanzado en su proyecto, cómo se siente al respecto, qué significado tiene eso en su vida y qué necesita modificar y por qué razón. El proyecto debe reorientarse cada vez que sea necesario, de tal modo que al tener en cuenta los componentes mínimos cuando se trata de darle dirección a la propia vida, de una forma organizada coherente y productiva, éstos sean el estímulo para la creatividad de aquellos que pretendan estructurar o remodelar su proyecto de vida.

VI. Estrategias para aprender a pensar y actuar

- 1) Dividir al grupo en dos sub-grupos.
- 2) Basándose en la historia, se pedirá a los grupos que analicen los personajes de José y Joaquín, qué pasó con cada uno de ellos.
- 3) Motivar a la reflexión del grupo mediante las siguientes preguntas:
 - ¿Qué sucedió con los sueños de cada uno?
 - ¿Qué interfirió en los sueños que tenía Joaquín?
 - ¿Qué pasó con José que pudo salir adelante aunque no era ese su deseo? Su deseo era trabajar y ayudar a su familia.
 - ¿Qué hubiera sucedido con Joaquín si se hubiera protegido de relaciones sexuales?
 - ¿Cuál creen que es la información que pudo haber tenido cada uno con relación a los métodos anticonceptivos?
- 4) Concluya mencionando que las metas son cambiantes, de acuerdo a la edad, al contexto, al cumplimiento de una meta que puede llevar a otra nueva meta.



Terminar de estudiar

Conseguir una beca

Ayudar a la familia



VII. Aplicando lo aprendido

Cada adolescente deberá realizar su proyecto de vida de manera individual.

¿Qué quiero hacer en mi vida? (sueño, meta)	¿Para qué lo quiero lograr?	¿Cómo lo quiero lograr?	¿Cuándo lo quiero lograr?	¿Quién me puede ayudar?	¿Quién me puede obstaculizar?

Orientar que lo coloquen en un lugar visible en su casa, para saber si están haciendo algo para lograr ese sueño o esa meta.



VIII. Evaluación de los aprendizajes

- 1) Solicitar a los (as) participantes realizar la siguiente actividad:
- 2) Hacer una dramatización imaginándose que han pasado 10 años y se reencuentran con los (as) adolescentes que están en la capacitación. Comienzan a conversar de sus historias y cada uno tendrá que decir en 3 minutos y contar ¿qué hizo esos 10 años?; ¿qué cambió en su vida?; ¿cómo se siente y que consiguió?
- 3) Para concluir esta actividad invite a los (as) participantes escriban en una hoja: ¿qué deben hacer hoy para que el futuro sea como lo sueñan?
- 4) El grupo de EVALUACION deberá pasar la hoja de evaluación del tema.

Sub-Tema 2: El noviazgo en la adolescencia “Amor o riesgo”

Creación de un ambiente favorable

1. Invite al grupo de ANIMACION dirigir la dinámica. Entregue una pelota de mano o cualquier objeto que pueda ser pasado al grupo. Para ello se pedirá a los (as) participantes que se sienten en círculo. Una vez sentado, comienza hacer un relato sobre el noviazgo en la adolescencia, donde incorporen personajes, sonidos de animales, música y gestos. Cuando el grupo de ANIMACION señale a cualquier compañero con una pelota, este debe actuar como el animal o personaje sobre el cual se esté haciendo referencia en ese momento en el relato. Por ejemplo: Había una vez una muchacha que tenía un gato (el grupo de animación, deberá señalar a un participante, puede ser el más distraído, para que le haga como gato); la persona que hace el sonido del gato puede continuar la historia y puede decir, además del gato tenía un perro (se señala a otro participante que haga el sonido de perro); este deberá continuar la historia orientada al tema del noviazgo en la adolescencia. El participante que hace el sonido de perro, puede decir y cuando su novio la llegó a visitar, salió la mamá de la muchacha enojada a abrirle la puerta. El siguiente participante debe hacer los gestos de una persona enojada. La dinámica se llama un “cuento animado”. Esto es para estimular la imaginación, desarrollar habilidades de comunicación y generar un ambiente de confianza en el grupo.
2. Concluya la dinámica hasta que se haya completado la historia sobre el noviazgo en la adolescencia.
3. Identifique en el grupo vivencias, experiencias, facilidad de expresión, creatividad en la continuidad del cuento, roles de género, significado del noviazgo en la adolescencia.
4. Para cerrar, pregunte al grupo ¿cómo se sintieron?, ¿qué les hizo recordar el ejercicio?, ¿cómo finalizó el cuento?, ¿cuál fue el aporte de cada uno para que el cuento se fuera desarrollando?
5. Durante esta actividad deberá contar con música romántica que sea del agrado de los (as) participantes, para el desarrollo del tema.

Herramienta metodológica



I. Definiendo el problema

Se les pide a los (as) participantes completar la frase... El noviazgo....

Podrán completar la frase con lo que se le venga a la mente en ese momento. Se anotará en un papelógrafo lo que escribieron, para descubrir el significado que tiene en el grupo el noviazgo.

El saber desde la vivencia



Una vez que han completado la frase. Se solicitará a los (as) participantes dividir al grupo en hombres y mujeres...

Una vez conformado los grupos, deberán responder las siguientes frases:

- En el noviazgo soy...
- En el noviazgo me comporto...
- Lo que me gusta del noviazgo...
- Lo que no me gusta del noviazgo...



III. Propósitos

Que los (as) adolescentes reconozcan los diferentes tipos de noviazgo así como las etapas por las que pasa esta relación y los riesgos que tiene.



IV. Conocimientos a desarrollar

- ¿Qué es el noviazgo?
- Etapas del noviazgo
- Tipos de noviazgos
- Ventajas y riesgos del noviazgo
- Cómo llevar un noviazgo saludable



V. Minilección (Bibliografía)

El noviazgo en la adolescencia

“Amor o riesgo”

El noviazgo es una relación transitoria entre un hombre y una mujer. Es la relación entre dos enamorados que desean conocerse mejor. Es una etapa muy bonita de la vida con la característica principal del enamoramiento, que incluye varias actitudes.

- Pensamiento frecuente en la persona amada, que se presenta idealizada y maravillosa.
- Deseo de verse, de conversar, de reunirse. Deseo de agradar a quien se ama.
- Planificación intensa para conseguir los proyectos anteriores (agradar, encontrarse...), con ligero descuido de otros deberes.

- Sentimientos y emociones intensos ante la presencia real o imaginada del amado.
- Deseo de servir y buscar el bien del amado. Esto es lo característico del auténtico amor, mientras que los puntos anteriores son algo inestables y propios del amor-sentimiento (que también es correcto).

Etapas del noviazgo

Primera etapa: Atracción y encantamiento

La etapa de amistad donde se empiezan a vivir sentimientos de cercanía y se definen las normas y alcances de la relación. La amistad es el fundamento sólido de toda relación que crece. Si se desea tener un edificio alto, hay que pensar en qué tan fuerte es el suelo que lo soporta. Esta etapa origina la confianza, respeto, cortesía y aceptación. Aquí la apariencia personal toma un giro muy importante porque está en juego “la atracción”. Este es el juego de la flor con los pétalos: “Me quiere, no me quiere, me quiere, no me quiere...” Todo dependerá de cuantos pétalos tiene tu flor.

Segunda etapa: Inicio del noviazgo-Encuentros casuales

Consiste en encuentros casuales, verse “de vez en cuando” en el parque, en la escuela, en la iglesia o en una actividad general de la comunidad. No se hacen citas ni horas específicas. Le dices a tus amigas o amigos que esa “muchacha” o “muchacho” te gusta. En esta etapa ambos reconocen que se atraen e inician una relación mucho más cercana, llena de detalles, con ciertos límites donde puede surgir el amor verdadero.

Tercera etapa: Noviazgo-El verdadero amor

Después de un tiempo de conocer a la persona, lo que le gusta y no le gusta, siente algo especial. En esta etapa cada quien da lo mejor de sí mismo (a). Ya la pareja se identifica con atenciones especiales mutuamente y exclusivamente el uno hacia el otro. Se hacen preguntas personales como gustos, asuntos que desagradan. Se reafirman los sentimientos de autoestima, de aceptación y ayuda a la pareja a conocerse mutuamente y crear lazos de compromiso.

Cuarta etapa: el compromiso privado

Es la etapa existente entre el noviazgo y el compromiso formal. La pareja habla, entre ellos, en términos de una relación permanente y sueñan, planifican estar juntos y algunos piensan hasta en el matrimonio. Su compromiso es privado y personal y no definitivo ni obligatorio. Se utiliza la frase en términos de “algún día, cuando nos casemos”. Aquí se habla de los temores y planes hacia el futuro cercano.

En la adolescencia, en la mayoría de los casos la relación de noviazgo llega a esta etapa, debido a su edad no logran consolidarse y llegar al matrimonio, lo que suele causar tristeza, depresión cuando la relación termina. Uno de los riesgos del noviazgo en la adolescencia es que algunos (as) adolescentes, consideran natural el tener relaciones sexuales antes del matrimonio, ya que es una manera de conocer “más profundamente” a su pareja; sin embargo el apresurarse a la entrega íntima limita la posibilidad de seguir conociendo a la pareja. En la etapa de enamoramiento y compromiso es cuando algunas adolescentes tienen relaciones sexuales con sus novios para demostrarles su “verdadero amor”, exponiéndose a adquirir una Infección de Transmisión Sexual, a quedar embarazadas y a la violencia en el noviazgo, cuando se les presiona por parte del adolescente a “demostrar su verdadero amor”.

Tipos de noviazgo

- **El “eterno”**

El noviazgo madrugador se refiere a aquellos novios adolescentes que les falta una verdadera inmensidad de tiempo para casarse. El noviazgo pueden durar cinco, seis, nueve años, lo que puede ser un tanto perjudicial, porque a veces se brincan etapas a las que más tarde querrán regresar, y porque cuando las cosas se vuelven más monótonas y aburridas, uno de los dos puede cansarse y dejar al otro por alguien más. Estos noviazgos pueden darse entre los 12 y 18 años. En esta etapa es mejor salir con amigos, divertirse y darse la oportunidad de conocer. De esta manera se podrá saber exactamente qué tipo de noviazgo quieres y cuáles

son las cualidades que consideras indispensables en tu pareja. Sólo así tendrás un punto de comparación. Algún día, tarde o temprano, te llegará el momento; sin embargo, ahora es tiempo de hacer amigos, de conocer gente, de divertirse sanamente.

▪ El “nada que ver”

Es cuando las personas no tienen nada en común: gustos, costumbres, creencias, educación, clase social, puntos de vista, amistades, familias, etc. Tal vez se hicieron novios porque se sintieron atraídos por la superficie de la otra persona: *me gustó su sonrisa, me fascina su mirada, es guapísimo o está muy bonita*; pero en el fondo piensan diferente con respecto a cuestiones importantes como: el respeto a la vida, el noviazgo y las relaciones prematrimoniales, las creencias religiosas, el trabajo, la familia. Cuando la pareja no tiene intereses en común y no posee la disposición de desarrollarlos; cuando no son capaces de compartir juntos ni los rayos del sol; cuando cada uno jala por su lado sin prestar atención al otro... sobra decir que el trueno es inminente y necesario. El noviazgo es una época para compartir y convivir.

▪ El “derrama-miel”

Se le llama así porque la pareja es muy empalagosa, es decir, no puede estar ni un momento sin tocarse. Siempre están abrazados, dándose besitos, diciéndose cositas al oído y, sobra decirlo, siempre están de *manita sudada*. Esto no está del todo mal porque, como en cualquier noviazgo, existe la atracción física; sin embargo, es muy importante que detrás de esa atracción un tanto superficial, se desarrolle una atracción mucho más profunda, una atracción emocional. La pasión del inicio reduce con el tiempo y si no hay nada más que sostenga la relación, si en el noviazgo sólo había identificación física, entonces el fin de la relación está a la vuelta de la esquina. Al principio, todas las relaciones tienen su etapa de *derrama-miel*, pero si ya llevan varios meses juntos y cada vez que se ven es sólo para tocarse y *sentir bonito*; si no han hablado seriamente entre los dos, ni se conocen con profundidad porque han estado muy ocupados derramando miel por todos lados; entonces, generalmente esto es pura atracción sexual y no les interesa mucho lo que el otro piensa. Tarde o temprano, el atractivo se acabará y también el noviazgo. Una relación así no vale la pena, sobre todo si tomas en cuenta los riesgos que corres al involucrarte con alguien que sólo te quiere por tu físico: pueden comenzar una relación sexualmente activa y entonces es muy probable que ocurra un embarazo.

▪ El masoquista

Es el tipo de relación donde los novios se pelean más tiempo del que están en paz. No pueden entablar ninguna conversación sin que ésta termine en una horrible discusión. Siempre se la pasan reclamándose, gritándose, lastimándose... es decir, una constante sensación de infelicidad. En este caso, es necesario analizar: ¿tu relación te produce más lágrimas y preocupaciones que risas y momentos de alegría? Si es así, entonces es el momento de salir corriendo... ¡pero ya! Quien ama de verdad, sólo desea bien para la otra persona y no busca hacerla sufrir; por el contrario, hace todo lo posible por hacerla feliz en cualquier momento.

▪ El súper héroe

Digamos que uno de los dos se la pasó rentando las películas de *superman* durante toda su niñez y, como consecuencia de este exceso de heroica fantasía, ahora el susodicho o susodicha creen fervientemente que ellos son algo así como la salvación para su pareja. Este tipo de noviazgo es muy común. Sucede cuando uno se enamora de alguien con problemas ya sea físico o emocional y quiere resolverle o ayudarlo a sentirse mejor. Estas son las adolescentes que se enamoran del típico niño *rebelde*: fumador empedernido, borrachín, mujeriego, incluso hasta medio *drogo*. Ellas juran que lo van a hacer cambiar, que su amor le va hacer enderezar el camino...

¿Cómo se puede saber si es un novio súper héroe? Hay que preguntarse cómo ve a su pareja. Si la ves igual que tu persona, con defectos y cualidades normales, entonces está bien; si se ve a la persona por debajo de vos, como alguien con muchos problemas, baja autoestima, problemas de actitud, que necesita que alguien le ayude urgentemente, entonces es un noviazgo súper héroe.

Es muy difícil que sólo el amor haga que una persona con problemas graves cambie; para esto hace falta

terapia, fuerza de voluntad y que la persona desee cambiar.

- **El amiguero**

Es el típico espécimen que trata a su novia(o) como si fuera uno más del grupo de amigos. Nunca tiene tiempo para su pareja porque prefiere andar con sus amigos; y si la novia o el novio se molesta por esta situación... se desata la tercera guerra mundial porque el individuo en cuestión argumenta que no tiene libertad, que la pareja solo quiere acapararlo, que necesita su *propio espacio* y otras cosas más. En este caso, la palabra común es "tiene que aguantarse".

- **El peor-es-nada**

De repente, amigas y amigos empiezan a salir y empiezan a formarse las parejitas de novios. Debido a esto que suele ser un modelo, se corre el riesgo de caer ante el primero que diga palabritas de amor al oído. Es común que debido a que las adolescentes se sienten un poco aislada porque todas las amigas ya tienen pareja. Para la o él adolescente esta situación suele ser una pesadilla, por ejemplo, llegar a una fiesta y estar solita porque todos andan acompañados. En este caso, se corre el riesgo de iniciar una relación de noviazgo sólo porque se siente urgida o urgido, según sea el caso. Sería muy injusto para tu pareja, ¿no crees? Peor aún, ¿cómo te sentirías si tú fueras el *peor-es-nada* de otra persona?

Es importante revisar con profundidad cuál es el concepto de cada uno sobre el noviazgo y qué espera de una relación de pareja. Si lo que busca es simplemente compañía para no sentirse tan solo (a), es mejor que le digas adiós a esa novia o (a). No es justo y eso no se vale; tarde o temprano se va a arrepentir y será más difícil terminar la relación. Hay que buscar más amigos. Recuerda que un noviazgo va más allá de la compañía o la amistad; un noviazgo es un compromiso de aceptación, respeto y amor.

- **El carcelero**

Es muy común en adolescentes (hombres o mujeres) que se encuentran esclavizados a una pareja que no les permite hacer nada por temor a que se vaya de su lado. Esto es pura falta de confianza en la otra persona y una relación de noviazgo no puede crecer y fortalecerse si no cuenta con la base de la confianza mutua. Cuando se trata de un novio carcelero, las características son: No la deja salir con sus amigas; no la deja ponerse ropa ajustada o que resalte sus atributos corporales; no le gusta que se maquille y que se ponga bonita; se molesta si se entera que su novia habló por teléfono con un amigo (hombre, por supuesto) y, todavía peor, se escapa de morir si se entera de que vio a su ex novio y que platicó con él. Si se tratara de una carcelera: Quiere saber en dónde y con quién está su novio las 24 horas del día; no soporta que tenga amigas; se muere de la rabia cada vez que sabe que la ex de su novio está en el mismo lugar que él y lo amenaza con dejarlo si se le ocurre saludarla. En este tipo de noviazgo se corre el riesgo de que haya violencia hacia la pareja ya sea emocional o física, manipulación, lo que debe ser motivo de alerta principalmente para la adolescente.

El noviazgo en este caso, puede tener problemas de autoestima. Crees que no eres lo suficientemente bueno o atractivo para mantener a la pareja con él o ella y utiliza artimañas para retenerla consigo; sin embargo, esto va a perjudicar la relación porque a nadie le gusta estar con alguien que duda de sí mismo y de su pareja. Cada quien es como es y tiene una personalidad y estilo propio. Hay que hablar con ella o con él y contarle los miedos, para mejorar la confianza.

- **El "a todo dar"...**

Es el mejor de todos. Es desinteresado, porque no pide nada a cambio de lo que da; es sincero, porque se muestra tal cual es; es respetuoso, leal, maduro, alegre, hay libertad y confianza y, sobre todo, fidelidad total.

Es aquella relación en donde sólo interesa hacer feliz al otro, donde preocupan los problemas de ambos y se alegran de sus éxitos como si fueran suyos. Es el noviazgo en donde los dos se ayudan a ser mejores y son el uno para el otro, testimonio de pureza, amistad, sinceridad y coherencia. Conocen los defectos del otro, pero los aceptan y luchan para convertirlos en cualidades. La relación tiene alta posibilidad de ser exitosa dado que ambos saben divertirse sanamente; tienen muchos puntos en común, no sólo se gustan físicamente, sino que también se atraen emocionalmente; su comunicación es excelente y tienen planes y proyectos que los

involucran a ambos.

Ventajas del noviazgo en la adolescencia

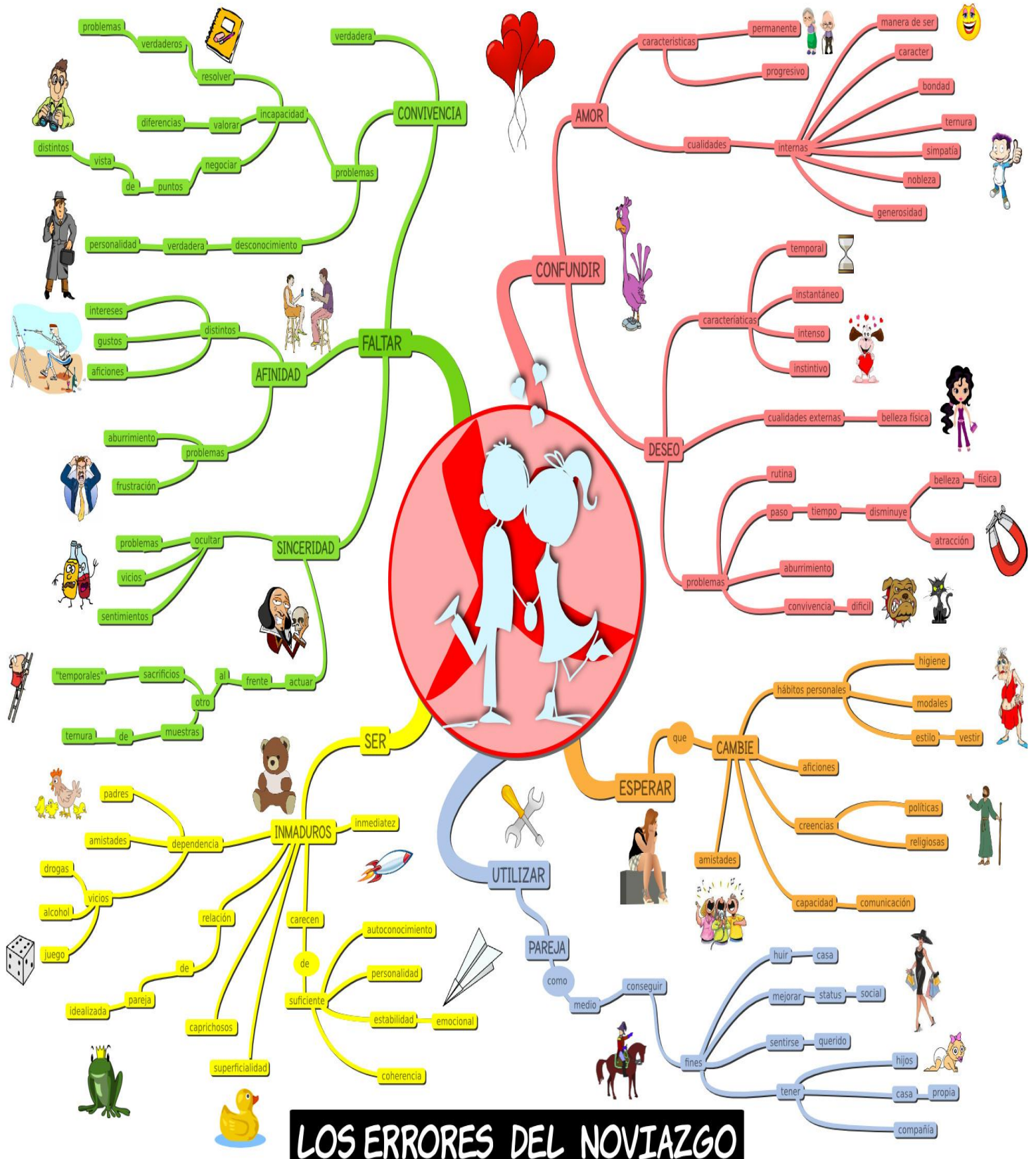
- A los (as) adolescentes el noviazgo le ayuda a relacionarse con los demás.
- Ayuda a conocerse recíprocamente en cuanto a carácter, sentimientos, gustos, aficiones, ideales de vida, religiosidad.
- Permite la formación de la voluntad, combate el egoísmo, fomenta la generosidad, confianza, honestidad, el respeto; estimula la reflexión y el sentido de responsabilidad. Con el noviazgo se puede practicar la habilidad de resolver conflictos sin el compromiso del matrimonio.
- El noviazgo provee la manera de encontrar una pareja apropiada.
- Ofrece la oportunidad de llegar a ser una persona más fuerte y lograr madurar en varios aspectos. Puede ayudar a ver las cosas de distintas maneras.
- El noviazgo permite que tomes el tiempo necesario para decidir cuando quieres llevar esa relación a algo más estable y definitivo.

Cómo llevar un noviazgo saludable:

- Esperar el momento oportuno: sin prisas, viviendo y gozando la adolescencia. Aprendiendo un poco de la vida, así cuando se llega al matrimonio, ya se cuenta con más experiencia y estén más seguros (as) de lo que quieren.
- Si se enamoran de alguien, deben quererlo (a) por lo que es, no por lo que quieres que sea. Hay que aprender a ver sus cualidades y sus limitaciones.
- ¿El noviazgo no es igual a sexo?: el amor verdadero no busca excusas para usar el sexo lo más posible. El auténtico cariño no pretende su placer egoísta, sino piensa más en servir a la persona amada con el esfuerzo que sea necesario. Un buen noviazgo permite, claro que sí, besos y abrazos hechos con mucho respeto y delicadeza. ¡Suficiente! No es necesario avanzar más.
- Compartir con la pareja: desde luego que es bueno que los novios tengan momentos a solas donde puedan platicar libremente acerca de ellos y sus sentimientos, pero también es necesario tener muchas actividades en común con otras personas, como grupos de amigos y familia.
- Respeto de la libertad de cada uno: en el período del noviazgo nadie tiene derecho a meterse en la vida de la otra persona y presionarla a que decida una u otra cosa que tenga que ver con su vida familiar, sus estudios, sus metas o sus gustos. Debe haber un gran respeto a la privacidad de la otra persona. Ninguno es posesión del otro, cada uno es dueño solamente de sí mismo. Por lo tanto, cada uno debe aceptar que hay fronteras que no deben traspasar.
- Conocer a la pareja: nadie ama lo que no conoce, entonces en el noviazgo hay que aprender a escuchar, dialogar mucho, comprender que la otra persona es diferente y que para conocerla tiene que pasar algún tiempo.
- Fidelidad: en el noviazgo tiene que existir fidelidad, porque es la escuela para el matrimonio. Si de novios uno, otro o ambos son infieles, seguramente en el matrimonio será peor, si es que se llega a esa etapa.
- Sinceridad: la sinceridad es muy importante en el noviazgo. Si después de un tiempo uno de los dos se da cuenta de que no conviene la persona que es novio o novia, que no llena, que no es lo que esperaba, que no son el uno para el otro, hay que ser totalmente sincero y decírselo antes que sea demasiado tarde.
- Realistas: no se dejen llevar por las ilusiones. El enamoramiento que se vive en el noviazgo hace que

se vean solamente las virtudes y además aumentadas del otro, sin embargo hay que estar conscientes de que también hay defectos, y ambas cosas son parte integral de la personalidad.

- Bueno, hay muchos estilos de noviazgo pero lo importante es que analicen su noviazgo, vean si pueden mejorar como personas y como pareja y ¡aprendan a amar de verdad!





VI. Estrategias para aprender a pensar y actuar

- 1) Se conformarán nuevos sub-grupos, donde se integren hombres y mujeres.
- 2) Basándose en la lectura sobre el noviazgo, deberán seleccionar un tipo de noviazgo y realizarán la dramatización en base a su experiencia, vivencia y contenido de la lectura.
- 3) Cada grupo deberá presentar su socio drama en plenario y dar una explicación de porqué eligieron el tipo de noviazgo (en cada socio drama debe recrear el ambiente).
- 4) Para concluir con esta parte del tema se reflexionará sobre:
 - ¿cuáles son los beneficios de cada tipo de noviazgo?
 - ¿cuáles son los riesgos?
 - ¿cómo se puede llevar un noviazgo saludable?



VII. Aplicando lo aprendido

Orientar que un integrante de los grupos de ANIMACION, COLABORACION y EVALUACION realicen el resumen del tema desarrollado.

Pedir que de acuerdo a lo desarrollado el grupo de EVALUACION desarrolle una charla de cinco minutos sobre el noviazgo.



VIII. Evaluación de los aprendizajes

Solicitar a los (as) participantes realizar la siguiente actividad:

El o la facilitadora tirará un objeto que esté disponible en el salón (borrador, lapicero, marcador) para que él o la participante respondan:

- ¿Cuántos tipos de noviazgo existen y cómo se llaman?
- ¿Cuáles son las ventajas del noviazgo en la adolescencia?
- ¿Cuáles son los riesgos del noviazgo en la adolescencia?
- ¿Qué aprendimos con este tema?

Para concluir esta actividad invite a los (as) participantes escribir si tienen novio (a) que pueden hacer para mejorar su relación. El grupo de EVALUACION deberá pasar la hoja de evaluación del tema.

*“Amor no es mirarse el uno al otro, sino mirar los dos en la misma dirección”. **Antoine de Saint-Exupery***

*“Para que todo vaya mejor, es necesario que sepas lo que quieres”. **Paulo Coelho***

*“El amor se descubre a través de la práctica de amar y no de las palabras”. **Paulo Coelho***

Sub-Tema 3: Toma de decisiones “En mi vida, yo decido con Responsabilidad”

Creación de un ambiente favorable

1. Se plantea una pregunta específica, como por ejemplo, ¿Qué es lo que más les gusta hacer durante el día?, la respuesta debe ser breve, por ejemplo, "ir a la escuela", o "salir con amigos (as)", o "platicar con mis padres", etcétera.
2. En un papel cada participante debe responder a la pregunta que se hizo y debe pegar con masking-tape o alfileres el papel con su respuesta, en el pecho o en la espalda.
3. Se pone música y, al ritmo de esta, se baila, dando tiempo para ir encontrando compañeros que tengan respuestas semejantes o iguales a las propias.
4. Conforme se van encontrando personas con respuestas afines, se van cogiendo del brazo y se continúan bailando y buscando nuevas personas que puedan integrar al grupo.
5. Cuando la música se detiene, se analiza cuántos grupos se han formado; si hay muchas personas solas, se dan una segunda oportunidad para que todos (as) encuentren a su grupo.
6. Una vez que la mayoría se haya formado en grupos, se para la música y se da un corto tiempo para que intercambien entre sí el porqué de las respuestas de sus tarjetas.
7. En plenario, el grupo expone según la afinidad con que se conformó, cual es la idea del grupo sobre el tema (Por ejemplo, por qué es lo que más le gusta ir a la escuela).
8. Los compañeros que están solo exponen igualmente su respuesta.
9. Introduzca el tema TOMA DE DECISIONES y pregunte:
 - a. ¿fue fácil decidir qué es lo más nos gusta hacer durante el día?
 - b. ¿cómo lograron identificar qué es lo que más les gusta hacer?

Herramienta metodológica



I. Definiendo el problema

Entregar las historias:

- Historia No. 1: El caso de Ana
- Historia No. 2: El caso de Sofía
- Historia No. 3: El caso de Chepe

HISTORIA No. 1

Ana tiene 16 años, es novia de Miguel, desde hace bastante tiempo. Esta ha sido su primera relación que ha durado más de un mes, porque con sus otros novios terminaba rapidísimo. Ella se siente muy contenta con esta relación, y desea que dure para siempre. Últimamente han ido más allá de los besos y caricias, por lo que Ana se encuentra preocupada por el día en que no pueda contenerse más y terminen "haciendo lo que Miguel le pide". La verdad es que ella prefiere decidir lo que quiere, antes de sentirse nuevamente presionada ante esa situación.

HISTORIA No. 2

Emilio tiene una amiga, Sofía, con quien estudia todos los días. A veces van al parque, para reunirse con otros amigos. Hace unos meses, mientras estudiaban, se besaron y la verdad es que Emilio lo disfrutó muchísimo. Después de eso, cada vez que se juntaban para estudiar, pasaba lo mismo acompañado de caricias sobre la ropa. La última vez que se vieron, terminaron con la ropa en el suelo. Mañana Emilio quedó de llegar a la casa de Sofía para estudiar, él está preocupado porque sabe que van a estar solos y que tiene unas ganas enormes de "hacerlo". Sólo le queda la noche para decidirse.

HISTORIA No.3

Chepe y Elena empezaron a "jalar" hace 2 semanas. A pesar de que tienen tiempo de conocerse y ser amigos. Desde hace algún tiempo que salen a fiestas bailan bien juntitos, hasta se hicieron novios. Están muy entusiasmados y pasan casi todo el día juntos, por lo que han notado que las ganas de sentir sus cuerpos cerca son cada vez mayores. Como ya vienen las vacaciones, Elena va de paseo con su familia por una semana, y eso los tiene muy desesperados. Como despedida, planearon ir a la casa de Andrés, que también va a estar con su novia, para ver una película. Chepe y Elena saben que los papás de Andrés no van a estar en la casa y que, aunque hasta ahora solo se han besado, puede ser que pase algo más. Lo que les preocupa es que desde pequeños habían pensado en tener experiencias sexuales hasta que se casaran.



II. El saber desde la vivencia

Una vez que cada grupo haya leído el caso, se promueven las preguntas de reflexión, considerando su vivencia y experiencia.

Historia No.1: El caso de Ana

1. ¿Qué opciones tiene Ana?
2. ¿Cuáles son las ventajas y desventajas de sus opciones?
3. ¿Qué cosas podría hacer Ana para tomar una decisión?

4. ¿Cómo podría Ana tomar la mejor decisión?
5. ¿Cuál creen ustedes que debería ser la decisión de Ana? ¿Por qué?
6. ¿Si Ana fuera hombre, pensarían lo mismo? ¿Por qué?

Historia No. 2: El caso de Sofía

1. ¿Qué opciones tiene Emilio?
2. ¿Cuáles son las ventajas y desventajas de sus opciones?
3. ¿Qué podría hacer Emilio para tomar una decisión?
4. ¿Cómo podría Emilio tomar la mejor decisión?
5. ¿Cuál creen ustedes que debería ser la decisión de Emilio? ¿Por qué?
6. ¿Si Emilio fuera mujer, pensarían lo mismo? ¿Por qué?

Historia No. 3: El caso de Chepe

1. ¿Qué opciones tienen Chepe y Elena?
2. ¿Cuáles son las ventajas y desventajas de sus opciones?
3. ¿Qué podrían hacer para tomar una decisión?
4. ¿Cómo podrían ellos tomar la mejor decisión?
5. ¿Cuál creen ustedes que debería ser su decisión? ¿Por qué?
6. ¿La decisión de Chepe puede ser diferente a la de Elena? ¿Por qué?



III. Propósitos

Las (os) participantes desarrollan su capacidad para tomar decisiones con respecto a la decisión de utilizar métodos de protección para prevenir un embarazo o una infección de transmisión sexual.



IV. Conocimientos a desarrollar

- Toma de decisiones
- Factores que influyen en la toma de decisiones
- Fases de la toma de decisiones
- Asertividad
- Negociación



V. Minilección (Bibliografía)

Tema: Toma de Decisiones

“En mi vida, yo decido”

La capacidad de tomar decisiones es fundamental para tener una actitud responsable y sana en materia de salud sexual y reproductiva. Tomar decisiones en la adolescencia no es un proceso fácil ya que influyen diferentes factores entre los cuales se encuentra principalmente:

Factores Cognitivos

Las influencias cognitivas tienen que ver con los procesos mentales y la capacidad cerebral. Hay una secuencia particular en el desarrollo normal del “pensamiento” que usamos al tomar decisiones. Hasta que el funcionamiento del pensamiento no se ha completado, puede haber una **escasa o muy pobre valoración de riesgos**, y una sobrevaloración de la habilidad para valorar la probabilidad de consecuencias negativas.

El proceso de tomar decisiones en la adolescencia puede estar limitado a dos opciones (una decisión u otra), en lugar de un rango de opciones mayor donde haya más de dos variables. Esto puede tener que ver con su capacidad intelectual, y otras veces, simplemente con la falta de experiencia.

Sociales y psicológicas

Para los (as) adolescentes, los factores sociales y psicológicos juegan un papel enorme. Estos incluyen la influencia de sus familias, de sus pares, e incluso la influencia de su propio sentido de autoestima y valía personal.

Aquí, el cambio de **dependencia a independencia** es de una importancia significativa. Los pares comienzan a reemplazar a la familia como el principal agente socializador. Se considera que la formación de la identidad ocurre cuando el adolescente se suelta emocionalmente de su familia y transfiere esa unión a sus pares. Aquí, la toma de decisiones en adolescentes comienza alrededor del **desarrollo de amistades íntimas** y de la “socialización de la sexualidad”.

Hay varias **razones por las cuales los pares son influyentes**: pueden sancionar a los otros por falta de complicidad; tienen la habilidad de controlar los resultados que los demás esperan y frecuentemente, aquellos que son admirados tienen cierto poder debido a que los otros quieren ser como ellos.

Debido a que esta influencia puede ser muy fuerte, a menudo hablamos de presión de los pares. A esto también se añade el hecho de que a los (as) adolescentes les gusta estar con sus pares porque las actividades que proponen y realizan son **divertidas y entretenidas**. El tiempo con la familia puede ser aburrido y estar lleno de tareas y reglas. Si en el intento de separarse de su familia, buscando su independencia, él o la adolescente no están teniendo éxito, rápidamente puede buscar guía y apoyo entre sus pares.

La toma de decisiones consiste, básicamente, en elegir una alternativa entre las disponibles, a los efectos de resolver un problema actual o potencial, (aun cuando no se evidencie un conflicto latente). Las decisiones son combinaciones de situaciones y conductas que pueden ser descritas en términos de tres componentes esenciales: acciones alternativas, consecuencias y sucesos inciertos.

Consecuencias: Son las reacciones evaluativas subjetivas, medidas en términos de bueno o malo, ganancias o pérdidas, asociadas con cada resultado.

Incertidumbre: Se refiere a los juicios de quien toma la decisión de la propensión de cada suceso de ocurrir. Se describe con medidas que incluyen probabilidad, confianza, y posibilidad.

Preferencias: Son conductas expresivas de elegir, o intenciones de elegir, un curso de acción sobre otros.

Tomar una decisión que repercutirá en el futuro inmediato resulta difícil porque no depende únicamente de las preferencias personales. La decisión debe considerar también factores económicos, familiares y sociales, por lo que se pretende ofrecer a las (os) adolescentes las herramientas básicas para que incrementen sus conocimientos, descubran sus potencialidades y preferencias y analicen los factores implicados en su elección.

Fases de la toma de decisiones

1. Identificación del problema

Al iniciar la toma de una decisión hay que reconocer las causas que la originan, ya sean problemas o dudas. Al definir la situación se logra ver con claridad y escoger la mejor opción. Hay que preguntarse: ¿cuál es el problema? ¿Qué me está afectando?

2. Análisis del problema

¿Me afecta realmente?, ¿cuándo me da cuenta?, ¿a quiénes afecta? Estas preguntas darán la oportunidad de esquematizar y desarrollar mejor la toma de decisiones.

3. Búsqueda de soluciones

Al analizar el problema se podrá valorar que se parece a otras situaciones que ha vivido anteriormente o que le han ocurrido a otras personas; usando la experiencia y la intuición seleccionará las mejores alternativas. Además, si posee seguridad y alta autoestima, reconocerá las soluciones que darán fin al problema sin causar consecuencias adversas. En este paso es importante pensar en el mayor número de alternativas posibles, ya que cuantas más existan, más posibilidades para escoger la mejor. Si no se vienen a la mente muchas alternativas, pedir la opinión de otras personas nos puede ayudar a ver nuevas posibilidades.

4. Valorar las consecuencias de cada alternativa

Aquí se deben considerar los aspectos positivos y negativos que cada alternativa puede tener, a corto y largo plazo, tanto para sí mismos (as) como para otras personas. Para llevar a cabo este paso correctamente, muchas veces no es suficiente la información con la que se cuenta. En este caso es necesario recabar nuevos datos que ayuden a valorar las distintas alternativas con las que se cuenta. Por ejemplo, una adolescente que está siendo presionada por su novio para tener relaciones sexuales, a la hora de valorar las diferentes alternativas, si no dispone de datos suficientes, deberá recabar información sobre: cómo decir NO, si deseo decir que SI, como protegerme de un embarazo, de una infección de transmisión sexual, del VIH; quién me puede dar información, dónde buscar información sobre métodos anticonceptivos modernos y qué costo tienen.

Para cada una de las alternativas por separado, deberá hacerse una lista de todas las ventajas y desventajas. Seguidamente, se dará una puntuación de 0 a 10 a cada ventaja y a cada inconveniente en función de su importancia, teniendo en cuenta que: 0 es “nada importante” y el 10 significa que es “esencial o muy importante”. Finalmente, una vez puntuada cada ventaja y cada inconveniente en esa escala, se suman los números de todas las ventajas por un lado y todos los inconvenientes por otro. Si el resultado es positivo es que tiene más ventajas ó estás son más importantes que los inconvenientes.

5. Elegir la mejor alternativa posible

Una vez que se ha pensado en las alternativas disponibles y en las consecuencias de cada una de ellas, habrá que escoger la más positiva o adecuada. Una vez que se han valorado las distintas alternativas, hay que compararlas entre sí, escoger la que más satisfaga. Aquella que tenga más ventajas que inconvenientes, o si utilizamos el procedimiento matemático, aquella alternativa que tiene el número positivo más alto. A veces la mejor alternativa no es ninguna de las propuestas sino que surge como combinación de varias de las propuestas.

6. Aplicar la alternativa escogida y comprobar si los resultados son satisfactorios

Una vez elegida la mejor alternativa, hay que ser responsable de la decisión tomada y ponerla en práctica.

Además hay que evaluar los resultados, con lo que podremos cambiar aquellos aspectos de la situación que todavía no son satisfactorios y además se puede aprender de nuestra experiencia.

Toma de decisiones y salud sexual y reproductiva

La capacidad de tomar decisiones es fundamental para tener una actitud responsable y sana en materia de salud sexual y reproductiva. Asumir comportamientos de prevención requiere de un análisis reflexivo en el que la autoestima o la valoración hacia sí misma (o) juega un importante papel. Si se valora a sí misma (o) no tomará decisiones que pongan en riesgo su bienestar y su integridad.

La autonomía y la toma de decisiones

Si nos detenemos a pensar podemos observar cómo buena parte de las conductas de riesgo para la salud y el bienestar propios y de la comunidad son el resultado de decisiones inconscientes en las que las presiones externas pesan más que la propia determinación. Por ejemplo, inicio de las relaciones sexuales sin protección puede ser resultado de la presión del grupo o de los roles y estereotipos sociales, *“el hombre debe tener experiencia sexual, sino no es hombre.”* En todas estas situaciones se toma una decisión inconsciente, sin reflexión, provocada por la presión exterior. Por eso es tan importante fomentar la toma de decisiones autónoma.

- Toma autónoma de decisiones: él o la adolescente aprende a pensar por sí mismo (a), a ser crítica (o) y a analizar la realidad de forma racional.
- Toma responsable de decisiones: la persona es consciente de la decisión tomada y acepta sus consecuencias.

Para una situación concreta, tomar decisiones de modo autónomo y responsable es valorar los pros y los contras de las distintas alternativas posibles en una situación y aceptar las consecuencias de la elección. Así pues, cuando hay que tomar una decisión se debe valorar las posibles consecuencias que se pueden derivar de ella y, si esas consecuencias pueden ser importantes es recomendable no hacer lo primero que se ocurra o dejarse llevar por lo que hace “todo el mundo”. Cuando enfrentamos un problema o una decisión que puede tener consecuencias importantes es necesario pensar detenidamente qué es lo que se puede hacer y valorar cada alternativa.

Se aprende a tomar decisiones. La autonomía se va desarrollando desde la infancia, y a cada edad le corresponde un nivel de autonomía. Durante la infancia muchas decisiones importantes son tomadas por los padres/madres y por otros adultos, pero a partir de la adolescencia las decisiones van siendo cada vez más responsabilidad del adolescente. En este proceso de aprendizaje también es importante distinguir cuándo no importa ceder ante los deseos de los demás u otras presiones y cuándo es importante seguir los propios criterios.

Un aspecto importante para tomar decisiones es tener Asertividad

Se define la asertividad como la habilidad personal que permite expresar sentimientos, opiniones y pensamientos en el momento oportuno, de la forma adecuada y sin negar ni desconsiderar los derechos de los demás. La habilidad de ser asertivo proporciona dos importantes beneficios:

- Incrementa el auto-respeto y la satisfacción de hacer alguna cosa con la suficiente capacidad para aumentar la confianza y seguridad en sí misma (o).
- Mejora la aceptación y el respeto del grupo en el sentido de que se hace un reconocimiento de la capacidad de afirmar los derechos personales.

“La asertividad no implica ni pasividad ni agresividad”.

La **comunicación asertiva**, es una condición para realizar acuerdos es comunicar los sentimientos, emociones, puntos de vista y necesidades, de manera clara y sin avergonzarse, respetando los derechos de los demás. La comunicación asertiva es la capacidad de expresar nuestros puntos de vista con confianza y

seguridad, incluso ante la presión de otras personas.

Aprender a ser asertivo es un proceso en el cual las y los jóvenes identifiquen sus valores y no se dejen imponer por los demás. Para ser asertivo es muy importante que la persona aclare sus ideas e identifique qué quiere hacer para cambiar lo que no le guste y para decir **sí** o **no**, ante diferentes situaciones sea en la familia, la pareja, la escuela, el trabajo, los amigos.

¿Cómo ser asertivos?

Algunas de las pautas más importantes son:

- Ser honestas y honestos con lo que se piensa y se quiere.
- Ser directas y directos en expresar sus puntos de vista.
- Ser espontáneos (as), es decir, comunicar los sentimientos y necesidades.
- Hablar por uno (a) mismo (a), empezar diciendo: yo pienso... yo siento...
- Ser responsables de nuestros sentimientos.
- Utilizar expresiones que no ofendan a los (as) demás.

Negociación

Consiste en un proceso mediante el cual las personas analizan soluciones y acuerdan una salida a un problema o conflicto. La negociación es una forma de satisfacer las necesidades propias sin recurrir a la culpabilidad, el enojo o la intimidación. La negociación requiere de flexibilidad por parte de ambas personas; funciona mejor cuando un problema o conflicto es abordado en su etapa inicial.

La buena negociación puede mejorar las relaciones.

Las y los adolescentes que salen juntos necesitan aprender a negociar decisiones sobre conductas sexuales y límites. Muchas relaciones de pareja y preocupaciones sexuales pueden resolverse a través de la negociación. Para negociar, es preciso decidir qué cosas se pueden aceptar y cuáles aspectos no se pueden ceder.



VI. Estrategias para aprender a pensar y actuar

Las (os) adolescentes deberán compartir en plenario los casos que fueron analizados.

Una vez que todos los grupos hayan realizado sus presentaciones, promueva la reflexión con las siguientes preguntas:

- 1) ¿Cómo toman decisiones la mayoría de adolescentes?
- 2) ¿Qué cosas facilitan y dificultan la toma de decisiones ante situaciones parecidas?
- 3) ¿A qué presiones se enfrentan las (os) adolescentes cuando van a tomar una decisión?
- 4) ¿Qué diferencias existen entre las decisiones que toman los hombres y las que toman las mujeres?

- 5) ¿Qué podríamos hacer para tomar decisiones más adecuadas con respecto a iniciar relaciones sexuales y usar un método de protección para prevenir el embarazo, las infecciones de transmisión sexual y el VIH?



VII. Aplicando lo aprendido

Orientar a los (as) participantes que piensen en las frases que comúnmente se utilizan para presionar a las chicas a tener relaciones sexuales. Conformar parejas (un hombre y una mujer) donde el adolescente deberá presionar a la adolescente a tener relaciones sexuales y ella deberá responder asertivamente o negociar de acuerdo a sus “sentimientos” o lo que piense en ese momento.



VIII. Evaluación de los aprendizajes

Solicitar a los (as) participantes realizar la siguiente actividad: Oriente que se imaginen que tienen un diario, su confidente, para que escriban su pensar y sentir con los nuevos conocimientos adquiridos. Pueden comenzar a escribir en su diario:

Querido diario:

Hace algunos meses viví una situación parecida a la de Ana. No tenía información sobre como tomar decisiones y tuve relaciones sexuales, mis padres se dieron cuenta y me corrieron de la casa. Hoy con la información que aprendí sé que al tomar una decisión debo cumplir con los pasos para tomar decisiones: 1) identificar el problema; 2) análisis del problema; 3) búsqueda de soluciones; 4) valorar las consecuencias para cada alternativa; 5) elegir la mejor alternativa posible y 6) aplicar la alternativa escogida y comprobar si los resultados son satisfactorios. El grupo de EVALUACION deberá pasar la hoja de evaluación del tema.

*“Reflexiona con lentitud, pero ejecuta rápidamente tus decisiones”. **Isócrates** (Orador, político y educador griego).*

*“Sea que nos guste o no nos guste, todo lo que está sucediendo en este momento es producto de las decisiones que tomamos en el pasado”. **Chopra, Deepak** (Médico, escritor y conferencista hindú)*

Sub-Tema 4: Mitos sobre anticoncepción en la adolescencia “Verdad o imaginación”

Creación de un ambiente favorable

1. Solicite al grupo de ANIMACION realice la siguiente dinámica. Previamente debe haber preparado como facilitador 20 hojas de tamaño normal.
2. Cada hoja deberá llevar un número del 0 al 9, se hacen dos juegos de cada uno.
3. Conformar dos equipos. A cada equipo se le entrega un paquete de número de 0 al 9. A cada integrante del equipo se le entrega una hoja con el número.
4. El grupo de ANIMACION dice un número, por ejemplo, 827; los que tienen el 8, 2, y el 7 de cada equipo deberán pasar al frente y acomodarse en el orden debido, llevando la hoja con el número de manera visible. El equipo que forme primero el número se anota un punto. No se puede repetir la misma cifra en un número, por ejemplo: 882.
5. Al momento de que cada grupo pase a formar su número, deberá decir rápidamente que mitos ha escuchado sobre la anticoncepción.
6. El grupo de COLABORACION deberá anotar estos mitos en un papelógrafo y los ubicará en las paredes del local.
7. El grupo de participantes que más mitos hayan mencionado es el grupo ganador a quien se pueden entregar caramelos o chocolates.

Herramienta metodológica

I. Definiendo el problema



Mitos, verdad o imaginación.

II. El saber desde la vivencia



Realice una lluvia de ideas de acuerdo a los resultados de la dinámica de animación, sobre los mitos que escribieron. Reflexione con las (os) participantes:

- a) ¿de dónde salen los mitos?
- b) ¿quiénes lo dicen?
- c) ¿qué pensamos de ellos?
- d) ¿son verdad o imaginación?



III. Propósitos

Las (os) participantes aclaran sus dudas sobre los mitos y pueden compartir la información con otros (as) adolescentes en la escuela, con su familia y en su comunidad.



IV. Conocimientos a desarrollar

- ¿Qué es un mito?
- ¿Cuáles son los principales mitos sobre la anticoncepción en la adolescencia?



V. Minilección (Bibliografía)

Mitos sobre anticoncepción en la adolescencia

“Verdad o imaginación”

Un mito (del griego μῦθος, mythos, «relato», «cuento») es un relato tradicional que se refiere a acontecimientos prodigiosos, protagonizados por seres sobrenaturales o extraordinarios, tales como dioses, semidioses, héroes, monstruos o personajes fantásticos. Los mitos forman parte del sistema de creencias de una cultura o de una comunidad, la cual los considera historias verdaderas. Al conjunto de los mitos de una cultura se le denomina mitología. Cuanto mayor número de mitos y mayor complejidad tiene una mitología, mayor es el desarrollo de las creencias de una comunidad. La mitología sustenta la cosmovisión de una comunidad. Es el conjunto de opiniones y creencias que conforman la imagen o concepto general del mundo que tiene una persona, época o cultura, a partir de la cual la interpreta su propia naturaleza y la de todo lo existente. Una cosmovisión define nociones comunes, que se aplican a todos los campos de la vida, desde la política, la economía o la ciencia hasta la religión, la moral. Desde este punto de vista puede ser que los mitos sobre la anticoncepción sean diferentes en adolescentes de la Costa Caribe, que en adolescentes del Pacífico.

La mitología es una alternativa de explicación frente al mundo, recurre a la metáfora como herramienta creativa. Entonces, los relatos se adaptan y se transforman de acuerdo a quién los cuenta y el contexto en el que son transmitidos.

Es importante señalar que los mitos no solo son el resultado de la cultura popular, también son creados o reforzados intencionalmente con el fin de sustentar determinadas posturas u opiniones. Hay pequeños grupos de la sociedad, especialmente vinculados a algunas religiones que consideran que las relaciones sexuales tienen que estar siempre orientadas a la reproducción y que deben darse únicamente dentro del matrimonio. En consecuencia, cualquier mecanismo que impida este mandato se asume como una ofensa o como algo que no debería ocurrir. Esto lleva a que pequeños sectores que asumen estos principios piensen que los métodos anticonceptivos atentan contra esta forma de mirar la vida y en función de ello desarrollan determinadas campañas que tergiversan la información basada en evidencias científicas.

En algunos grupos de interés existe preocupación por el inicio sexual temprano de las (os) adolescentes y muchas veces por falta de información, o por garantizar que las relaciones sexuales sean realmente voluntarias, generan un temor infundado respecto de los métodos anticonceptivos durante la adolescencia, aduciendo efectos inexistentes. Sin embargo, no consideran los graves riesgos de una relación sexual no

protegida, de un embarazo precoz y de un parto a edad temprana.

En el país, las adolescentes hacen un aporte importante a la mortalidad materna y son ellas quienes probablemente sufrirán daños como resultado de un embarazo y parto en un momento de su vida en que no están preparadas para ello.

Todas las evidencias señalan que postergar el embarazo y el parto es fundamental no solo desde el punto de vista de la salud, sino también desde el enfoque social. Asimismo, está demostrada la total ineficacia de intervenciones en salud y educativas que solo promueven la abstinencia.³¹

- a) No usar ningún método, especialmente los denominados modernos. Desde su aparición, los métodos anticonceptivos han sido cuestionados y se ha negado su acceso a miles de adolescentes. Inicialmente los métodos anticonceptivos fueron culpabilizados de afectar la moral de las mujeres, de romper con los mandatos familiares de tener hijos, de promover las relaciones sexuales, entre otros aspectos.
- b) Atribuir a los anticonceptivos efectos adversos inexistentes o no comprobados. Este es el mecanismo que más se viene utilizando actualmente y que da origen a nuevos mitos, muchos de los cuales han sido descartados, pero a partir de su constante difusión y de presentarlos como “evidencias científicas” terminan por imponerse. El caso típico es el de la anticoncepción oral de emergencia y del DIU, que son acusados de “ser abortivos”.
- c) Promover la maternidad como una necesidad biológica y de salud de las mujeres. Algunos todavía siguen viendo como único destino de la mujer tener hijos, y al estigma social que significa para muchas no tenerlos, se añaden conceptos erróneos referidos a que las mujeres necesitan tener hijos para completar su desarrollo e incluso garantizar su salud.

Principales mitos sobre anticoncepción en la adolescencia

Anticonceptivos hormonales

Mito No. 1: Los anticonceptivos hormonales hacen engordar

Las pastillas anticonceptivas que se comercializan actualmente contienen una dosis baja de hormonas que no influyen en el peso corporal. Recientemente salieron al mercado pastillas anticonceptivas con un progestágeno de última generación, que tienen la particularidad de no incrementar el peso corporal e incluso puede ayudar a disminuirlo si hubiera retención de líquidos.

Mito No. 2: Las píldoras hacen crecer vellos y provocan acné

La píldora reduce la presencia de hormonas propias del hombre presentes en el organismo femenino, evita el crecimiento anormal del vello y la presencia de acné. Con frecuencia se le utiliza para tratar a mujeres con vello excesivo o problemas en piel (grasa y/o acné) de origen hormonal. Este tratamiento puede demorar algunos meses en hacer efecto por lo que se recomienda ser paciente en la espera de los resultados.

Mito No. 3: La píldora provoca infertilidad

No existe relación entre la ingesta de pastillas anticonceptivas y problemas de infertilidad. Los métodos anticonceptivos orales son reversibles al poco tiempo de suspenderlos (retorno a la ovulación de dos a tres meses). Si estás tomando píldoras y desea quedar embarazada deberá terminar normalmente hasta la última pastilla.

Mito No. 4: La píldora afecta los nervios de las mujeres y las pone de mal genio

³¹ K. Underhill, Montgomery P, Operario D. Sexual abstinence only programmes to prevent HIV infection in high income countries: systematic review. Centre for Evidence-Based Intervention, University of Oxford, 2007.

No hay evidencias de estos efectos y aunque las hormonas pueden alterar en algo el estado emocional, no son determinantes en los cambios de estado de ánimo.

Mito No. 5: El inyectable produce infertilidad

No es así. Está demostrado que algunas mujeres que lo usan pueden tomar un tiempo para restablecer su fecundidad, pero en la mayoría ésta retorna rápidamente.

Mito No. 6: Los métodos anticonceptivos que contienen hormonas producen cáncer

Está absolutamente comprobado que no es así, es más, los anticonceptivos hormonales previenen ciertos tipos de cáncer, como el de endometrio.

Mito No. 7: Los anticonceptivos hormonales dañan la salud

Por el contrario, ofrecen beneficios adicionales como: regulación del ciclo menstrual, reducen cólicos y sangrados, protegen contra la anemia, y disminuyen el riesgo de cáncer de ovario y endometrio. De ahí la importancia de consultar con un especialista que indique el mejor método para la adolescente.

Mito No. 8: Las pastillas anticonceptivas incrementan el deseo sexual

Las mujeres que consumen anticonceptivos orales presentan cambios positivos en su conducta sexual, incrementando su libido, orgasmos y satisfacción sexual, tanto en intensidad como en frecuencia, ya que tienen la certeza y tranquilidad de no quedar embarazadas.

Mito No. 9: Si la pastilla o inyección hace “daño” a la mujer, la puede utilizar el hombre

Algunos adolescentes tienen un gesto solidario con su novia, pero al utilizar el hombre las pastillas o inyección no se está previniendo el embarazo dado que estos métodos son hechos solamente para mujeres.

El DIU

Mito No. 1: El DIU produce cáncer de cuello

No hay ninguna evidencia al respecto. Son otros los factores desencadenantes del Cáncer de cuello uterino.

Mito No. 2: El DIU (Dispositivo Intrauterino) es abortivo

La acción de un DIU es el impedir la unión del óvulo con el espermatozoide (fecundación) con una eficacia anticonceptiva por arriba del 99% por lo tanto no se considera abortivo.

Mito No. 3: Si se sale embarazada con el DIU, el niño sale con el DIU en la mano

No hay posibilidad de que ello ocurra por la protección que ofrecen la placenta y las Membranas placentarias.

Mito No. 4: El DIU se puede mover y llegar a otros órganos del estómago

No hay ninguna evidencia, el útero no establece este tipo de comunicación con los órganos mencionados.

Mito No. 5: El hombre siente el DIU cuando tiene relaciones sexuales

No hay ninguna evidencia, a no ser que el DIU esté mal colocado.

Mito No. 6: Cuando el DIU se queda por mucho tiempo, perfora el útero

No hay ninguna evidencia que así lo demuestre. El pequeñísimo riesgo de perforación puede producirse en el momento de colocar el DIU, si se hace por una persona inexperta.

Mito No. 7: La mujer que no ha tenido hijos no puede utilizar el DIU

No es real, los DIU pueden ser usados por mujeres que no tienen hijos.

Mito No. 8: Solamente se coloca el DIU cuando la mujer está menstruando

En algunos lugares el personal de salud pone esta condición para asegurar que la mujer no está embarazada, lo que resulta relativo, pues puede haber embarazo y menstruación.

Mito No. 9: El DIU es un método irreversible

Es un método completamente reversible que ofrece alta eficacia durante cinco años, y ayuda a que el sangrado mensual sea más corto, ligero y con menos dolor.

Mito No. 10: El DIU puede producir dolores y reglas abundantes

Es probable que tenga una inflamación secundaria al uso de la T, por lo que debe ser evaluada por su ginecólogo para determinar una conducta al respecto.

Mito No. 11: El DIU atrae los rayos cuando hay tormentas eléctricas

Algunas adolescentes consideran que debido al material de cobre con que se fabrica el DIU pueden atraer la energía cuando llueve y hay tormentas, pero no hay evidencia sobre esto.

El preservativo o condón**Mito No. 1: El preservativo puede estar pinchado o romperse**

Suele hacerse responsable de la disminución del placer, se dice que el condón aprieta y que se rompe muy fácilmente. Los fabricantes someten a los preservativos a altos estándares de controles de calidad. La causa más frecuente de su ruptura, sin embargo, son los errores en la técnica de la colocación.

Mito No. 2: El preservativo se puede utilizar varias veces

Aunque en algunos lugares el condón femenino es reutilizable, no está recomendada esta forma de uso. En el caso del condón masculino no se recomienda de ninguna manera.

Mito No. 3: El preservativo disminuye el placer en el hombre y/o en la mujer

No hay evidencia de esto. En hombres y mujeres que se han acostumbrado al uso del condón, no se afecta el placer.

Mito No. 4: El preservativo es para personas promiscuas

El condón es para cualquier persona que quiera tener relaciones sexuales protegidas.

Mito No. 5: Si el pene es muy grande o grueso el preservativo se rompe

Los condones tienen una buena capacidad de adaptación al tamaño del pene, así lo permite su textura de látex.

Mito No. 6: El virus del VIH atraviesa el condón, por eso no protege del VIH

Los estudios de laboratorio han demostrado que los condones de látex ofrecen una barrera esencialmente impermeable al virus del VIH y algunas Infecciones de Transmisión Sexual. Los condones proporcionan diferentes niveles de protección según el tipo de ITS, esto dependerá de cómo se transmita la enfermedad.

Los condones evitan la transmisión y adquisición de las ITS al prevenir el contacto entre el pene de la persona que usa el condón y las secreciones genitales, la mucosa o la piel de la pareja sexual³².

Mito No. 7: Usar doble preservativo protege más del VIH

Usar doble condón es lo peor que puedes hacer porque la fricción puede hacer que uno o los dos se rompan. Esto aumenta la probabilidad de embarazarse, adquirir una ITS y el VIH.

Los métodos de abstinencia

Mito No. 1: El hombre no puede controlar sus deseos sexuales en los días de abstinencia

No hay ninguna evidencia, los hombres pueden controlar plenamente sus deseos sexuales siempre y cuando se lo propongan.

Mito No. 2: El coito interrumpido evita el embarazo

Este es un método no recomendable, en el mejor de los casos tiene un porcentaje de protección del 60%.

El coito interrumpido, o el famoso "eyacular fuera", es uno de los métodos anticonceptivos más antiguos, pero también uno de los menos seguros que existen. Todos saben que, para haber un embarazo, es necesario que haya un óvulo y un espermatozoide. Lo que pocas personas saben es que el semen no es el único medio a través del cual el hombre expulsa sus espermatozoides: el líquido lubricante producido por el hombre antes de la eyaculación también está lleno de espermatozoides y el hombre no tiene ningún control sobre su producción.

Para tener una idea del peligro, cada gota de este líquido, llamado "seminal", contiene cerca de 100.000 espermatozoides y, para haber fecundación, sólo es necesario uno. El coito interrumpido también presenta otro peligro, que es el del hombre no conseguir controlar la eyaculación y acabar eyaculando dentro de la mujer. Además de eso, este método puede dejar de lado mucho del placer del sexo, tanto por la tensión que crea como por la interrupción de la relación antes del final.

La lactancia materna

Mito No. 1: La lactancia es un método anticonceptivo

La lactancia se puede usar como anticoncepción cuando, después del parto, una mujer amamanta exclusivamente a su bebé. Eso significa que el bebé no consume nada más aparte de la leche materna. El acto de amamantar naturalmente cambia las hormonas de una mujer, y en consecuencia, no puede quedar embarazada.

Mito No. 2: No se puede tomar anticonceptivos durante la lactancia

Una alternativa de anticoncepción para las mujeres en la etapa de lactancia es la píldora *sin* estrógenos, compuesta únicamente de progesterona, que no modifica la cantidad ni la calidad de la leche materna; las dosis de hormonas son mínimas y no tiene efectos adversos en el bebé, por tanto carece de impacto en el crecimiento del lactante. Sin embargo, se pueden utilizar también la T de Cobre y el preservativo, que es el único método que protege de las Infecciones de Transmisión Sexual y el VIH.

Otro mito frecuente en adolescentes

En mujeres adolescentes no se recomienda el uso de anticonceptivos

Los anticonceptivos pueden usarse, desde el inicio de la vida sexual independiente de la edad. Sin embargo, por temor a ser descubiertos por los padres muchos prefieren arriesgarse sin protección.

³² Los condones y las ETS. Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos | Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. <http://www.cdc.gov/condomeffectiveness/spanish/latex.html>

La anticoncepción de emergencia³³

La anticoncepción de emergencia puede prevenir la mayoría de los embarazos cuando se usa después de una relación sexual. Se puede recurrir a la anticoncepción de emergencia después de una relación sexual sin protección; cuando falla la anticoncepción o el anticonceptivo se usa incorrectamente, y en caso de agresión sexual.

Mito No. 1: La anticoncepción de emergencia es abortiva

No es abortiva, funciona de diversas maneras, dependiendo en qué momento del ciclo menstrual se tome. Interfiere con el desplazamiento y función de los espermatozoides, la ovulación o la fertilización. No hay evidencia científica de que inhiba la implantación del óvulo fecundado al útero. En todo caso, si ya la mujer está embarazada, la Anticoncepción de Emergencia no va a interrumpir el embarazo, ni va a causar ningún daño al embrión.

Mito No. 2: La anticoncepción de emergencia puede ser usada regularmente

Sólo debe ser usada en casos de emergencia, ya que si lo mide frente a un método anticonceptivo regular, es una mala alternativa ya que no puede usar algo de emergencia en una actividad que ya está más menos planificada. Es mejor usar métodos regulares.

VI. Estrategias para aprender a pensar y actuar

Los y las adolescentes conformarán grupos de acuerdo a los distintos anticonceptivos y deberán escribir los mitos que más se escuchan en su comunidad con relación a cada método.

Grupo 1: Mitos sobre los métodos hormonales

Grupo 2: Mitos sobre el preservativo

Grupo 3: Mitos sobre la lactancia

Grupo 4: Mitos sobre la sexualidad y formas de prevenir el embarazo



VII. Aplicando lo aprendido

Dividir al grupo en dos equipos.

Cada equipo deberá elegir un “vocero”

El “vocero” hará una pregunta sobre algún mito al equipo contrario y deberá quedar satisfecho con la respuesta (Pregunta-Afirma). Por ejemplo, Mito que más te ha llamado la atención y cómo aclararías la información a otro (a) adolescente.



VIII. Evaluación de los aprendizajes

³³ Centro de prensa OPS. Julio 2012. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs244/es/>

Solicitar a los (as) participantes realizar una mesa redonda sobre los mitos. El representante de cada grupo que más se destaque en la actividad deberá presidir la mesa redonda. Los demás participantes harán preguntas: Cierto o Falso, por ejemplo: Cierto o falso que el condón interfiere con el placer sexual.

Para cerrar con el desarrollo del tema, pedir al grupo de EVALUACION que entregue la hoja de evaluación a los (as) participantes para su llenado.

“Martes ni te cases ni te embarques, ni de tu familia te apartes”

“La imaginación es más importante que el conocimiento”

Sub-Tema 5: Anticoncepción, es mi decisión

Creación de un ambiente favorable

1. Solicite al grupo de ANIMACION realizar la dinámica. Phillips 6–6. Explique que el objetivo de realizarla es obtener en un tiempo corto las ideas del grupo sobre el tema de anticoncepción en la adolescencia, buscando la participación de todos (as).
2. Pedir a los (as) participantes que se dividan en grupos de seis personas. Mediante la dinámica “Casa rentada”.
3. Para ello, se invita a las (os) participantes que se dividan en grupos de tres personas; dos se toman de las manos formando una “casa” y la tercera queda dentro. Cuando escuchen la orientación:
4. “Los inquilinos buscan casa rentada”, las personas que están dentro de la “casa” cambian de lugar en busca de una nueva “casa rentada”. Al decir “Las casas rentadas buscan nuevos inquilinos (as)”, en este momento se mueven las “casas” en busca de nuevos inquilinos (as) que puede ser uno, dos o más. Se concluye la dinámica de conformación de grupo cuando él o la facilitadora dice: “Las casas rentadas buscan 6 inquilinos”.
5. Cada grupo debe nombrar un coordinador que dirija el trabajo y, si es necesario un relator.
6. Plantear por el grupo de ANIMACION la pregunta ¿qué se nos viene a la mente con la palabra “anticoncepción en la adolescencia”? El grupo deberá discutir y llegar a una conclusión en 6 minutos.
7. Para esta actividad necesitará un reloj o un cronometro.
8. Después de los 6 minutos, solicitar a los grupos presentar sus conclusiones para dar inicio al tema.

Herramienta metodológica



I. Definiendo el problema

Decido o no decido.



II. El saber desde la vivencia

Realice en sub-grupos una lluvia de ideas con tarjetas sobre los diferentes métodos anticonceptivos. Escriba previamente en una tarjeta: abstinencia, condón, pastillas, DIU o T de cobre, métodos naturales.

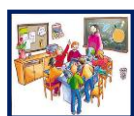
Se pide a los (as) participantes que conversen sobre lo que han escuchado, saben, sobre el método asignado, qué dice la gente sobre sus beneficios y desventajas y la forma en que se usa.

Aclare que no importa si la información que tienen es cierta o no, ya que después se va a aclarar todo lo que genere dudas.



III. Propósitos

- Las (os) participantes discuten sobre los distintos métodos de protección para prevenir el embarazo.
- Las (os) participantes reflexionan sobre las prácticas inadecuadas de protección que utilizan algunas (os) adolescentes.



IV. Conocimientos a desarrollar

- ¿Qué significa anticoncepción?
- ¿Cuáles son los anticonceptivos que hay en el país según la Normativa 095-Guía para la Atención Integral a los (as) adolescentes?
- ¿Cómo funcionan y cómo se usan los anticonceptivos?



V. Minilección (Bibliografía)

Tema: Anticoncepción, es mi decisión

La anticoncepción es el uso de anticonceptivos por un (a) adolescente o pareja de ellos (as), al inicio de su vida sexual o con vida sexual activa. La vida sexual generalmente es esporádica, no planificada o permanente. En general se promueven más los anticonceptivos modernos, por encima de los tradicionales debido a que la eficacia y seguridad es mayor.

Existen los criterios de elegibilidad recomendados por la Organización Mundial de la Salud que proporcionan un adecuado margen de seguridad para proteger a las mujeres de los posibles efectos adversos de los anticonceptivos. Ha sido elaborada para proporcionar una guía basada en evidencia, se han clasificado en categorías y recomendaciones las dos primeros para la decisión clínica de utilizar un método. Para tomar decisiones clínicas, el sistema codificado de 4 categorías puede simplificarse a un sistema de 2 categorías, como se muestra en el cuadro siguiente 34:

³⁴ N-095 Guía para la Atención Integral de las (os) adolescentes. Managua, Junio 2012.

CATEGORIAS DE LA OMS	CON DECISIÓN CLINICA	CON DECISION LIMITADA
1	Se puede usar el método en cualquier circunstancia	Se puede usar el método
2	Generalmente se puede usar el método	
3	Generalmente no se recomienda el uso del método a menos que no se disponga de otros métodos más apropiados o que los métodos disponibles no sean aceptables	No se debe usar el método; buscar otra alternativa
4	No debe usar el método	

La selección del método por él o la adolescente debe ser realizado mediante el proceso de Consejería brindada por el personal de salud y debe ir orientado a:

- Postergar el inicio de la actividad sexual
- Espaciar el intervalo intergenésico
- Prevenir embarazos
- Evitar Infecciones de Transmisión sexual, VIH y etapa avanzada del VIH

Las (os) adolescentes que tienen relaciones sexuales, sobre todo si son esporádicas o con diferentes parejas, es ideal que utilicen métodos de barrera en todas sus relaciones, o sea el condón o preservativo.

Para que él o la adolescente pueda escoger un método hay que considerar las siguientes características:

- Vida Sexual activa, esporádica o frecuente
- Cambios frecuentes de pareja sexual o varias parejas sexuales simultaneas
- Fertilidad no probada
- Paridad

En base a las características se pueden agrupar a las (os) adolescentes en:

Adolescentes (varones y mujeres) que no han iniciado su actividad sexual, el método ideal es la abstinencia y postergar el inicio de la vida sexual: es el método más eficaz para prevenir el embarazo y las ITS, no tiene efectos perjudiciales para la salud, puede incluir otras formas de expresión sexual como: abrazarse, frotarse el cuerpo, besarse, regalar una rosa, caricias.

Adolescentes que han iniciado su actividad sexual, en este caso, la anticoncepción si él o la adolescente tiene hijos está dirigida a retardar el segundo embarazo.

La primera opción son: métodos de barrera (condón masculino) más píldoras que contienen solo progestágenos.

La segunda opción son: métodos de barrera (condón masculino) más píldoras combinadas con alto contenido de estrógeno.

Para los hombres, la única opción es el método de barrera (condón masculino).

Si la adolescente se encuentra en el pos parto o puerperio, el método de elección es la Lactancia Amenorrea (MELA) y métodos de barrera (condón masculino). Otra alternativa es el uso del DIU y para el adolescente, el método de barrera (condón masculino).

Es importante recordar con relación a la anticoncepción en la adolescencia lo siguiente:

- La mayoría de los métodos anticonceptivos son para ser usados por mujeres; el condón es el único método disponible en el país para ser usado por el hombre. Hay muchos métodos de dónde escoger. Cada persona tiene el derecho a dar su consentimiento libre e informado en relación con el método a usar. Muchas parejas cooperan en la selección y uso

de su método.

- Ningún método anticonceptivo es perfecto. Cada método tiene sus propias características y niveles de mayor o menor efectividad. Algunos métodos tienen ciertas restricciones médicas.
- Solamente dos métodos, el condón masculino y el condón femenino, protegen contra las infecciones de transmisión sexual y el VIH.
- Algunos métodos, pero no todos, pueden afectar el placer o desempeño sexual.
- Algunos métodos son fáciles de obtener. Otros requieren una visita a la unidad de salud y pueden requerir un examen físico.
- Los métodos varían en su efectividad al prevenir el embarazo.
- Algunos métodos producen efectos secundarios para la salud de las adolescentes.
- El uso de algunos métodos puede detenerse en cualquier momento y volverse a iniciar fácilmente.
- Los métodos varían en su costo y disponibilidad. Pueden encontrarse en el Ministerio de Salud de manera gratuita, en las Organizaciones No Gubernamentales a un precio accesible para algunos (as) adolescentes y en farmacias.
- Con frecuencia, las personas experimentan con diferentes métodos para determinar cuáles funciona mejor.
- El personal de salud puede ofrecer información sobre los beneficios, desventajas y efectos secundarios de los diferentes métodos.
- Si la adolescente no se siente cómoda con un método, ella con su pareja pueden cambiar a un método diferente.
- Algunas personas eligen métodos anticonceptivos que ofrecen la mayor protección contra la infección. Estos métodos se insertan o colocan cada vez que la pareja tiene relaciones sexuales. Estos se llaman “métodos de barrera” porque crean una barrera entre el óvulo y el esperma, haciendo que sea imposible la fecundación.
- Algunas personas consideran que los condones reducen su placer sexual. Otras no piensan así, o sienten que este inconveniente es compensado por el hecho de tener protección contra un embarazo no deseado y las ITS (incluido el VIH).
- Para obtener protección extra, muchas parejas usan condones además de otro método anticonceptivo.
- Otro método utilizado es aprender las técnicas para identificar en cuáles días en su ciclo menstrual y ovulación tienen mayor probabilidad de ser fecundas (capaces de embarazarse). Hay una variedad de estas técnicas, las cuales reciben el nombre de “métodos basados en el conocimiento de la fecundidad”.
- Por ejemplo, una adolescente con su pareja pueden aprender a calcular sus días fértiles más probables con base en sus ciclos menstruales pasados. Ella puede observar también los cambios en su propio cuerpo, incluidos un cambio en la temperatura corporal y en la textura de la secreción mucosa de la vagina.
- Aprender a identificar el período fértil toma tiempo; la adolescente y su pareja tienen que aprender acerca del ciclo menstrual y practicar la observación y registro de los cambios cíclicos en el propio cuerpo.
- En los días fértiles del ciclo menstrual y ovulación, las parejas pueden usar un método anticonceptivo como el condón, o pueden evitar tener relaciones sexuales.
- El ciclo menstrual y de ovulación de cada mujer es diferente. Las hormonas, enfermedades y otros actores con frecuencia pueden perturbar la regularidad del ciclo. Las adolescentes de menor edad con frecuencia tienen ciclos irregulares, lo que dificulta el uso de estos métodos de manera efectiva.
- Muchas parejas encuentran que usar estos métodos de manera efectiva es difícil o inconveniente.

- Algunas parejas evitan el embarazo poniéndose de acuerdo para que el hombre retire el pene de la vagina de su pareja antes de eyacular (tener un orgasmo y liberar el semen). A esto se le llama “retiro”.
- Si se usa de manera apropiada y consistente, el retiro es efectivo para evitar el embarazo. El uso efectivo del retiro requiere de un alto grado de control y compromiso por parte del hombre. Por esta razón, las parejas que tratan de usar el retiro tienen más embarazos no planeados que las parejas usuarias de muchos otros métodos. El uso apropiado y consistente del retiro es frecuentemente un reto para adolescentes.
- Las (os) adolescentes eligen una forma definitiva de anticoncepción, ya que no desean más hijos, esto se hace a través de un procedimiento quirúrgico relativamente simple. Tanto las mujeres como los hombres pueden acceder a estos procedimientos.
- Una adolescente puede obtener protección contra el embarazo después de haber tenido una relación sexual, usando un método llamado “anticoncepción de emergencia”. La anticoncepción de emergencia es útil en casos en los que la pareja no usó un anticonceptivo, tuvo una falla del método (por ejemplo, como resultado de un condón roto), o cuando la adolescente tuvo relaciones sexuales forzadas.
- La anticoncepción de emergencia es bastante efectiva por hasta cinco días después de tener las relaciones sexuales sin protección. Pero funciona mejor mientras más pronto se use durante ese período posterior a la relación sexual.
- La forma más común de anticoncepción de emergencia contiene una dosis específica de hormona usada en muchos anticonceptivos orales. Es frecuente que las píldoras de anticoncepción de emergencia se empaquen específicamente para este propósito.
- En el país, el método está disponible sin receta médica. Sin embargo, su uso requiere de una indicación médica. No debe ser utilizado de forma frecuente .o como método de PF normal.

Método ⁶	¿En qué consiste?	¿Cómo funciona?	¿Cómo se usa?	Observaciones
MELA (Método Lactancia-Amenorrea)	Durante la lactancia la mujer no ovula, por lo tanto no se embaraza	Solo si no hay menstruación Solo si existe lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses postparto	Ofrecer pecho materno por lo menos 8 veces en 24 horas, de día y noche, inmediatamente después del parto	• Debe cumplir los dos requisitos de cómo funciona • No protege contra ITS/Vih-Sida • No protege en un periodo mayor de 6 meses
RITMO CALENDARIO	Consiste en NO tener relaciones sexuales durante los días fértiles de la mujer	La mujer debe tener ciclos regulares (cada 26 a 32 días) La mujer debe registrar los ciclos durante los últimos 6 meses	Observar los últimos 6 meses antes de usarlo Al ciclo más corto restarle 18 (Ej: 25-18=7) Al ciclo más largo restarle 11(Ej: 30-11=19) Significa que la adolescente NO debe tener relaciones sexuales en su periodo fértil (7º y 19º)	• No se recomienda en adolescencia temprana en que los ciclos son irregulares, por ejemplo durante la lactancia • No protege contra ITS/Vih-Sida • Alto riesgo de fracaso
CONDON O PRESERVATIVO MASCULINO	Bolsita o funda que se coloca en el pene erecto antes de una relación sexual	El condón cubre el pene durante la relación sexual, el semen eyaculado queda dentro del condón. Evita el contacto entre el pene-vagina y sus fluidos	Abrir el paquete cuidadosamente Desenrollar todo el condón hasta la base del pene erecto antes del contacto genital Después del coito, extraer el pene de la vagina cuando todavía este erecto y sostener el condón Se debe desechar inmediatamente después de usarlo	• No usar si se observa: envoltura dañada o rasgada, fecha de fabricación mayor a 5 años, esta decolorado, reseco o muy pegajoso • Es el único método que protege de embarazos no deseados, ITS/Vih-Sida; sin embargo esta protección no es del 100% • Es un buen método para la anticoncepción postparto o postaborto • Abastecer cantidad de preservativos según necesidades de/la adolescentes
DISPOSITIVO INTRAUTERINO (DIU)	Dispositivo que se coloca dentro del útero de la mujer no embarazada, en un servicio de salud por personal entrenado	DIU con cobre: provoca una modificación química que daña al espermato y al ovulo antes de su unión	El médico debe verificar su correcta colocación	• No protege contra ITS/Vih-Sida • Puede ser colocado después del parto • Puede dar una protección por 10 años Contraindicaciones: • Embarazo o sospecha de embarazo • Anomalías uterinas (menor de 8 cms) • Historia de enfermedad inflamatoria pélvica • Papanicolao anormal- Sangrados genitales anormales • Infecciones genitales

⁶ Norma y Protocolo de Planificación Familiar, Dirección General de Servicios de Salud, Managua 2009.

PILDORA ANTICONCEPTIVA	Es una pastilla que se toma la mujer diariamente durante el tiempo que desee evitar el embarazo La mujer debe pasar por una evaluación previa por el personal de salud	Evitan liberación del ovulo del ovario (ovulación) Provoca cambios en el moco cervical dificultando la entrada de los espermatozoides	Paquetes de 28 pastillas: - Comenzar en los primeros cinco días de la regla una pastilla diaria a la misma hora - Cuando toquen las pastillas de color café, ya debe haber venido la regla. Se acaban las de color café y se comienza a tomar otro paquete de pastillas (tienen hierro) Paquetes de 21 pastillas: - Comenzar a tomar el primer día de la regla, diario a la misma hora hasta acabar. - Iniciar un nuevo paquete, siete después	- Si se olvida por 2 días, tomar 1 pastilla en la mañana y otra por la noche por 2 días seguidos, continuar con el resto de la manera normal y usar además condón o tabletas vaginales hasta la próxima menstruación - Puede provocar sangrado vaginal entre periodos menstruales, náuseas dolor de cabeza leve, sensibilidad anormal en los senos - Se recomienda realizarse PAP y autoexamen de mama periódicamente - No protege de las ITS/Vih-Sida - Prevenir a la adolescente que la efectividad de estos anticonceptivos, puede disminuir ante el consumo de fármacos y alcohol. Contraindicaciones: - Problemas de hígado, vesícula, corazón, problemas vasculares, diabetes, migraña, presión alta, cáncer de mama o endometrio - Durante la lactancia
INYECTABLES (DEPO-PROVERA-TRIMESTRES y MESYGINA-MENSUAL)	Hormonas inyectables (progestageno-oprogesterona y estrígeno) No existe contraindicación para su uso dos años después de la menarquía (primera regla)	Impiden la ovulación Impide la fecundación Obstaculiza la penetración de los espermatozoides	- Vía intramuscular - Se puede comenzar en cualquier momento si no esta embarazada - Los inyectables mensuales se ponen entre 23 y 33 días después de la inyección anterior - El periodo menstrual se normaliza entre 2 y 6 meses después de suspendido el anticonceptivo	- Cambios en el sangrado menstrual, goteo o sangrado leve entre periodos o amenorea - Puede ocasionar cefalea, aumento de sensibilidad en las mamas, cambios de humor, náuseas, disminución del deseo sexual, acné - No se recomienda en caso de hipertensión, problemas del corazón, hígado o hemorragias - Dan protección por un mes (mensuales) y por tres meses (trimestrales) - No protege contras las ITS/Vih-Sida
ANTICONCEPCION DE EMERGENCIA	Previene el embarazo hasta 72 horas después de haber tenido relaciones sexuales sin protección	- Impide la ovulación - Obstaculiza la penetración de los espermatozoides	- No deben transcurrir mas de 3 días después del coito sin protección - Tomar los dos comprimidos juntos	- Mareos, náuseas, vómitos, dolor abdominal, fatiga, cefalea, sensibilidad en las mamas, sangrado vaginal irregular - Recomendado en caso de violación - No protege contras las ITS/Vih-Sida - No debe usarse de forma continua



VI. Estrategias para aprender a pensar y actuar

Los (as) adolescentes en grupo, ahora después de la presentación o lectura de la Minilección revisarán las preguntas que respondieron inicialmente y deberán compartir nuevamente:

- ¿En qué consiste el método?
- ¿Cómo se utiliza correctamente?
- ¿Qué tan recomendable es para los (as) adolescentes? ¿Por qué?



VII. Aplicando lo aprendido

Los y las adolescentes conformarán grupos de acuerdo a los distintos anticonceptivos y deberán completar la frase, si me tocara decidir, por algún anticonceptivo, decidiría por: _____, debido a que _____.

Se solicitará a voluntarias (os) que compartan sus reflexiones (hombres y mujeres).



VIII. Evaluación de los aprendizajes

Solicitar al grupo que llene su crucigrama y comparta cuales fueron los anticonceptivos encontrados.

Para cerrar con el desarrollo del tema, pedir al grupo de COLABORACION que entregue la hoja de evaluación a los (as) participantes para su llenado.

1									P										
2									R										
3									E										
4									S										
5									E										
6									R										
7									V										
8									A										
9									T										
10									I										
11									V										
12									O										
13									S										

1. Para ser efectiva, debe tomarse todos los días a la misma hora
2. Para usar un método anticonceptivo la pareja debe ponerse de....
3. Después de una pequeña operación, esta persona no podrá tener hijos/as
4. Producto químico que destruye e inmoviliza los espermatozoides impidiendo así el embarazo.
5. Conjunto de métodos que permiten identificar el período fértil y evitan el embarazo sin utilizar medios artificiales.
6. Cualidad necesaria para decidir tener un hijo o hija.
7. Consiste en cortar o ligar los conductos diferentes en el hombre.
8. Consiste en ligar y cortar las trompas de Falopio. También conocida como la "operación de la mujer".
9. Aparato o dis positivo que se coloca en el útero de la mujer como anticonceptivo.
10. Diferentes tipos de aparatos que colocados en el útero de la mujer impiden el embarazo.
11. Para qye un método sea _____ la pareja debe utilizarlo correctamente.
12. Bolsita de látex que se coloca sobre el pene erecto.
13. Decisión de una pareja de no tener relaciones sexuales.

Respuestas en Anexos

Tercer Tema: ITS, VIH-Sida

Sub-Tema 1: Mitos y creencias sobre las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) “Mito y Realidad”.

Sub-Tema 2: Identificando y previniendo las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS).

Sub-Tema 3: VIH y Sida “La diferencia”.

Sub-Tema 4: Situación del VIH y Sida en Nicaragua “Me afecta o no me afecta”.

Sub-Tema 5: VIH y Derechos Humanos “Respeto o Indiferencia”.

Sub-Tema 6: Estigma y Discriminación “Aceptación sin condición”.

Sub-Tema 7: VIH y Violencia “Dos caras, una misma moneda”.

Sub-Tema 8: Previniendo el VIH “Yo sí puedo”.

Sub-Tema 1: Mitos y creencias sobre las ITS “Mito y realidad”

Creación de un ambiente favorable

Tiempo estimado: 10 minutos

1. Pida a los participantes que se paren en un círculo o en una fila.
2. Piense de antemano en una frase para susurrar, tal como, “¿A cuántos adolescentes les gusta levantarse temprano?” o “Quisiera poder caminar hacia el río” u otra frase.
3. Susurre esta frase tranquilamente a la persona a su derecha.
4. Esta persona a su vez la susurra a la persona que está a su derecha y así sucesivamente por todo el círculo. Cada persona deberá susurrar solamente lo que oyó y no podrá pedir que le repitan la frase.
5. Finalmente, cuando la frase haya sido susurrada por todo el círculo, la persona a su izquierda deberá ser la última que la reciba.
6. Pregúntele que la diga en voz alta. Entonces, anuncie al grupo lo que usted dijo originalmente. ¡La frase original usualmente es muy diferente al producto final!
7. Promueva un diálogo, sobre ¿cómo este ejercicio se relaciona con los mitos?; ¿de dónde nacen los mitos?; ¿qué podemos hacer para evitar su transmisión?

Herramienta metodológica



I. Definiendo el problema

Comente con los y las adolescentes que una adolescente de una comunidad lejana, del área rural, se dirige al grupo para que le expliquen ¿qué son las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS)?



II. El saber desde la vivencia

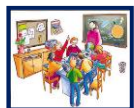
Solicitarles que respondan a la pregunta realizada.

- ¿Han escuchado hablar de las ITS?
- ¿Qué han escuchado decir al respecto?
- ¿Cómo se transmiten?
- ¿Cómo se pueden prevenir?
- ¿Qué es un mito?



III. Propósitos

Los (as) adolescentes identifican y aclaran mitos, creencias relacionadas con las Infecciones de Transmisión Sexual.



IV. Conocimientos a desarrollar

- Concepto de mitos
- Mitos y creencias sobre las infecciones de transmisión sexual
- Definición de Infecciones de Transmisión Sexual



V. Minilección (Bibliografía)

Mitos en salud sexual y reproductiva

Los mitos forman parte del sistema de creencias de una cultura o de una comunidad, la cual los considera historias verdaderas y se transmiten de una generación a otra. Son creencias erróneas nacidas de la falta de información y el temor a hablar sobre el tema de sexualidad con los (as) adolescentes. Los mitos relacionados con las ITS, causan sentimientos de culpa, angustia, incomprensión e insatisfacción sexual. Es por eso la importancia de aclarar los mitos, para que los y las adolescentes tengan información veraz, que les ayude a informar a otros (as) adolescentes.

Con relación a las ITS existen muchos mitos relacionados con su forma de transmisión y prevención. Entre los principales mitos se destacan:

Mito: La primera vez es imposible adquirir una ITS.

Realidad: Mientras los y las adolescentes tengan relaciones sexuales (vaginal, oral o anal) con otra persona que tenga una ITS, se corre el riesgo de adquirirla. Con un solo encuentro sexual de tipo vaginal se puede adquirir, no

importa qué número de vez sea.

Mito: Solo las personas promiscuas contraen ITS.

Realidad: Las ITS no discriminan, las pueden adquirir las adolescentes que son fieles a su pareja si su pareja es infiel y no utiliza condón en cada relación sexual.

Mito: Si me lavo después de tener relaciones sexuales, se evita una ITS.

Realidad: Los genitales femeninos están en contacto frecuente con secreciones vaginales, orina, menstruación y sudor, y al ser una zona poco ventilada, la humedad generada no se evapora por completo, lo que incrementa la posibilidad de adquirir una ITS. Sin embargo, los virus, hongos, pueden permanecer en el organismo aun habiéndose lavado los genitales. La higiene es muy importante, pero no previene las ITS.

Mito: Si la pareja tiene una ITS, lo notarás.

Realidad: A menudo, las personas que tienen una ITS no presentan ningún señal, por lo que algunos (as) adolescentes pueden tener una ITS y no saber, hasta que se presentan algunas complicaciones como la infertilidad (imposibilidad de lograr un embarazo).

Mito: Puedes evitar las ITS teniendo sexo anal u oral.

Realidad: Si tienes sexo (oral, anal, vaginal o solo contacto sexual), puedes adquirir una ITS. Los virus o las bacterias que ocasionan las ITS pueden ingresar al organismo a través de pequeños cortes o desgarros en la boca y el ano, así como también en los genitales. Algunas ITS, como el herpes o las verrugas genitales, pueden transmitirse a través del contacto de la piel con una zona infectada o con úlceras. ¿Qué pueden hacer? Usar condón, siempre en cada relación sexual.

Mito: Si ya tuviste una ITS, no puedes contraerla nuevamente.

Realidad: Puedes contraer algunas ITS más de una vez. Algunas ITS duran toda la vida, como el herpes y el VIH. Otras, como la clamidia y la gonorrea, pueden tratarse, pero pueden adquirirse nuevamente si se tiene relaciones sexuales con alguien que las tenga. ¿Qué pueden hacer? ¡Protegerse con condones! Y si mantienen relaciones sexuales, hay que realizarse chequeos periódicamente. Si, de hecho, se diagnostica una ITS, se debe recibir tratamiento en **pareja**, al mismo tiempo. De esa manera, evitarán volver a adquirirla.

Mito: Si te realizas los exámenes y no tienes una ITS, tu pareja no necesita realizárselos.

Realidad: La pareja podría tener una ITS y no saberlo. En este caso, es conveniente realizarse los exámenes juntos. Puede no ser una cita romántica, pero nada demostrará más que esa persona le importa cómo tratar de protegerla de adquirir una enfermedad. Las ITS son un problema de salud grave. Si no se las trata a tiempo, algunas, pueden causar daños permanentes, tales como infertilidad e incluso la muerte, como es el caso del VIH.

Mito: La ITS se pueden adquirir al sentarse en los inodoros

Realidad: La verdad es que los asientos de los baños no proveen el ambiente propicio para que sobrevivan los organismos que producen las ITS, por lo que no es posible adquirirla de esta manera.

Soy una joven responsable

- Mi cuerpo es templo, no un juguete.
- El primer "No" resultará difícil, después se hace más fácil.
- Mis padres han hecho mucho por mí, me comportaré de modo que siempre se sientan orgullosos de mí.
- Si decido tener relaciones sexuales sin protección, asumiré los riesgos de mi decisión.
- Utilizaré siempre un condón en cada relación sexual.

Soy un joven responsable:

- Respetaré a mi novia como espero que otros hombres respeten a mi hermana.
- Respetaré su feminidad porque mi madre es mujer. No le pediré a mi novia que haga algo de lo que pueda luego avergonzarme si mi madre llegara a enterarse.
- Mi novia me ha dado el honor y el placer de su compañía; no es correcto que yo espere más en pago por esta invitación.
- La hombría es entereza tanto física como de carácter. Perder el control de sí mismo es señal de debilidad, quiero que ella sepa que soy un hombre.
- Si decido tener relaciones sexuales sin protección, asumiré los riesgos de mi decisión.
- Utilizaré siempre un condón en cada relación sexual.

Las infecciones de transmisión sexual son infecciones causadas por bacterias o virus. Se transmiten a través de las relaciones sexuales (vagina-pene); orales (boca-vagina; boca-pene) y/o anales (pene-ano). También se pueden transmitir por medio de la madre al niño (a) durante el embarazo, el parto o la lactancia, o por vía sanguínea, como el VIH y la hepatitis B; o al compartir infecciones incluyen la clamidia, la sífilis y la gonorrea. El VIH y la hepatitis viral son los tipos más comunes de infecciones de transmisión sexual.

Las ITS no se transmiten a través de los besos, abrazos, sudor, lágrimas o picaduras de insectos.



VI. Estrategias para aprender a pensar y actuar

Tiempo Estimado: 40 minutos

Conformar tres sub grupos y entregar a cada grupo un caso.

Caso No. 1

Ana es estudiante de secundaria, acude a la Casa Municipal de Adolescentes con mucha frecuencia. Hace poco, nos enteramos que había adquirido una ITS, ella dice que fue después de sentarse en el baño de su colegio.

- a) ¿Qué piensan de esta historia?
- b) ¿Si fueran amigos de Ana, que le dirían?
- c) ¿Si fueras Ana, qué te gustaría que tus amigos (as) hicieran por vos?

Caso No. 2

Luis y María Isabel son novios. Ellos han tenido relaciones sexuales sin protección desde hace seis meses. Luis se lo ha contado a su mejor amigo, Juan y María Isabel, a su mejor amiga, Amanda.

- a) ¿Qué piensan que le dice Juan a Luis?
- b) ¿Qué piensan que le dice Amanda a María Isabel?

- c) ¿Creen que es diferente la forma de percibir las ITS por hombres y mujeres?
- d) ¿Qué dirían los (as) adolescentes de nuestras comunidades en situaciones como estas?

Caso No. 3

Carlos es muy popular. Tiene muchas novias y todos lo admiran por ser el “gran conquistador”. Hace unos días conversó en el grupo que tenía secreción en sus genitales, pero que no iba al centro de salud, porque ya le había tenido una infección de transmisión sexual y no podía volver a tener otra.

- a) ¿Qué piensan de Carlos?
- b) ¿Qué dirían a Carlos sobre lo que piensa?
- c) ¿Cuáles son los mitos más frecuentes que has escuchado en tu comunidad, sobre las ITS?



VII. Aplicando lo aprendido

Tiempo estimado: 10 minutos

Se pedirá a los (as) participantes que con escriba una pregunta en un recuadro de papel y se la haga al compañero (a) que tienen a su derecha. El o la adolescente de la derecha, deberá responder la pregunta. Una vez respondida la pregunta, deberá ser escrita en un papel y entregarla a los facilitadores.



VIII. Evaluación

Tiempo estimado: 15 minutos

Solicitar a los (as) participantes realice la siguiente actividad de la hoja.

Marque verdadero o falso según corresponda y justifique su respuesta.

	Verdadero	Falso	¿Por qué?
Las ITS no son un problema de salud			
Las ITS se transmiten a través de las relaciones sexuales			
El VIH es una ITS			
Las ITS se transmiten al sentarse en los baños públicos			
Las ITS NO se transmiten al dar la mano			

Respuestas: a (v); b (f); c (v); d (v); e (f); f (f)

Sub-Tema 2: Identificando y previniendo las ITS

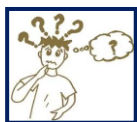
Creación de un ambiente favorable

Tiempo estimado: 15 minutos

1. Para esta dinámica se necesitan de 5 a 10 condones, pedazos de papel con una pregunta sobre las Infecciones de Transmisión Sexual y los condones, escrita en cada uno. También puede incluir algo de música (tocacintas, radio, etc.).
2. Antes de la sesión, escriba una pregunta en un pedazo de papel; doble el papel bien pequeño y póngalo dentro de uno de los condones; sopla el condón y amárrelo como un globo.
3. Haga esto según la cantidad de condones que le gustaría tener en el juego.
4. Haga que los (as) adolescentes se paren en un círculo.
5. Pase uno de los “globos” a un participante.
6. Explique que usted hará sonar algo de música y los (as) participantes deberán pasarse el “globo” alrededor del círculo de la forma que deseen—pasándolo a la persona que le queda al lado, bateándolo por el aire a la próxima persona, bailando con él, etc.
7. Cuando la música se detenga, la persona que sostenga el globo-condón deberá romperlo, sacar la pregunta y contestarla.
8. Después de discutir la respuesta correcta, comience a colocar de nuevo la música y repita todo el proceso.
9. Cuando los (as) adolescentes encuentren difícil romper el condón, asegúrese de señalar ¡lo fuerte que es!
10. Para cerrar esta actividad pregunte:
 - ¿Cuántas Infecciones de Transmisión Sexual conocen?
 - ¿Cuáles son las más comunes en adolescentes?
 - ¿Cuántas veces se debería usar un condón?

Herramienta metodológica

Tiempo estimado: 15 minutos



I. Definiendo el problema

Realice la lectura del siguiente caso:

“Xiomara y Alejandro se conocieron en una fiesta. Dicen que después de salir con frecuencia tuvieron relaciones sexuales. Hace pocos días Alejandro observó que por su pene salía un líquido amarillento (pus), además, sentía ardor al orinar. Conversó con Xiomara sobre esta situación y ella le comentó que después de haber tenido relaciones sexuales con él, ha tenido dolor pélvico (en el bajo vientre), además de un mal olor en sus genitales.”



III. El saber desde la vivencia

Preguntar a los y las participantes.

1. ¿Qué piensan de la historia de Xiomara y Alejandro?
2. ¿Conocen a alguien que haya tenido una ITS?
3. ¿Qué harían en el caso de Xiomara?
4. ¿Qué harían si fueran Alejandro?



III. Propósitos

Los (as) adolescentes identifican las características generales de las Infecciones de Transmisión Sexual, las formas de presentación en hombres y mujeres, haciendo énfasis en las medidas de protección para prevenir su transmisión.



IV. Conocimientos a desarrollar

- Características de las ITS
- Medidas de prevención de las ITS
- Principales complicaciones de las ITS



V. Minilección (Bibliografía)

Identificando y previniendo las ITS

“Yo me cuido”

Las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), son las que se transmiten al tener relaciones sexuales sin protección. Hay más de 30 bacterias, virus y parásitos que pueden causar enfermedades crónicas, SIDA,

complicaciones durante el embarazo, infertilidad, cáncer cérvico uterino y muerte.

Una de las infecciones más frecuente en la actualidad, de la que existe muy poca información, es el Virus del Papiloma Humano (VPH).

¿Qué es la infección genital por el VPH?³⁵

El virus del papiloma humano genital (también conocido como VPH) es la infección de transmisión sexual (ITS) más frecuente. Hay más de 40 tipos de VPH que pueden infectar las zonas genitales de los hombres y las mujeres. Estos tipos de VPH también pueden infectar la boca y la garganta.

El VPH puede causar problemas de salud graves como las verrugas genitales y ciertos cánceres. No hay una manera determinada para decir quién tendrá problemas de salud causados por el VPH y quién no. En la mayoría de los casos, el VPH desaparece por sí solo antes de que cause cualquier problema de salud y la mayoría de las personas infectadas por el VPH ni siquiera saben que lo tienen.

El VPH no es igual al virus del herpes o al VIH (el virus que causa el sida). Todos estos virus se pueden transmitir durante el contacto sexual, pero tienen síntomas distintos y causan problemas de salud diferentes.

¿Quién tiene riesgo de contraer el VPH?

Cualquier persona que tenga (o que haya tenido) relaciones sexuales puede contraer el VPH. El VPH es tan común que casi todos los hombres y mujeres sexualmente activos lo contraen en algún momento de su vida. Esto es cierto incluso para aquellos que solamente tienen relaciones sexuales con una sola persona en su vida.

¿Cómo se contrae el VPH?

El VPH se transmite por contacto genital, más a menudo por relaciones sexuales vaginales y anales. El VPH también se puede transmitir durante las relaciones sexuales orales y el contacto entre los genitales. El VPH se puede transmitir entre parejas heterosexuales y homosexuales, aun cuando la persona que tiene el virus no tenga signos ni síntomas.

La mayoría de las personas no se dan cuenta de que lo están ni de que le están transmitiendo el VPH a su pareja sexual. Una persona todavía puede tener el VPH incluso si han pasado años desde que tuvo contacto sexual con alguien que lo había adquirido.

¿Cuáles son los posibles problemas de salud causados por el VPH?

La mayoría de las personas que tienen el VPH nunca presentan síntomas ni problemas de salud. La mayoría de las infecciones por el VPH (90 %) desaparecen por sí solas dentro de dos años. Pero algunas veces, las infecciones por el VPH permanecen y pueden causar una variedad de problemas de salud graves. Los problemas de salud que el VPH puede causar incluyen:

- verrugas genitales (verrugas en las áreas genitales);
- papilomatosis respiratoria recurrente (PRR), una afección poco frecuente en la que se forman verrugas en la garganta;
- cáncer de cuello uterino (cáncer en el cuello del útero de la mujer), y
- otros cánceres menos frecuentes, pero graves, incluidos cánceres genitales (cáncer de vulva, vagina, pene o ano) y un tipo de cáncer de cabeza y cuello llamado cáncer bucofaríngeo (cáncer en la parte de atrás de la garganta, incluida la base de la lengua y las amígdalas).

³⁵ <http://www.cdc.gov/std/spanish/stdfact-hpv-s.htm>. Página modificada el 15 de mayo de 2013.

Signos y síntomas de los problemas de salud causados por el VPH:

Las **verrugas genitales** por lo general aparecen en las zonas genitales como un granito o grupo de granitos. Las verrugas genitales pueden ser pequeñas o grandes, planas o elevadas, o en forma de coliflor. Por lo general, los proveedores de atención médica pueden diagnosticarlas al mirar la zona genital. Las verrugas pueden aparecer semanas o meses después del contacto sexual con una pareja infectada, aun cuando esta persona no tenga signos de verrugas genitales. Si no se tratan, pueden desaparecer, quedarse igual o aumentar en tamaño y en número. Los tipos de VPH que pueden causar verrugas genitales no son los mismos que los que pueden causar cáncer.

El **cáncer de cuello uterino** por lo general no presenta síntomas hasta que está en una etapa avanzada. Por esta razón, es importante que las mujeres se realicen periódicamente pruebas de detección del cáncer de cuello uterino, como el papanicolaou.

Existen otros tipos de Infecciones de Transmisión sexual que se detallan a continuación.

Características de las ITS	
En el hombre	En la mujer
Salida de pus o secreción amarillenta por el pene. “Seca” o bulto en la región inguinal Úlcera, llaga o herida en el pene y testículos o cerca de ellos. Verrugas en el pene, testículos, pubis, ano o cerca de estas partes del cuerpo. Picazón en los genitales externos.	Flujo vaginal o descenso vaginal anormal de color verde, amarillo, blanco, grumoso, con mal olor. Dolor abdominal bajo. Dolor en las relaciones sexuales. Úlcera, llaga o herida en genitales, vagina, labios mayores o menores, ano o zonas cercanas. Molestia o dolor durante el coito. Ardor y/o dolor al orinar. Picazón en los genitales externos.
Medidas para prevenir las ITS - Retrasar el inicio de las relaciones sexuales. - Abstenerse de tener relaciones sexuales. - Protegerse al tener relaciones sexuales (utilizar el condón). - Mantener una sola pareja (fidelidad mutua).	

Complicaciones de las ITS

Hombres	Mujeres	Niños
- Orquiepididimitis - Estenosis uretral - Infertilidad - Cáncer de ano o pene - Demencia	- Cáncer cervical - Parto prematuro - Enfermedad pélvica inflamatoria (EPI) - Abortos - Dolor pélvico crónico - Infertilidad - Esterilidad - Embarazo ectópico - Infecciones postparto - Mortalidad materna	- Bajo peso al nacer - Mortalidad perinatal - Malformaciones congénitas - Daño ocular, pulmonar, óseo, neurológico. - Muerte perinatal

Realizados por los Drs. Carlos Cruz y Ubaldo Ramos



VI. Estrategias para aprender a pensar y actuar

Tiempo Estimado: 30 minutos

Dividir al grupo en cinco grupos, en dependencia de los (as) participantes.

¿Cuáles son las ITS que conocen?	¿Cuáles se presentan más en los (as) adolescentes que conocen?	¿Cómo se pueden evitar?



VII. Aplicando lo aprendido

Tiempo estimado: 20 minutos

Se pedirá a los (as) participantes que elaboren mensajes educativos para adolescentes, en los que describan los aspectos abordados. Los mensajes deben ser elaborados en forma de murales y colocarlos en la pared.



VIII. Evaluación

Tiempo estimado: 15 minutos

- ¿Qué características te indican la presencia de una ITS?
- ¿Qué debería hacer el/la adolescente ante la sospecha de una ITS?



VIII. Evaluación

Tiempo estimado: 15 minutos

¿Por qué crees que se aconseja siempre a los (as) adolescentes a retrasar o postergar las relaciones sexuales?

¿Cuáles son las formas de prevención para evitar una ITS?

Sub-Tema 3: VIH y Sida “La diferencia”

Creación de un ambiente favorable

Tiempo estimado: 15 minutos

1. Divida al grupo en cuatro equipos.
2. Escriba en una tarjeta las siguientes palabras:
 - ⌘ “pasen la bola”
 - ⌘ “saquen al árbitro”
 - ⌘ “penal”
 - ⌘ “buena jugada”
3. Entregue a cada equipo una tarjeta.
4. Diga que cuando usted señale a un equipo, este debe gritar su frase, y cuando usted levante las dos manos, deberán gritar **“GOL”**.
5. Una vez se haya logrado una buena animación se pide a los (as) participantes “cuchichear” sobre el VIH y el Sida. ¿Qué viene a su mente al escuchar estas dos palabras?
6. Habiendo conversado en los grupos sobre el tema, pueden presentar en imágenes, canciones, lema y carta a un amigo (a), sus conclusiones. Por ejemplo, el grupo No.1, “pasen la bola”, presentará en dibujo, lo que conversaron en el grupo sobre el tema. El grupo No.2, “saquen al árbitro” deberán escribir la letra de una canción conforme a lo que el grupo conversó; el grupo No. 3, “penal” deberá presentar su conclusión de lo que discutieron en el grupo, mediante la elaboración de un lema y el grupo No. 4, “buena jugada” realizará una carta a un amigo (a) abordando lo que se conversó en el grupo.
7. Pida un aplauso para cada grupo que vaya pasando.

Herramienta metodológica



I. Definiendo el problema

Tiempo estimado: 10 minutos

“Un adolescente pregunta ¿qué es el VIH y sida? Y pide que le expliques que significa”



II. El saber desde la vivencia

Preguntar a los (as) participantes.

1. ¿Qué han escuchado sobre el VIH y el sida?
2. ¿Qué significa VIH?
3. ¿Qué significa Sida?
4. ¿Cuál es la diferencia entre VIH y Sida?
5. ¿Por qué consideran importante hablar sobre este tema entre adolescentes?



III. Propósitos

Los (as) adolescentes definirán lo que significa VIH y lo que significa Sida.



IV. Conocimientos a desarrollar

- ⌘ Definición de VIH y de Sida
- ⌘ Diferencias entre VIH y Sida
- ⌘ Vías de transmisión
- ⌘ Formas de prevención



V. Minilección (Bibliografía)

VIH y Sida

“La diferencia”

Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH)

V Virus: microorganismos que invaden las células humanas.

I Inmunodeficiencia: el virus destruye las células que tienen las personas para protegerse de las infecciones (sistema inmunológico).

H Humana: el virus sólo afecta a seres humanos.

Una vez que el VIH entra en el organismo puede permanecer un tiempo sin que la persona que lo ha adquirido note algún cambio. Desde ese momento la persona es seropositiva (VIH positiva), es decir, tiene el virus en su sangre y puede transmitirlo aunque no tenga ningún síntoma y se vea sana.

Luego de un período que puede variar entre dos y diez años, si la persona que ha adquirido el VIH, no ha recibido tratamiento antirretroviral, empieza a presentar diferentes enfermedades, a partir de este momento, se dice que la persona tiene Sida, o está en la etapa avanzada del VIH.

Si la persona que tienen VIH no busca apoyo, atención y tratamiento de manera oportuna, el VIH continúa su curso hasta llegar a la etapa avanzada del VIH o Sida. Actualmente existe la Terapia Antirretroviral (TAR), que si bien NO CURA de la etapa avanzada del VIH o Sida, ayuda a que las personas que la toman y poseen una buena adherencia vivan más tiempo y con mejores condiciones de vida, reduciendo las muertes a causa del Sida.

Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (Sida)

S Síndrome, porque cuando alguien se enferma de **sida** puede padecer de diferentes enfermedades e infecciones y no de una sola enfermedad.

I Inmuno, porque afecta el sistema de defensa o inmunológico del cuerpo, la parte del cuerpo que usualmente trabaja para protegernos de infecciones y enfermedades.

D Deficiencia, porque hace que el sistema inmunológico sea deficiente, es decir, que no trabaje haciendo su función de defensa de nuestro cuerpo.

A Adquirida, porque la persona la adquiere, no se hereda.

El VIH y su estado avanzado denominado Sida tiene graves consecuencias, no solo para quienes lo tiene sino también para sus familiares, personas allegadas, amistades, comunidades y países.

Cómo se transmite el Virus de Inmunodeficiencia Humana

Relaciones sexuales anales, vaginales u orales, sin protección, es decir sin uso del condón. Es la forma de transmisión más frecuente en el país.

Sanguínea, por transfusiones, trasplantes o contacto con agujas, y otros instrumentos punzantes contaminados con sangre infectada.

De la madre a su hijo, durante el embarazo, el parto o la lactancia materna.

Además de los medios de transmisión, es conveniente conocer algunos factores que aumentan las probabilidades de adquirir tanto las infecciones de transmisión sexual como el VIH, entre estos, se encuentran:³⁶

Factores biológicos:

- ⌘ **Edad.** Las y los adolescentes poseen mayor riesgo cuando inician su actividad sexual en la adolescencia temprana o tardía. En las mujeres adolescentes la mucosa vaginal y el tejido cervical es inmaduro, lo que las vuelve más vulnerables a las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS).
- ⌘ **Estado inmunológico.** El estado inmunológico del huésped y la virulencia del agente infeccioso afectan la transmisión de las ITS. Las ITS aumentan el riesgo de transmisión de VIH, pero también el VIH facilita la transmisión de las ITS y agrava las complicaciones de las mismas, ya que debilita el sistema inmunológico.
- ⌘ **Tipo de relación sexual.** El VIH y las ITS pueden entrar al organismo con mucha mayor facilidad a través de las mucosas de la vagina, recto o boca, que por la piel. Dado que en las mujeres la superficie mucosa de la vagina es más grande, ellas pueden adquirir el virus o una ITS más fácilmente. Los hombres y mujeres que tienen coito anal, debido a la exposición de la mucosa rectal

³⁶ Guía de prevención, diagnóstico y tratamiento de las ITS. *Dirigida a personal de servicios de salud*. Primera edición, 2011. Fundación Mexicana para la Salud A.C. México, D.F.

también tienen más posibilidades de infectarse.

- ✘ Durante el coito, la pareja receptora (hombre o mujer) por lo general se encuentra más expuesta a las secreciones genitales en cuanto a cantidad y duración de la exposición. La falta de lubricación, así como una mayor vascularización de la zona, pueden facilitar lesiones o el ingreso de infecciones; como sucede en el cuello uterino con los cambios que se presentan durante el ciclo menstrual, el uso de hormonas o ante la presencia de hemorroides en el recto u otra patología anorrectal.

Factores conductuales:

Las conductas que aumentan el riesgo de infección son:

- ✘ Tener relaciones sexuales bajo el efecto del alcohol u otras drogas
- ✘ Tener varias parejas sexuales simultáneas.
- ✘ Cambiar frecuentemente de parejas sexuales.
- ✘ Mantener contacto sexual con parejas “casuales”, trabajadoras y/o trabajadores sexuales o sus clientes sin protección.
- ✘ Compartir juguetes sexuales sin limpieza adecuada previa, que se utilicen en vagina, ano/recto o boca.
- ✘ Haber tenido una ITS durante el último año, ya que se corre el riesgo de volver a contraer la infección si no se modifica la conducta sexual.
- ✘ Tener relaciones sexuales bajo coerción o violencia.

Factores sociales:

- ✘ **Diferencias de poder.** En una relación sexual cuando existen jerarquías, poder económico, diferencias de edad o aspectos culturales que establecen discriminación hacia un grupo de la población se dan diferencias de poder que ponen en desventaja a una de los dos que conforman la pareja. En nuestra cultura, las mujeres, principalmente las adolescentes, toman pocas decisiones sobre sus prácticas sexuales, lo que les impide el uso de condones. Un hombre o mujer que es penetrado bajo coerción, que es menor de edad o cuando ofrece un servicio sexual tiene menores posibilidades de negociación y mayores posibilidades de adquirir el VIH o una ITS.
- ✘ **Contextos de mayor riesgo.** Existen grupos de personas especialmente vulnerables al VIH y a las ITS porque se encuentran en situaciones que dificultan la prevención de las mismas, como son la privación de la libertad, índices altos de violencia sexual o social, el estigma y discriminación, menor acceso a información o servicios de salud sexual adecuados o situaciones donde los usos y costumbres dificultan la negociación de prácticas sexuales protegidas.

Estos grupos incluyen:

- ✘ Hombres que tienen sexo con hombres (HSH).
- ✘ Mujeres transgénero.
- ✘ Trabajadoras y trabajadores sexuales y sus clientes.
- ✘ Hombres o mujeres que tienen múltiples parejas sexuales simultáneas.
- ✘ Hombres o mujeres alejados de sus parejas sexuales habituales: conductores de largas distancias o soldados.
- ✘ Personas privadas de la libertad.

- ✘ Mujeres y hombres que viven violencia sexual.
- ✘ Jóvenes sin información y servicios de salud que respondan a sus necesidades.
- ✘ Poblaciones indígenas o marginadas.
- ✘ Población migrante.
- ✘ Mujeres embarazadas.

Cómo No se transmite el VIH

Hay muchos mitos con respecto a la forma de transmisión del VIH. En realidad sólo se transmite por las vías antes mencionada y **no se transmite** por:

- ✘ Dar la mano, abrazar o besar a una persona con VIH, salvo si existen besos en la boca con presencia de heridas sangrantes en ambas personas.
- ✘ Toser o estornudar.
- ✘ Utilizar cubiertos, utensilios de cocina, u otros objetos usados por una persona con VIH.
- ✘ Ir a un hospital a una persona con VIH o Sida.
- ✘ Compartir alimentos.
- ✘ Utilizar lavamanos o servicios higiénicos que han sido utilizados por una persona con VIH.
- ✘ Sentarse en sillas donde se ha sentado una persona con VIH.
- ✘ Sufrir una picadura de mosquito u otros insectos.

Cómo prevenir el VIH

El uso correcto y sistemático del condón ha demostrado ser la forma segura de prevenir la transmisión sexual del VIH. Aunque existen otras, reconocidas por las siglas en inglés: A (Abstinencia) B (Fidelidad mutua) C (condón, siempre en cada relación sexual).

El uso del condón, siempre, en cada relación sexual, utilizado de manera correcta, es el único método de prevención del VIH.

Cómo se detecta el VIH

El VIH se detecta por medio la prueba de VIH, que se realiza de forma voluntaria previa consejería sobre el tema. Su resultado será siempre confidencial. La prueba determina si el organismo está produciendo anticuerpos contra el virus. Los anticuerpos generalmente aparecen dentro de los tres meses de haber adquirido el VIH, pero en algunas personas pueden tardar hasta seis meses. El tiempo que demora una persona que ha adquirido el VIH, en reaccionar contra el virus y desarrollar anticuerpos anti-VIH se le conoce como periodo de “ventana”. En este período las personas con VIH pueden tener altos niveles de VIH en la sangre, en los fluidos sexuales o en la leche materna aunque no tengan anticuerpos que puedan ser detectados en la sangre haciendo que la prueba resulte negativa. A pesar de que el VIH no se puede detectar durante el período ventana, puede ser transmitido.

Hablar del VIH es hablar de un tema que puede ocasionar temor. Muchos (as) adolescentes y jóvenes se niegan a realizarse la prueba por miedo y prefieren continuar con la preocupación de no saber si tienen VIH. Contar con información correcta y oportuna ayudará a vencer el temor, en esto juega un rol relevante el personal de salud.



VI. Estrategias para aprender a pensar y actuar

Tiempo Estimado: 30 minutos

- 1) Se realizará una “Liga del saber” sobre la diferencia entre VIH y Sida.
- 2) En una bolsa de papel se colocarán papelitos con frases que completar.
 - ⌘ El virus que transmite el VIH se llama...
 - ⌘ La palabra Sida significa...
 - ⌘ El VIH destruye el sistema...
 - ⌘ El VIH se encuentra en...
 - ⌘ El VIH se transmite principalmente...
 - ⌘ El VIH no se transmite...
 - ⌘ La infección por VIH se previene...
- 1) Cada grupo deberá responder al menos 5 preguntas en el menor tiempo posible.
- 2) El grupo que haya respondido el mayor número de preguntas en el menor tiempo, es el grupo ganador. Deberá ser estimulado entregando caramelos, algún lapicero, lápices, etc.
- 3) Al cierre de esta actividad se aclaran las frases que se completaron de manera incorrecta.



VII. Aplicando lo aprendido

Tiempo estimado: 10 minutos

El grupo de COLABORACION realizará la lectura de la siguiente historia:

Estas ubicado (a) en la esquina de tu casa conversando con tu grupo de amigos (as). De repente uno de tus amigos (as) menciona que a un amigo suyo le diagnosticaron VIH. Una amiga, te pregunta ¿qué es el VIH?; ¿es lo mismo VIH que Sida?; ¿cómo se transmite el VIH?; ¿es cierto que se transmite a través de los besos?; ¿cómo se puede tratar a una persona con VIH?

Una vez que el grupo ha compartido el ejercicio de la historia, se realiza una rifa para que mediante un socio drama realice la ambientación de la historia.



VIII. Evaluación

Tiempo estimado: 20 minutos

Solicitar a los (as) participantes realizar la siguiente actividad:

Fátima es mi vecina, tiene 16 años y vive con su familia. Está saliendo con un hombre mayor que ella, tiene 40 años. A ella le dijeron que hace un par de años a él le hicieron la prueba de VIH y su resultado fue positivo. Ella no lo puede creer, pero decide que se realizará la prueba de VIH para salir de dudas. El resultado fue positivo para ella.

Cuando la conocí estaba muy triste, confundida, no sabía que hacer porque le acababan de dar la noticia de su resultado. Le preocupa porque no sabe cuánto tiempo pueda vivir y que pensará su familia.

Responder las siguientes preguntas:

1. ¿Cómo adquirió Fátima el VIH? ¿Pudo haber hecho algo para evitado?; ¿qué?

2. ¿Cómo una adolescente podría prevenir el VIH?

3. ¿Cómo cambiaría su vida si en algún momento adquiere el VIH?

Solicite al grupo de EVALUACION, entregue a los (as) participantes la hoja de evaluación sobre el tema.

"Hoy en día existen muchas estrategias efectivas para la prevención del VIH y todas las naciones del mundo deben comprometerse plenamente a implementarlas" Luis Soto Ramírez. Médico mexicano.

Sub-Tema 4: Situación del VIH y Sida en Nicaragua “Me afecta o no me afecta”

Tiempo estimado: 15 minutos

Creación de un ambiente favorable

1. Escriba en una tarjeta previamente, una clave que no sea muy visible para los (as) participantes, preferiblemente ubicarla en la parte inferior derecha. En cada tarjeta deberá escribir clave para: gonorrea (gn); Condiloma (oma); chancroide (croi); sífilis (ilis); condón (don); abstinencia (encia); VIH (I).
2. Una vez que inicie la actividad oriente a los (as) participantes que han sido invitados para ir a una fiesta. Para ello debe preparar el ambiente con música de fiesta, colocar la silla en círculos y pedir que pasen a la fiesta.
3. Estando en la fiesta, deben solicitar a las personas que les gustaría conocer más, por la que sienten cierta simpatía que le firmen en su tarjeta con su nombre, independientemente del sexo.
4. Una vez que cada participante haya reunido al menos cinco firmas, se finaliza la fiesta.
5. En plenario se pide que cada participante mencione quienes fueron las personas que firmaron sus tarjetas.
6. El o la facilitadora solicitará a los (as) participantes que lean la clave y sacar la cadena de transmisión. Por ejemplo:

María		
Juan	Josefa	Luisa
Ana	Pedro	
		I

7. Al final se concluye que todos (as) estamos expuestos a adquirir el VIH. El VIH se relaciona con emociones, sentimientos, con el ambiente donde estamos y con otras infecciones de transmisión sexual. Sin embargo, es significativo también, considerar que hay personas que utilizan condones y otras que se abstienen de tener relaciones sexuales, por lo que es importante conocer a la persona con la que se desea tener relaciones sexuales, dialogar con ella para conocer sus prácticas y protegernos del VIH.



I. Definiendo el problema

Tiempo estimado: 15 minutos

Una adolescente dice: “A mí el VIH no me puede dar, esos son inventos para que nos de miedo tener relaciones sexuales. Además, no sabemos cuántas personas con VIH hay aquí en el país”



II. El saber desde la vivencia

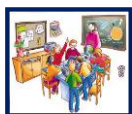
Preguntar a los (as) participantes.

- ⌘ ¿El VIH existe en el país o no existe?
- ⌘ ¿Alguien conoce a alguna persona con VIH en su comunidad?
- ⌘ ¿A quiénes afecta el VIH?
- ⌘ ¿Qué departamentos son los que presentan mayor número de personas con VIH?
- ⌘ ¿Qué pasaría si hoy descubres que estás en la lista de las personas con VIH en el país?



III. Propósitos

Los (as) adolescentes reconocerán la situación del VIH en el país, las poblaciones y departamentos más afectados.



IV. Conocimientos a desarrollar

- ⌘ VIH y Sida a quienes afectan
- ⌘ Departamentos con mayor número de casos
- ⌘ Formas de transmisión en el país
- ⌘ Formas de prevención



V. Minilección (Bibliografía)

VIH y Sida

“Me afecta o no me afecta”

En Nicaragua se reportó el primer caso de VIH en el año 1987. Al finalizar el 2010, se registra un acumulado de 5,693 personas con VIH, de las cuales el 11.1 % (631) son casos de sida y el 15.6% han fallecido (887).³⁷ En el año 2012 el número de casos nuevos identificados en el país era de 1,011 para un total acumulado de 7,875, lo que significa que cada año se identifican nuevos casos³⁸. Hasta el año 2012 habían fallecido 1,019 personas por causas relacionadas a etapa avanzada del VIH (sida).

Para el año 2012, los departamentos considerados de alto riesgo para el Ministerio de Salud son: Chinandega, Managua, León, Bluefields y Bilwi³⁹. Sin embargo, los casos nuevos en este año se presentaron en: Managua, Chinandega, Masaya, RAAN y Boaco.

Estos datos reflejan que el VIH afecta a todos los departamentos del país, en unos años afecta a unos departamentos, en otro año a otros, quizás que sentían que nunca podía presentarse algún caso.

En el 2010, las personas que tienen edad comprendida entre los 15 y 39 años son los más afectados por el VIH. Durante este mismo año, se registraron 951 casos nuevos, de los cuales el 54% (513) son hombres y el 39% (370) mujeres⁴⁰. En el año 2012 el número de casos en el grupo de adolescentes de 10-14 años fue de 57 y en el grupo de 15-19 años presentaron 57 casos. Es importante destacar que en este mismo año 24 casos se presentaron en niños menores de 10 años, que serán adolescentes del futuro.

Hoy en día en el país existen adolescentes que viven con VIH, algunos han nacido con el virus debido a que fue transmitido por su madre durante el embarazo, el parto o en el pos parto; lo que hace necesario que el personal de salud se encuentre preparado para atender las necesidades de los (as) adolescentes que tienen VIH sin haber iniciado su actividad sexual. Las (os) adolescentes que adquirieron el VIH mediante la transmisión vertical, igualmente tendrán sueños como todos (as) las adolescentes, ir a la escuela, enamorarse, tener hijos/as. Depende de la información que se les proporcione y del conocimiento sobre los casos existentes en el país de personas con VIH, se ayudará a que estén mejor preparadas (os) para vivir con su condición.

En el año 2012, había 104 niños con TAR, lo que implica el avance de la infección de VIH en sus vidas, lo que implica que muchos adolescentes tendrán que enfrentar el estigma y la discriminación, por lo que necesitarán del apoyo de adultos, para ayudarles a superar la carga emocional que afectará su sexualidad sino están bien preparados (as) para enfrentar su vida.



VI. Estrategias para aprender a pensar y actuar

Tiempo estimado: 30 minutos

- 1) Divida a cada subgrupo y entregue a cada uno los siguientes materiales:
 - a. Grupo No. 1: Cuadro No. 37. Conocimiento sobre VIH-Sida de las Mujeres (Informe Preliminar, ENDESA 2011-2012).
 - b. Grupo No. 2: Cuadro 10.2: Conocimiento de Sida, ENDESA 2006-2007.
 - c. Grupo No. 3: Debe buscar en internet reportaje o artículo sobre algún caso de VIH que se haya presentado en el país.

³⁷ Situación del VIH-Sida en Nicaragua. Monitoreo y evaluación de avances para contener la epidemia. Reporte especial. Managua, Septiembre 2011.

³⁸ Situación epidemiológica ITS-VIH-Sida 2012. Ministerio de Salud.

³⁹ Situación epidemiológica ITS-VIH-Sida 2012. Ministerio de Salud.

⁴⁰ Situación epidemiológica ITS-VIH-Sida 2012. Ministerio de Salud.

- d. Grupo No. 4: Compartir información sobre alguna persona que haya vivido con VIH.
- 2) En el caso del grupo No. 1 y No. 2, deberán responder las siguientes preguntas:
- a. ¿Dónde hay mayor información del VIH-sida, en el área urbana o en el área rural? ¿A qué se podría deber esta diferencia?
 - b. ¿En qué departamentos las mujeres escuchan más del VIH-sida y en que departamentos escuchan menos? (hacer una lista de cinco departamentos).
 - c. ¿Qué sucede con la población de 15-19 años?
 - d. ¿Qué conclusión puede hacer sobre las diferencias que hay entre ENDESA 2006-2007 a ENDESA 2011-2012?
- 3) Solicitar al grupo No. 3 y No. 4 presenten en plenario las conclusiones de su grupo.
- 4) Concluya esta actividad mencionando que el VIH y sida es una realidad en el país. Puede afectar a cualquier persona, no importa la edad, sexo, religión. Por lo tanto, lo importante es protegerse para evitar que el VIH llegue y afecte la vida de los (as) adolescentes.



VII. Aplicando lo aprendido

Tiempo estimado: 20 minutos

El grupo de COLABORACION realizará la lectura de la siguiente historia:

Como parte del círculo de adolescentes de su comunidad, ha sido asignado para ir a representar al país a la “Cumbre Mundial de Adolescencia y VIH”, usted tiene que hablar sobre qué está pasando con la epidemia del VIH. Prepare su presentación para la “Cumbre Mundial de Adolescencia y VIH, según el departamento de procedencia.”

Cada grupo deberá generar el ambiente, colocar papelitos, mapas, que nos hagan sentir que hay un ambiente de “Cumbre Mundial de Adolescencia y VIH” para conocer la situación del VIH y sida en el país.



VIII. Evaluación de los aprendizajes

Tiempo estimado: 15 minutos

Responder las siguientes preguntas:

- 1) Escriba los tres departamentos donde las mujeres menos han escuchado hablar sobre el VIH en el año, según Informe Preliminar ENDESA, 2011-2012.

- 2) Escriba los tres departamentos donde las mujeres menos han escuchado hablar sobre el VIH en el año 2006-2007, según ENDESA 2006-2007.

- 3) ¿Piensa que el VIH puede llegar a su vida en cualquier momento?

CUADRO 37. CONOCIMIENTO SOBRE VIH/sida, DE LAS MUJERES

Porcentaje de mujeres que han oído hablar de VIH/sida, cree que hay formas válidas de evitar VIH/sida, conoce condón como forma para evitar el VIH/sida, según área de residencia, departamento, grupos quinquenales de edades, y estado conyugal. Nicaragua 2011/12.

Características	Ha oído sobre VIH/sida espontáneo	Ha oído sobre VIH/sida Dirigido	Ha oído sobre VIH/sida (Espontáneo o Dirigido)	Conoce una o más formas de evitar VIH/sida (Espontáneo o Dirigido)	Conoce Condón como forma de evitar el VIH/sida	Conoce abstinencia, fidelidad y uso de condones en todas las relaciones (Espontáneo o Dirigido)	Conoce abstinencia, fidelidad y uso de Condones en todas las relaciones (Espontáneo)	Número de Mujeres Ponderado	Número de Mujeres No Ponderado
Total 2011/12	80.4	18.4	98.8	98.1	93.8	71.2	5.9	22,493	15,266
Área de Residencia									
Urbana	82.4	17.5	99.8	99.5	95.8	70.8	6.7	13,999	7,904
Rural	77.5	19.8	97.3	95.8	90.6	71.8	4.6	8,894	7,362
Departamento									
Nueva Segovia	83.4	15.8	99.2	98.0	92.7	68.4	6.4	907	934
Jinotega	78.1	18.3	96.4	95.1	89.4	78.3	9.2	1,533	1,068
Madriz	83.4	15.0	98.3	97.4	94.3	81.3	6.8	717	823
Estelí	83.6	15.8	99.4	99.0	94.6	76.1	6.4	929	813
Chinandega	81.4	18.1	99.4	98.8	93.5	65.5	8.1	1,727	998
León	85.6	13.6	99.2	99.2	94.7	76.0	5.2	1,728	1,065
Matagalpa	80.9	17.1	98.0	96.6	92.8	72.2	10.0	1,644	1,132
Boaco	78.3	20.4	98.8	98.0	93.7	73.0	3.7	794	765
Managua	82.0	17.9	99.9	99.8	96.8	68.3	5.5	5,583	1,622
Masaya	84.7	14.6	99.3	98.7	95.6	74.9	7.8	1,182	857
Chontales	77.5	21.1	98.6	97.0	92.8	74.3	2.4	631	680
Granada	81.0	18.7	99.7	98.3	90.3	67.4	3.2	802	693
Carazo	77.2	21.7	98.9	98.4	94.0	65.6	4.5	842	732
Rivas	80.1	19.3	99.4	99.2	96.4	75.6	2.3	769	747
Rio San Juan	77.9	20.5	98.4	97.6	93.5	73.9	5.1	369	699
RAAN	65.6	29.6	95.3	94.1	89.0	68.6	2.4	1,178	849
RAAS	76.1	22.3	98.4	95.6	89.8	66.9	3.8	1,158	789
Grupos de Edad									
15 - 19	83.2	14.9	98.2	97.4	92.1	68.9	5.0	5,183	2,771
20 - 24	84.4	14.5	99.0	98.3	95.0	74.5	6.0	3,986	2,623
25 - 29	83.2	15.9	99.1	98.6	95.3	71.3	7.4	3,499	2,685
30 - 34	80.5	18.6	99.1	98.4	94.5	71.1	5.7	3,028	2,484
35 - 39			76.0	23.3	99.3	98.5	93.9	71.8	5.9
40 - 44	73.4	25.2	98.5	97.6	93.0	68.8	5.4	2,157	1,474
45 - 49	73.7	25.5	99.1	97.9	92.7	72.6	6.0	1,958	1,284
Estado Conyugal									
Casada/unida	78.5	20.5	99.0	98.2	94.0	71.9	5.5	12,291	9,589
Separada/divorciada/viuda	79.6	19.6	99.2	98.1	94.6	70.7	6.4	3,935	2,504
Nunca casada/unida	84.7	13.6	98.3	97.7	92.8	70.2	6.3	6,266	3,173

Cuadro 10.2 Conocimiento de SIDA

Porcentaje de mujeres por conocimiento del VIH/SIDA, según características seleccionadas, Nicaragua 2006/07

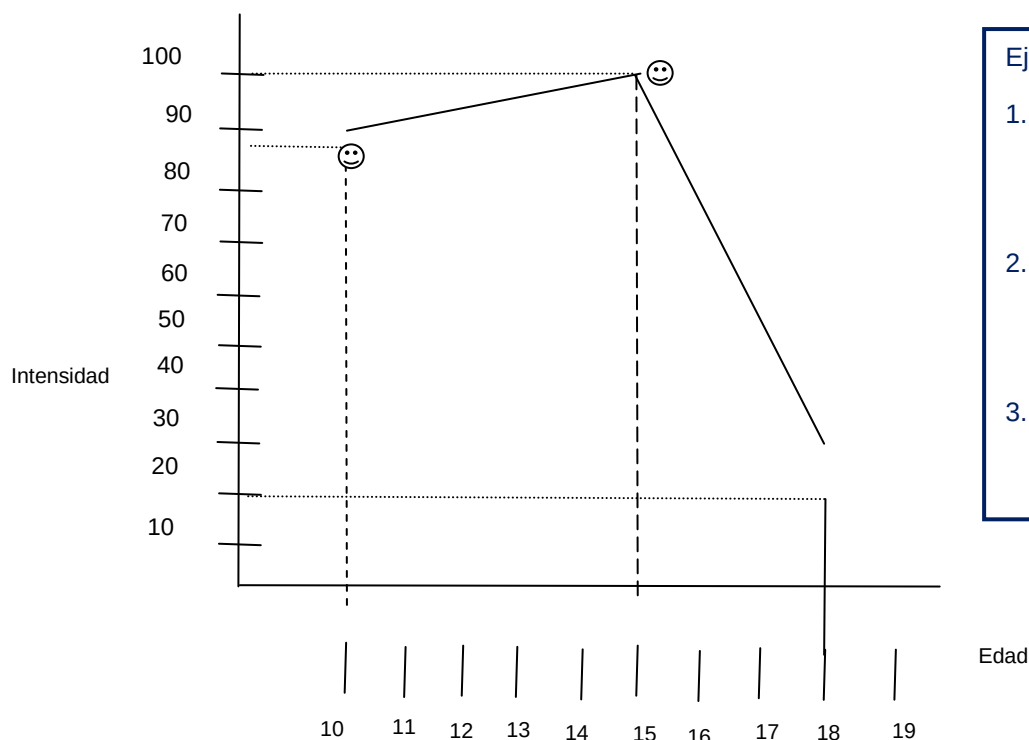
Característica	Espontáneo ó dirigido	Conocimiento del VIH/SIDA			No existe cura para el SIDA	Número mujeres ponderado	Número de mujeres no ponderado
		Espontáneo	Dirigido	VIH puede ser Asintomático			
Área de Residencia							
Urbana	99.4	82.0	17.5	73.7	85.9	12,614	7,118
Rural	95.0	66.8	28.2	55.3	78.8	8,471	7,103
Departamento							
Nueva Segovia	95.8	74.9	20.9	62.7	78.5	830	740
Jinotega	93.8	67.9	25.9	56.4	76.1	1,127	869
Madriz	96.7	80.1	16.6	68.8	83.4	521	679
Esteli	99.3	73.7	25.6	72.1	84.6	845	730
Chinandega	99.5	82.3	17.2	73.4	87.9	1,586	959
León	99.2	82.3	16.9	68.7	84.1	1,615	974
Matagalpa	96.5	65.7	30.9	54.8	79.0	1,826	1,051
Boaco	96.9	64.6	32.3	58.8	82.9	576	636
Managua	99.4	83.9	15.5	74.6	85.7	5,598	1,733
Masaya	98.9	76.3	22.6	74.4	85.8	1,207	828
Chontales	97.1	73.2	23.9	71.9	89.0	601	624
Granada	97.5	79.4	18.1	67.8	79.5	670	638
Carazo	99.2	80.4	18.8	67.3	85.4	649	620
Rivas	99.3	80.0	19.3	72.1	85.2	619	624
Rio San Juan	99.2	72.6	26.6	57.6	85.3	401	735
RAAN	88.9	58.3	30.6	47.7	74.5	1,076	827
RAAS	96.3	62.9	33.4	48.8	78.9	1,339	954
Quintil de Bienestar							
1 Más Bajo	92.0	58.4	33.6	48.0	75.0	4,035	3,496
2	97.0	71.8	25.3	59.4	81.3	4,012	3,164
3	99.5	80.0	19.5	66.0	85.8	4,213	2,822
4	99.4	83.0	16.4	75.6	86.3	4,529	2,621
5 Más Alto	99.9	84.6	15.3	80.5	86.2	4,296	2,118
Nivel de Educación							
Sin educación	89.7	51.3	38.4	46.7	71.3	2,563	2,200
Primaria 1-3	95.9	63.2	32.7	56.2	79.5	2,532	1,986
Primaria 4-6	98.2	74.6	23.5	60.8	82.2	5,325	3,880
Secundaria	99.6	84.8	14.9	72.2	86.3	7,767	4,492
Superior	100.0	87.1	12.9	86.8	89.5	2,898	1,663
Edad							
15-19	96.9	78.8	18.1	62.1	81.2	4,935	2,608
20-24	98.0	79.7	18.3	67.6	85.4	4,241	2,758
25-29	98.2	75.7	22.5	67.3	85.9	3,264	2,638
30-39	97.7	74.2	23.6	68.7	83.4	4,926	3,943
40-49	97.7	70.1	27.6	66.5	79.8	3,720	2,274
Estado Conyugal							
Casada/unida	97.5	73.1	24.4	64.8	83.0	11,801	9,420
Separada/divorciada/viuda	97.7	73.5	24.2	67.8	83.5	3,448	2,027
Nunca casada/unida	97.9	82.9	15.0	68.5	83.0	5,834	2,774
Total	97.7	75.9	21.8	66.3	83.1	21,085	14,221

Sub-Tema 5: VIH y Derechos Humanos “Respeto o Indiferencia”

Tiempo estimado: 15 minutos

Creación de un ambiente favorable

1. Pida al grupo realizar el siguiente ejercicio, llamada la línea de la vida.
2. Para esto cada persona deberá realizar en una hoja un gráfico, y hace en ella dos rayas perpendiculares (como para hacer una gráfica).
3. En la línea vertical se colocará una escala de grados que comience en 0 en el vértice y llegue hasta 100.
4. En la línea horizontal, se colocarán las edades de los 10-19 años.
5. Luego, cada uno, elabora la línea de su vida, de acuerdo a los problemas, éxitos, decisiones, que le han tocado vivir, relacionados con la adolescencia, recordando la edad que tenía en cada acontecimiento y la intensidad con que cree haberlo vivido.
6. Con esos datos va señalando distintos puntos con lo que se va construyendo la “gráfica de la vida”.
7. Una vez realizado el trabajo individual, algunos (as) voluntarios (as) comentan las gráficas.
8. Para finalizar la dinámica, pregunte si ¿han descubierto algo más de ellos (as) mismas?; ¿en qué medida les ha afectado el tema de VIH?



Ejemplo de la Línea de la vida:

1. A los 10 años conoció a una persona con VIH y la intensidad con que le afectó fue de un 90%.
2. A los 15 años inició sus relaciones sexuales y la intensidad con que le afectó fue de un 100%.
3. A los 18 años discutió con su mamá y la intensidad con que le afectó fue de un 30%.

Tiempo estimado: 15 minutos



I. Definiendo el problema

“Cuando se niegan los Derechos Humanos a personas con VIH”



II. El saber desde la vivencia

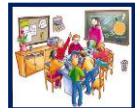
Preguntar a los (as) participantes.

- ⌘ ¿Qué significa respetar los derechos humanos de las personas con VIH?
- ⌘ ¿Qué derechos no son respetados en las personas con VIH?
- ⌘ ¿Alguien tiene alguna experiencia que contar?



III. Propósitos

Los (as) adolescentes reconocerán los derechos humanos de las personas con VIH y Sida.



IV. Conocimientos a desarrollar

- ⌘ VIH y Derechos Humanos
- ⌘ Derechos Humanos de las Mujeres
- ⌘ Derechos Humanos de Niños (as) y Adolescentes



V. Minilección (Material Bibliográfico)

VIH y Derechos Humanos

“Respeto o indiferencia”

La promoción y protección de los derechos humanos es fundamental para la respuesta al VIH y sida. Las violaciones de los derechos humanos, incluidos el estigma y la discriminación a los que se enfrentan las personas con VIH y Sida, siguen constituyendo un obstáculo fundamental, tanto en los esfuerzos de

prevención como en el acceso a la atención.

De acuerdo a documento de ONUSIDA, en la Sexta Directriz revisada⁴¹, el VIH-Sida y los Derechos Humanos, se apoyan las siguientes premisas:

- ✘ el acceso al tratamiento relacionado con el VIH y Sida es fundamental para hacer efectivo el derecho a la salud;
- ✘ la prevención, el tratamiento, la atención y el apoyo son una secuencia continua;
- ✘ el acceso a la medicación es un elemento del tratamiento, la atención y el apoyo integrales;
- ✘ la garantía del acceso sostenible a la medicación exige la acción de múltiples frentes.

Violentar los derechos humanos de las personas con VIH, no sólo pone en peligro su bienestar, sino también la vida misma. Por ejemplo, si no se respetan los derechos humanos, es menos probable que las personas pidan consejo, se hagan la prueba de VIH, se sometan a tratamiento y busquen apoyo, cuando cualquiera de estas decisiones las obliga a afrontar la discriminación o la falta de confidencialidad en los servicios de salud.

La defensa de los derechos debe promoverse por el personal de salud, para evitar abusos brindar garantías a los (as) adolescentes para que puedan ejercer sus derechos. De acuerdo a la Ley Nacional No. 820, Capítulo IV, los Derechos y deberes de las personas con VIH y Sida son:

Art. 13 Derechos

a) Socio-Políticos

Para efectos de la presente Ley, las personas con VIH, gozan de todos los Derechos consignados en la Constitución Política de la República de Nicaragua y Leyes como: derecho a la libertad de expresión, a la libre movilización, de organizarse en grupos de autoayuda, organizaciones sindicales, partidos políticos y cargo de elección popular, a realizar peticiones ante las distintas instituciones de la administración pública, empresas privadas y medias de comunicación dentro de todo el territorio nacional.

b) A la Salud

Las personas con VIH o en condición Sida como todos los ciudadanos, tienen derecho a recibir y gozar de la atención integral en salud en los establecimientos públicos. Cuando sea necesario el ingreso para atención hospitalaria a personas con VIH y en condición Sida, no se justifica ni su aislamiento por discriminación, salvo que sea en su beneficio para protegerlas de otras infecciones, o cuando su misma condición de salud lo amerite.

c) A la Educación

Las personas con VIH o en condición Sida y sus familiares, tienen derecho a la educación y permanencia en la escuela durante todo el ciclo de su vida. No se les podrá impedir el acceso a los centros educativos públicos y privados, ni a la obtención de becas de estudio en el país o en el extranjero. Toda forma de discriminación en razón de su condición, estará sujeta a las sanciones administrativas, civiles y penales que correspondan.

d) Al Trabajo

Las personas con VIH o en condición Sida, tienen igual derecho al trabajo, salario digno y a todas las prestaciones de ley, pudiendo desempeñar labores de acuerdo a sus capacidades físicas y competencia profesional. No podrá considerarse su condición de salud como impedimento para su contratación y estabilidad laboral. Ninguna institución, empresa privada o pública puede obligar a la realización de la prueba

⁴¹ El VIH/Sida y los Derechos Humanos. Directrices internacionales. Sexta Directriz Revisada. Acceso a la prevención, tratamiento, atención y apoyo. ONUSIDA/03.01S (versión española, febrero 2003).

de VIH antes y durante la contratación.

e) A la Libertad y Seguridad Personal

Todas las personas tienen derecho a la libertad y seguridad personal, y no deben ser motivo de detención o de aislamiento el haber adquirido el VIH o estar en condición Sida.

f) A la Información

Toda información relacionada a VIH y Sida deberá estar disponible en las diferentes lenguas del país. Las personas deberán a través de la consejería contar con información científica y actualizada.

g) A la Investigación

Toda persona con VIH y en condición Sida puede solicitar su participación en investigaciones relacionadas a su condición que se estén desarrollando en el país, de acuerdo a los protocolos y guías nacionales.

h) A la Privacidad de la Información

Las personas con VIH o en condición Sida, no serán obligadas ni coaccionadas a brindar información al personal de salud sobre su vida privada o sus contactos sexuales. Las mismas, podrán brindar esta información de forma voluntaria.

i) Al Tratamiento

De acuerdo a lo establecido en la Constitución Política de la República de Nicaragua y la Ley N°. 423, "Ley General de Salud", el Estado garantizará a las personas con VIH y a sus familiares, atención médica integral incluyendo los medicamentos antirretrovirales y el tratamiento de las ITS y enfermedades oportunistas según las necesidades del paciente y de acuerdo con las normas, protocolos y guías de atención.

j) A los Beneficios de la Seguridad Social

Las personas trabajadoras con VIH o en condición Sida que se encuentran en el sector de seguridad social, deberán recibir los beneficios que incluyan diagnóstico, asistencia médica y tratamiento antirretroviral que otorgan el MINSA, INSS y otros que se constituyan.

k) A las Actividades Culturales y Deportivas

Las personas con VIH o en condición Sida y sus familiares, tienen derecho a practicar deportes, participar en actividades culturales y recreativas, cualquier intento de discriminación será sujeto de sanción.

l) A los Servicios de Salud Sexual y Reproductiva

El Estado a través del Ministerio de Salud, deberá garantizar a las personas con VIH o en condición Sida, la información, asesoría, consejería, servicios integrales amigables a las niñas, niños y adolescentes e insumos de salud sexual y reproductiva, incluyendo métodos anticonceptivos modernos y seguros, así como la programación de entrega de condones.

Toda mujer en edad fértil diagnosticada con VIH tiene derecho a la procreación adoptando las medidas y normas establecidas recomendadas por el MINSA, para prevenir la transmisión materno-infantil.

m) A las Personas Privadas de Libertad

Toda persona privada de libertad, tiene el derecho a recibir las condiciones adecuadas de una vida de consignación y de calidad, a recibir atención integral de salud, información veraz y oportuna sobre la prevención, diagnóstico y tratamiento del VIH y Sida, basado en los principios de una vida digna.

n) A los Servicios Fúnebres

Las personas que fallecen a causa del Sida, al igual que sus familiares no deben ser discriminadas en sus horas y servicios fúnebres, en tal sentido se les debe garantizar la atención necesaria en los centros médicos, sean estos públicos o privados, así como empresas que brinden servicios fúnebres, y en los cementerios. No se tomará ninguna medida extraordinaria para el manejo del cuerpo de la persona fallecida.

Tener Derechos, implica también deberes, por lo que en la Ley No. 820, también se establecen deberes de las personas con VIH.

a) Responsabilidad Sexual

Toda persona, incluidas aquellas con ITS, VIH y en condición Sida, tiene el deber de ejercer su sexualidad con responsabilidad y solidaridad para con los demás, utilizando métodos de barrera, a fin de minimizar los riesgos de transmisión, coinfección y reinfección, para el control de la epidemia y otras Infecciones de Transmisión Sexual.

b) Responsabilidad para el control epidemiológico

Para fines de registros nacionales las personas con VIH o condición Sida, deben brindar información epidemiológica de conformidad a la norma vigente.

c) En la Transmisión Materno- Infantil

Toda embarazada diagnosticada con VIH, que ejerce su derecho a la procreación, deberán adoptar las medidas y normas necesarias recomendadas por el Ministerio de Salud, para prevenir la transmisión vertical.

d) Ante el tratamiento y su seguimiento

Toda persona diagnosticada con VIH o condición Sida a quien se le garantice la consejería correspondiente y su atención integral con calidad y calidez, debe cumplir con su prescripción y el seguimiento establecido de acuerdo a los protocolos nacionales vigentes.

En el caso de los niños, niñas, adolescentes, adultos mayores y personas con discapacidad, que requieran de un tutor, este será el responsable de dar cumplimiento al tratamiento y su seguimiento.

VI. Estrategias para aprender a pensar y actuar

Tiempo estimado: 30 minutos

Analizar cada caso y analizar si se respetan o no se respetan los derechos humanos.
¿Cuáles se respetan y cuáles no? ¿Cuáles son las consecuencias de esto?

1. Divida al grupo en sub-grupo y entregue a cada uno los siguientes casos:
 - a) Grupo No. 1: “Nadie me explico nunca los riesgos. Se supone que las chicas no deben hacer preguntas sobre cuestiones relacionadas con el sexo. Había escuchado que la primera vez no era posible quedar embarazada o adquirir el VIH. Ahora, para mí ya es demasiado tarde.”
 - b) Grupo No. 2: “Mi hijo es positivo. Sabemos que existen remedios que quizás podrían mantenerlo sano durante mucho tiempo, pero son muy caros, no podemos pagarlos. Nos da mucha rabia que, por ser pobres, nuestro hijo no pueda vivir mucho tiempo.”

- c) Grupo No. 3: “Cuando mi jefe descubrió que tenía VIH, me dijo que me fuera. Le explique que el doctor había dicho que los demás empleados no tenían ningún riesgo, pero me contesto que no quería tener problemas.”
 - d) Grupo No.4: “He dejado de ir a la escuela porque mis amigas descubrieron que tengo VIH. La mamá de una de mis amigas se dio cuenta que tengo VIH y no deja que su hija sea mi amiga”.
2. Cada grupo deberá responder, que sucede cuando no se respetan los derechos humanos de las personas con VIH: Las respuestas pueden ser:
- a) La información es insuficiente (Caso grupo No.1.)
 - b) No se tiene acceso a medicamentos indispensables para proteger el derecho a la vida y el derecho a la salud. (Caso grupo No.2.)
 - c) Hay discriminación y se niega el derecho al trabajo. (Caso grupo No. 3.)
 - d) No se respeta la vida privada, ni la confidencialidad y se pierde el derecho de ir a la escuela”. (Caso grupo No.4.)



VII. Aplicando lo aprendido

Tiempo estimado: 20 minutos

El grupo de ANIMACION realizará la lectura de la siguiente historia. Previamente se deben colocar en la pared papelitos que digan a favor y otros que digan en contra. Pida a cada grupo que argumenten sus posiciones.

- ✂ “Se debe permitir que una adolescente con VIH o sida ingrese a la escuela”.
- ✂ “Una adolescente con VIH que desea ser madre puede serlo”.
- ✂ “Una adolescente con VIH que acude a la unidad de salud debe ser atendida de manera diferente a las otras personas”.
- ✂ “Una adolescente con VIH no puede volver a casarse o juntarse”.
- ✂ “Un adolescente con VIH no tiene derecho a tener un empleo digno”.
- ✂ “Un adolescente con VIH no debe entregársele condón en la unidad de salud ya que él se lo buscó”.
- ✂ “Una adolescente embarazada con VIH que no es bien tratada por el personal de salud es porque se lo merece.



VIII. Evaluación de los aprendizajes

Tiempo estimado: 15 minutos

Marcar con una X la situación en la que considera hay una violación de los derechos humanos o no se ejercen los mismos.

Situaciones	Violación de Derechos	Ejercicio de Derechos
Dar atención médica a una madre adolescente.		
Informar a las y los adolescentes sobre los métodos anticonceptivos.		
Existencia de consultorios para la planificación familiar donde solo se pueda recibir a la mujer.		
Dejar que una persona sea maltratada por su preferencia sexual.		
Tener relaciones sexuales con acuerdo mutuo y protegidas.		
Agredir a una persona que decida expresar libremente su preferencia sexual.		
Negar información a los y las adolescentes sobre cualquier aspecto relacionado con la sexualidad.		
Requerir de la madre en caso de atención médica en los centros de salud a los y las adolescentes.		
No dejar entrar a lugares públicos a las personas que tienen VIH y/o sida.		
Usar el condón como una medida preventiva de las ITS y el VIH.		
Disfrutar de una vida sexual sana y placentera.		
Cuidar la salud y el cuerpo para estar sanos/a.		
No dar atención a las mujeres que han sido agredidas sexualmente.		

Sub-Tema 6: Estigma y Discriminación “Aceptación sin condición”

Creación de un ambiente favorable

Tiempo estimado: 15 minutos

1. Solicite al grupo de ANIMACION realice la técnica “En el zapato de las personas con VIH” y que conformen grupos de 5 participantes.
2. Pida que cada grupo elabore un listado de palabras estigmatizantes y discriminatorias relacionadas con el VIH que han escuchado en la comunidad, en la calle o en la familia y escriba cada palabra en una tarjeta de cartulina o en un trozo de papel. Por ejemplo: sidoso, gay, trabajadora sexual.
3. Cada grupo deberá colocar sus tarjetas en una bolsa. Una vez que se haya levantado el listado de todos los grupos se realiza la segunda parte del ejercicio.
4. El grupo debe colocarse en círculo. Informe que esto es solamente un ejercicio, pero que puede ser fuerte para algunas personas. Sin embargo, no les debe afectar, por el contrario les debe hacer reflexionar sobre lo que es el tema de Estigma y Discriminación.
5. Oriente a los (as) participantes colocarse en círculo y pedir a voluntarios (as) que se sientan preparados (as) para vivir una situación de discriminación pase al centro del círculo y saque una tarjeta.
6. Cuando saque la tarjeta debe leer lo que dice en voz alta. Por ejemplo: “sidoso”. Al escuchar el resto del grupo la palabra sidoso, deberá repetir en diferentes tonos de voz, acercándosele al máximo, hasta cerrar el círculo.
7. Solicitar si alguien más desea pasar a realizar el ejercicio.
8. Preguntar a la persona que estaba al centro:
 - ⌘ ¿cómo se sintió?
 - ⌘ ¿volvería a realizar el ejercicio nuevamente?
 - ⌘ ¿qué sintió hacia las demás personas del grupo?
 - ⌘ ¿cómo se sintió el grupo?
 - ⌘ ¿qué sintió al repetir la palabra que leyó la persona que estaba al centro?
9. Concluya la actividad lo difícil que es vivir con VIH y escuchar frases estigmatizantes y hechos que discriminan. Por tanto, estar en los zapatos de las personas con VIH nos debe hacer reflexionar sobre el Estigma y la Discriminación que viven.

Herramienta metodológica

Tiempo estimado: 20 minutos



I. Definiendo el problema

Pedir al grupo de COLABORACION lea la siguiente historia:

“Leticia tiene 14 años. Desde que ella nació adquirió el virus del VIH durante el parto. A los 12 años su mamá se encuentra en etapa avanzada del VIH y le dio la noticia que ella tiene VIH y lo adquirió durante el parto. Le comentó que cuando su familia se enteró de su diagnóstico la rechazó, la corrió de la casa. Por eso, le pide a Leticia que se cuide mucho y que sea fuerte, porque escuchará palabras que la pueden lastimar, la pueden hacer sentir mal, sin que ella tenga la culpa. Ella vivió escuchando en la comunidad “allí va la sidoso”; “ya se va a morir la sidoso”; “ella se lo buscó”; “se lo merecía”; “pobre niña la que tuvo, le pasó el sida”. Fue con el nacimiento de Leticia que su abuelita la aceptó. Su mamá murió hace un mes y al cementerio solamente fueron su abuelita y dos vecinas”.



II. El saber desde la vivencia

Preguntar a los (as) participantes.

- ⌘ ¿Cómo se sentirían si fuera Leticia?
- ⌘ ¿Qué piensan de la mamá de Leticia?
- ⌘ ¿Han escuchado frases como las que le decían a la mamá de Leticia en la comunidad?



III. Propósitos

Las (os) participantes tienen conocimientos básicos para identificar el estigma y acciones discriminatorias, así como los efectos que tiene en la vida de las personas con VIH.



IV. Conocimientos a desarrollar

- ⌘ Diferencia entre estigma y discriminación
- ⌘ Consecuencias del Estigma y la Discriminación
- ⌘ Impacto del Estigma y la Discriminación



V. Minilección (Bibliografía)

Tema: Estigma y Discriminación

“Aceptación sin condición”

¿Qué es el estigma?⁴²

El estigma ha sido descrito como un proceso dinámico de devaluación que “desacredita significativamente” a una persona frente a los ojos de otra. Está ligado al poder y dominación a través de la sociedad en su conjunto, creando y reforzando inequidades, donde algunos grupos se sienten superiores y devalúan a otros.

Las cualidades sobre las cuales se sustenta el estigma pueden ser muy arbitrarias, por ejemplo el color de la piel, la manera de hablar, la preferencia sexual, la condición de género o la situación socioeconómica. En particulares culturas o contextos, ciertas características son atribuidas y definidas por otros como desacreditables y desvalorizadas. El estigma está profundamente enraizado, aplicado con los valores de la vida diaria.

Relacionado al VIH, el estigma está mezclado con el que ya existe en diferentes culturas, no sólo porque grupos ya estigmatizados lo siguen siendo por su condición con el VIH, sino porque además se presume o se cree que se pertenece a dichos grupos marginados por el sólo hecho de ser una persona con VIH y/o sida. Además refuerza inequidades sociales, particularmente aquellas ligadas al género, situación económica y social, raza, etnia y sexualidad.

El estigma y la discriminación relacionados al VIH-sida juegan un rol clave en producir y reproducir relaciones de poder y control. Causan la devaluación, desvalorización y menoscabo de algunos grupos o personas, mientras que a otros grupos los hace sentirse que son superiores. Es decir, el estigma crea y es reforzado por las inequidades sociales.

2. ¿Qué es la discriminación?

Cuando el estigma conduce a una acción, su resultado es la discriminación, la cual consiste en acciones u omisiones derivadas del estigma y dirigidas hacia aquellas personas que son estigmatizadas. La discriminación, definida por ONUSIDA (2000) en el Protocolo para la identificación de la discriminación de personas viviendo con VIH, se refiere a cualquier forma de distinción arbitraria, exclusión o restricción que afecte a una persona, usual pero no exclusivamente por virtud de una característica personal inherente o que se perciba perteneciente a un grupo particular.

Según la Ley No. 820, Ley de Promoción, Protección y Defensa de los Derechos Humanos ante el VIH y sida, para su prevención y tratamiento, la No Discriminación: *Se refiere al acto de no hacer distinción o segregación que atente contra la igualdad. Normalmente se utiliza para referirse a la no violación de la igualdad de derechos para los individuos por cuestión social, edad, racial, religiosa, política, orientación sexual, discapacidad o por razones de género.*

En el caso del VIH y Sida, sea o no justificada cualquiera de estas medidas, respectivamente se da por el sólo hecho de la sospecha o confirmación de la condición de vivir con VIH de una persona.

La discriminación relacionada al VIH puede ocurrir en distintos niveles. La que ocurre en la familia y en las comunidades, ha sido descrita por algunos escritores como “estigma hecho acción”. Esto es lo que las personas realizan deliberadamente o por omisión para dañar a otros y negarles servicios o derechos.

Ejemplos de este tipo de discriminación contra personas con VIH incluyen la “expulsión” así como la práctica de forzar a mujeres para volver a su familia de origen una vez que han sido diagnosticadas con el VIH, luego

⁴² Manual de Capacitación para la Respuesta Comunitaria al Estigma y Discriminación por VIH/SIDA. N° 1 Serie Roja de LACCASO. Manuales Comunitarios en VIH/SIDA y Derechos Humanos. Caracas Venezuela, Enero 2007.

de sus primeras señales de enfermedad o después que sus parejas han muerto de Sida; retrayéndose y evitando contacto diario, abuso verbal, violencia física, desacreditación verbal y culpabilización, calumnias y negación de ritos funerarios tradicionales.

También la discriminación ocurre en contextos institucionales, en particular: lugar de trabajo, servicios de salud, prisiones, instituciones educacionales y servicios sociales.

Entre los tipos de discriminación contra personas con VIH se incluyen:

Servicios de salud: negación del acceso a cuidados y tratamientos, exámenes de VIH sin consentimiento, falta de confidencialidad, actitudes negativas y prácticas degradantes por parte de los trabajadores de la salud.

Lugar de trabajo: negación de empleo basado en la condición de VIH, exámenes de VIH obligatorios, exclusión de las personas con VIH de sistemas de pensión o beneficios de salud.

Escuelas: negación de la entrada de niños o despido de profesores con VIH.

Prisiones: separación obligada de personas con VIH, exclusión de actividades colectivas.

3. Consecuencias

Las consecuencias del estigma y la discriminación son muchas y variadas y se han descrito en la literatura como impactos negativos en distintos ámbitos. No puede olvidarse que una sola palabra que se diga o una acción tienen el poder de cambiar la vida de un ser humano. El significado de lo que se dice o hace no sólo puede definir sus próximos o inmediatos pasos, sino que muchas veces define meses y años de su actuar.

Es por ello que, dependiendo de la capacidad de comprender, aceptar e integrar, se generará inseguridad, en consecuencia riesgo y diferencia; o solidaridad, integridad, autoestima, valoración, dignidad y reciprocidad.

4. Impactos del estigma y la discriminación

El estigma y la discriminación pueden llevar a la depresión, falta de autovaloración y desesperanza para las personas con VIH, incluso pueden acelerar la progresión de la enfermedad. Sin embargo, las personas con VIH no son las únicas en riesgo de este miedo y prejuicio. Por otra parte, las actitudes negativas acerca del VIH y del Sida generan un clima en el cual las personas se vuelven más temerosas del estigma y la discriminación que a enfrentar la condición de VIH en sí misma. Cuando el miedo y la discriminación prevalecen, las personas pueden escoger ignorar la posibilidad de que ellas ya tengan o puedan adquirir el VIH aun cuando sepan que hayan corrido riesgos. Y las personas pueden decidir no tomar acciones que las protejan por miedo de que al hacerlo se asocien a sí mismas con el VIH y haber estado en riesgo.

Cómo prevenir el Estigma y la Discriminación:

- ✘ Estar informados sobre el VIH, la diferencia con el Sida y sus formas de transmisión.
- ✘ Conocer sobre la Ley No. 820, Ley de Promoción, Protección y Defensa de los Derechos Humanos ante el VIH y sida, para su prevención y tratamiento.
- ✘ La interacción comunitaria y los debates en grupos de adolescentes en los que participan las personas con VIH
- ✘ Hacer campañas de información en las escuelas, con murales sobre el estigma y la discriminación.
- ✘ Buscar la colaboración con líderes religiosos y comunitarios y con personajes famosos de los niveles

locales (Alcaldes, deportistas, artistas, entre otros)

La movilización y el apoyo por y para las personas con VIH para ayudar a mejorar la salud, el bienestar y los derechos humanos⁴³.



VI. Estrategias para aprender a pensar y actuar

Tiempo estimado: 20 minutos

- 1) Divida al grupo en sub-grupo y solicite que cada uno realice un dibujo o recorten figuras que reúna las características que usted les brinde:
 - a) Grupo No. 1: “Adolescente hombre de 15 años homosexual, mestizo, no tiene trabajo, pobre, responsable y solidario.”
 - b) Grupo No. 2: “Adolescente hombre de 14 años homosexual, de raza negra, vive en el campo, no estudia.”
 - c) Grupo No. 3: “Adolescente mujer, con VIH, indígena de 18 años, vive en el área urbana.”
 - d) Grupo No.4: “Adolescente mujer, con VIH, de 14 años, mestiza y vive en el área rural”.
- 2) Cada grupo deberá colocar sus dibujos en las paredes del local.
- 3) Una vez colocados todos los dibujos o recortes, los (as) participantes deberán dar un “paseo” por el local.
- 4) Concluida la actividad pida a cada sub-grupo explicar lo que imaginaron con las orientaciones que se brindaron y qué los llevó a presentar el dibujo que colocaron en la pared.
- 5) Promueva la reflexión, preguntando:
 - ⌘ ¿Qué significa para ustedes estigmatizar?
 - ⌘ ¿Qué significa para ustedes discriminar?
 - ⌘ ¿Cómo podemos evitarlos?
 - ⌘ ¿Qué aprendieron con el ejercicio?

⁴³ Programas clave para reducir el estigma y la discriminación y aumentar el acceso a la justicia en las respuestas nacionales contra el VIH. ONUSIDA, julio 2012.



VII. Aplicando lo aprendido

Tiempo estimado: 15 minutos

Solicitar a los (as) participantes responder el cuestionario que está a continuación.

Pida a unos voluntarios del grupo de COLABORACION seleccionen las tres personas que harán la recapitulación del tema.

- ✂ ¿Qué es estigma?
- ✂ ¿Qué es discriminación?
- ✂ ¿Cuáles son las consecuencias del estigma y la discriminación en las personas con VIH?
- ✂ ¿Qué podemos hacer para evitarlo?



VIII. Evaluación de los aprendizajes

Tiempo estimado: 20 minutos

Pida al grupo de EVALUACION que oriente a los (as) participantes llenar el cuestionario de manera individual.

- 1) ¿Si tuvieras VIH, que podría hacer para gozar de la aceptación de los demás y defender sus derechos?

- 2) ¿Qué actividades realizaría con el círculo de adolescentes, para reducir el estigma y la discriminación en la comunidad donde viven?

Ley No. 820

Es de carácter público y tiene como objeto garantizar el respeto, promoción, protección y defensa de los Derechos Humanos con énfasis en la atención integral de la salud, relacionado a la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), garantizando el acceso universal a terapias antirretrovirales, tratamientos para enfermedades oportunistas, condones y otros métodos anticonceptivos para la prevención, priorizando a las personas con VIH y en condición de Sida, poblaciones con mayor vulnerabilidad y riesgo y población en general.

Sub-Tema 7: VIH y Violencia “Dos caras, una misma moneda”

Creación de un ambiente favorable

Tema: 15 minutos

1. Previo al ejercicio deberá escribir en trozos de papel la palabra VIH. De acuerdo al número de participantes deberá entregar la mitad de trozos de papel con la palabra VIH y la mitad en blanco.
2. Pida a los participantes que formen dos filas, una enfrente de la otra. Cada participante toca las palmas del participante que le queda enfrente en la otra fila. Llame a una fila “Fila Uno” y a la otra “Fila Dos”.
3. Pida a todos (as) los y las participantes en la Fila Uno que comiencen a empujar a la persona de la Fila Dos, usando solamente sus palmas.
4. Las personas en la Fila Dos pueden responder en la forma que quieran.
5. Después de 30 segundos más o menos, pídale que se detengan y cambien de papel.
6. Esta vez los miembros de la Fila Dos deberán empujar a los miembros de la Fila Uno y éstos pueden responder de la manera que escojan.
7. Después de 30 segundos más o menos, pídale a todos que se sienten en un gran círculo.
8. Pregúnteles cómo se sintieron al realizar este ejercicio. ¿Fue su respuesta la de empujar también o la de ceder, o qué?; ¿Cómo se sintieron los que tenían en su papel la palabra VIH?; ¿Cómo se sintieron los que NO tenían en su papel la palabra VIH?
9. Reflexión: ¿Cómo creen que se sienten las personas con VIH que son expuestas a situaciones de violencia?

Herramienta metodológica



Tiempo estimado: 15 minutos

I. Definiendo el problema

Pedir al grupo de COLABORACION lea la siguiente historia:

“Juana tiene 19 años. A los 17 años se casó con José de 21 años, su único novio. A los dos años de casados, Juana está embarazada, acude al centro de salud y le realizan la

prueba de VIH. Su resultado es positivo. Llega desesperada a su casa, llora, tiene deseos de matarse, pero José entra a su cuarto y la mira. Ella le tira en la cara el resultado del examen, le dice que lo odia, que no quiere saber más de él, que la deje sola. José le cuenta que antes de casarse estuvo con una persona y no utilizó condón. Nunca pensó que le podía pasar, él estaba joven y no se lo esperaba. Él fue hacerse la prueba y salió positiva. A los años de relación difícil para los dos, José se vuelve agresivo, no coopera con el cuidado de la niña, comienza a insultarla y un día que ella le reclamó que utilizara condón para tener relaciones sexuales; José la golpeó y tuvo relaciones sexuales". Juanita le comentó a su amiga lo que había pasado, ella le sugirió que lo dejara, que si la golpeaba una vez, vendrían más. Al mes de haber tenido relaciones sexuales forzadas por su esposo Juana se entera que está nuevamente embarazada y se deprime. Sin embargo, su amiga le transmite energía, le dice que se ponga bonita, que la vida sigue, que quizás José cambié. Cuando nació su segundo hijo, José se alegró mucho, pero tomaba alcohol, se volvió más violento. Un día intento nuevamente tener sexo forzado con Juana y la golpeó. En esta ocasión, le cortó su cabello, le dijo que si no era de él, no iba a ser de nadie más.



II. El saber desde la vivencia

Preguntar a los (as) participantes.

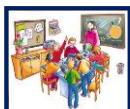
- ✂ ¿Qué opinan ustedes de lo leído?
- ✂ ¿Qué sucedió en la relación de Juana y José?
- ✂ ¿A qué se debe el comportamiento de José?
- ✂ ¿A qué se debe el comportamiento de Juana?



III. Propósitos

Las (os) participantes identifican dos grandes problemas en la vida de las mujeres, el VIH y su interrelación con la violencia.

IV. Conocimientos a desarrollar



- ✂ Concepto de Violencia Basada en Género
- ✂ Relación entre el VIH y la Violencia

- ✂ Vulnerabilidad biológica
- ✂ Vulnerabilidad social
- ✂ Factores culturales



V. Minilección (Bibliografía)

VIH y Violencia⁴⁴

“Dos caras, una misma moneda”

La Declaración de las Naciones Unidas sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer aprobada en 1993, establece que dicha violencia comprende “todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, inclusive las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la privada” (Artículo 1).

En el sentido más amplio, la “violencia basada en el género (VBG)” es la violencia que está dirigida a una persona basándose en su sexo biológico, identidad de género o la percepción de su cumplimiento de normas socialmente definidas de masculinidad y femineidad. Incluye el abuso físico, sexual y fisiológico, las amenazas, la coerción, la privación arbitraria de la libertad y la privación económica, ya sea que suceda en el ámbito público o privado.

La violencia incluye el infanticidio femenino; las prácticas tradicionales perjudiciales, tal como el matrimonio precoz y forzado; el abuso sexual y la esclavitud infantil; asesinatos por honor, la trata de personas; la coerción y el abuso sexual; el abandono; la violencia doméstica y el maltrato de ancianos.

Las mujeres y las niñas son las que están en mayor riesgo y las más afectadas por la violencia basada en género. Por consiguiente, los términos “violencia contra las mujeres” y “violencia basada en el género” a menudo se utilizan indistintamente. Sin embargo, los niños y los hombres también pueden experimentar la violencia basada en género, así como las minorías sexuales, tal como los hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres y las personas transgénero. No importa hacia quien está dirigida, este tipo de violencia está radicada en desigualdades estructurales entre el hombre y la mujer y está caracterizada por el uso y el abuso físico, emocional o el control financiero.

La violencia, o el miedo a la violencia puede representar un obstáculo importante para la prevención, el cuidado y el tratamiento del VIH, limitando la capacidad de la persona para conocer su estado, adoptar y mantener medidas de protección que van desde negociar sexo más seguro pasando por obtener y permanecer en tratamiento, hasta permanecer en la escuela.⁴⁵

De manera similar, la violencia puede impedir el acceso a la información y las visitas a las unidades de salud, incluyendo el tratamiento, la atención y el apoyo para el VIH. Así mismo, el resultado positivo de la prueba puede conducir al estigma, la discriminación, el aislamiento y la violencia en el hogar y en la comunidad aumentando la posibilidad que las mujeres, las niñas, los huérfanos y los niños vulnerables (HNV) y otras poblaciones en riesgo ya enfrentan para lograr tener vidas sanas, satisfactorias y productivas⁴⁶.

Como el VIH, la violencia basada en género tiene consecuencias en casi todos los aspectos de la salud y el desarrollo, desde el acceso a las unidades de salud y su uso, hasta logros educativos, el poder económico y el pleno disfrute de los derechos humanos.

Las distintas vulnerabilidades de las mujeres, las niñas y otras poblaciones en riesgo con respecto al HIV y la violencia basada en género están arraigadas en desigualdades estructurales (es decir, relaciones de poder desiguales basadas en el sexo biológico, la identidad de género y la orientación sexual) que se codifican mediante creencias culturales y normas sociales y que están reforzadas en los sistemas políticos y económicos.

En la interacción de la violencia basada en género y el VIH, la violencia sexual cobra especial interés como factor desencadenante y como factor de riesgo en la transmisión del VIH. Desencadenante porque a partir de la presencia de determinantes sociales se ponen en marcha procesos que favorecen la transmisión del VIH, puesto que afectan el modo de vivir de las mujeres, la probabilidad de adquirirlo y de morir. De riesgo porque

⁴⁴ Violencia de género y VIH una guía de programa para integrar la violencia de género en la prevención y respuesta en los programas de PEPFAR. USAID. AIDSTAR ONE. Octubre 2011.

⁴⁵ Gardsbane 2010; Organización Mundial de la Salud [OMS] y el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre VIH/SIDA, ONUSIDA 2010.

⁴⁶ Haley, Vazquez 2011.

las características biológicas inherentes a las mujeres se asocian a la probabilidad de adquirir el VIH y a las circunstancias que pueden aumentar esa probabilidad, especialmente durante las relaciones sexuales, puesto que la mayor forma en que se transmite el VIH es por relaciones sexuales⁴⁷.

Se han identificado tres mecanismos por los que la violencia incrementa la vulnerabilidad a la infección por VIH en las mujeres:

- ✘ el sexo forzado con una pareja que tiene el virus,
- ✘ la inequidad que la violencia genera para negociar comportamientos preventivos como el uso del condón, y
- ✘ el abuso sexual o físico durante la niñez, mismo que ha sido asociado con comportamientos sexuales de alto riesgo, así como con el uso de drogas y alcohol durante la adolescencia y la edad adulta.

Existen estudios que demuestran empíricamente que sufrir violencia física y sexual por parte de la pareja se relaciona con una mayor probabilidad de vivir con VIH. Por otra parte, en una variedad de contextos culturales, los hombres que reportan actos de violencia hacia su pareja femenina estable, tuvieron más comportamientos de riesgo para adquirir y transmitir el VIH, tales como sexo anal y vaginal no protegido, forzar a sus parejas femeninas a tener sexo no deseado, y sexo con múltiples parejas; comportamientos que se relacionan con las concepciones tradicionales de la masculinidad biológicas como por razones de tipo social.

Vulnerabilidad biológica:

Se ha encontrado que la probabilidad de transmisión del VIH del hombre a la mujer podría ser 2 a 4 veces más alta que de la mujer al hombre. Y las razones son:

- ✘ En el semen existe una mayor cantidad del virus en comparación con las secreciones vaginales.
- ✘ El semen permanece dentro de la vagina y/o el recto por un período mayor de tiempo del que permanecen las secreciones vaginales o rectales en el pene.
- ✘ Durante las relaciones sexuales, en la mujer hay una mayor superficie de mucosa expuesta al virus.
- ✘ Durante las relaciones sexuales hay una mayor probabilidad de que en la vagina de la mujer se produzcan pequeñas úlceras o lesiones; las cuales permiten el ingreso del VIH a la sangre.
- ✘ Muchas mujeres pueden tener ITS sin saberlo, o no tratarlas por vergüenza o por creer que las molestias en sus genitales son normales. Y las ITS aumentan la probabilidad de adquirir el VIH.

Vulnerabilidad social:

La sociedad en que vivimos promueve una serie de comportamientos diferentes para varones y mujeres, que ponen en riesgo a las mujeres de contraer el VIH, por ejemplo:

- ✘ Da mayor libertad e incluso refuerza la idea de que los hombres deben tener varias mujeres al mismo tiempo, esta situación lo pone en mayor riesgo de adquirir el VIH y por lo tanto de transmitírselo a su novia o esposa, quien puede creer que está protegida del VIH porque es fiel a su pareja.
- ✘ No promueve que la mujer asuma un rol activo en su sexualidad, lo cual le dificulta poder hablar de sexo con él.
- ✘ Esta vulnerabilidad se agrava, en situaciones de violencia, así por ejemplo:
- ✘ En una violación es imposible exigir el uso del condón, además las heridas producidas en la vagina o

⁴⁷Informe de situación sobre VIH y violencia basada en género: una aproximación desde las determinantes sociales. ONUSIDA. ONUMUJERES. PNUD. OPS. UNFPA

ano por causa de la violencia, incrementarán más el riesgo de adquirir el VIH.

- ✘ En una relación de pareja donde hay violencia, es imposible que una mujer pueda conversar sobre la fidelidad o uso del condón, ya que esto puede ser tomado como un motivo más para agredirla.
- ✘ Una relación violenta imposibilita que una mujer que se entera de su diagnóstico, pueda revelarlo a su pareja, buscar tratamiento o exigir a su pareja el uso del condón si ambos son personas viviendo con el VIH. El que una mujer tenga el VIH puede exponerla a ser víctima de violencia, tanto de parte de su pareja como de su familia.

Otros factores también asociados a aspectos culturales, son:

- ✘ La dependencia económica de algunas mujeres hacia su pareja, hace que muchas veces tengan que aceptar relaciones sexuales como condición para recibir el dinero para los gastos de la familia.
- ✘ Las mujeres suelen tener relaciones con hombres de mayor edad, que han iniciado antes su actividad sexual y por consiguiente han estado más expuestos a adquirir el VIH, además los hombres tienden a tener más parejas sexuales por lo tanto serán más las mujeres que se vean expuestas a la infección con el VIH a través de hombres infectados que viceversa.



VI. Estrategias para aprender a pensar y actuar

Tema: 30 minutos

- 1) Divida al grupo en sub-grupo y solicite que cada uno realice un dibujo o recorten figuras que reúna las características que usted les brinde:
 - a) Grupo No. 1: Realiza un socio drama del caso que se leyó al inicio del tema.
 - b) Grupo No. 2: Reflexión y dibujo porque el VIH y la violencia afecta más a las mujeres.
 - c) Grupo No. 3: Realiza un socio drama de alguna historia que conozca, que haya leído en el periódico o que ellos (as) mismos (as) imaginen, en base a lo que entendieron del tema.
 - d) Grupo No.4: Elabora un mural llamado “No más violencia, alto al VIH y escribe un lema”.
- 2) Cada grupo en plenario deberá realizar su presentación.
- 3) Finalizada la actividad solicite al grupo de COLABORACION realizar las conclusiones de la actividad.



VII. Aplicando lo aprendido

Tiempo estimado: 15 minutos

Solicitar a los (as) participantes responder el cuestionario que está a continuación.

Cada grupo debe realizar un dibujo para colocar en las paredes del local, llamado “Un mundo imaginario”, donde hombres y mujeres tengan igualdad de oportunidades y condiciones, no exista la violencia ni el VIH.



VIII. Evaluación de los aprendizajes

Tiempo: 10 minutos

Pida al grupo de EVALUACION que oriente a los (as) participantes responder la siguiente pregunta de manera individual.

¿Cómo podríamos lograr que hombres y mujeres vivan relaciones de equidad, que favorezcan su desarrollo, su salud y el ejercicio de sus derechos?

Una vez respondida individualmente, pida a voluntarios compartir sus respuestas que más les hicieron pensar. Concluido este ejercicio de diálogo y retroalimentación, solicite el llenado de la evaluación del tema.

Sub-Tema 8: Previniendo el VIH “YO sí puedo”

Creación de un ambiente favorable

Tiempo estimado: 10 minutos

1. Solicite al grupo de ANIMACION realice la dinámica “Los caza abrazadores” Los caza abrazadores solo pueden tocar a los compañeros (as) cuando no tienen pareja y deben tocarles en la espalda.
2. Los (as) participantes se distribuyen libremente por el local y a la señal del facilitador han de abrazarse por parejas.
3. Cada vez que el grupo de ANIMACION dice cambio de pareja han de abrazarse a otro compañera (o) distinto del anterior para favorecer la relación entre todos.
4. Para amenizar la dinámica, designar dos voluntarios que llevan un objeto en la mano (cono flexible) que son los caza abrazadores ,es decir tienen que cazar, tocar a un compañero mientras este busca desesperadamente un abrazo, cuando está abrazado ya no se le puede cazar.

Herramienta metodológica

Tiempo estimado: 15 minutos

I. Definiendo el problema



“Anita tiene 16 años. Hace un año que tiene novio se llama Luis. Ellos están muy enamorados, estudian juntos el primer año de secundaria. Cada vez que se encuentran sienten deseos de besarse, abrazarse y demostrarse cariño. Hoy la mamá de Anita ha salido, Luis llega a visitarla para hacerle la visita y estudiar, pero comienzan a besarse, a acariciarse hasta llegar a quitarse la ropa. Anita, le pide a ¡Luis usar condón, pero él le reclama, que porqué! ¿Acaso ya has estado con alguien más? ¿No voy a ser el primero? Ante estas preguntas Anita decide tener relaciones y no usar condón. Luis tiene 40 años, ha sido diagnosticado desde hace dos años y se encuentra en estado avanzado del VIH”.

II. El saber desde la vivencia



Preguntar a los (as) participantes.

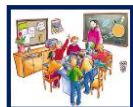
- ⌘ ¿Qué piensan de la historia de Anita?
- ⌘ ¿Deseaba tener relaciones sexuales?
- ⌘ ¿Qué situación se presentó con Luis antes de tener relaciones sexuales?
- ⌘ ¿Cómo creen que termina la historia?

⌘ ¿Qué hubiera hecho Anita para evitar adquirir el VIH?



III. Propósitos

Las (os) participantes conocen y aplican estrategias para prevenir el VIH y desarrollaran habilidades de negociación.



IV. Conocimientos a desarrollar

- ⌘ Consideraciones para prevenir el VIH
- ⌘ El condón un método preventivo para el VIH, las ITS y el embarazo
- ⌘ Cómo usar correctamente el condón



V. Minilección (Bibliografía)

Tema: Prevención de VIH

“YO sí puedo”

Para prevenir el VIH en la adolescencia es importante conocer y recordar las formas de transmisión. En el país, la primera forma de transmisión es por vía sexual. Durante el noviazgo las adolescentes experimentan distintas situaciones para tener relaciones sexuales como son: la presión de la pareja (prueba de amor); violencia como el chantaje emocional (si no lo haces busco a otra); la poca capacidad de las mujeres para negociar el uso del condón; las expone al riesgo de adquirir el VIH.

La utilización del preservativo es un elemento crucial para un enfoque integral, eficaz y sostenible de la prevención del VIH, por lo que el personal de salud, debe promocionarlo como parte de la atención integral a los y las adolescentes.

El preservativo masculino de látex es la tecnología individual disponible más eficaz para reducir la transmisión sexual del VIH y otras infecciones de transmisión sexual.

Por lo general, a adolescentes se les niega de forma sistemática y repetida la información sobre el uso del condón y el acceso a este medio de prevención. A menudo carecen de poder para negociar el uso del preservativo. En muchos contextos sociales, los varones son reacios a utilizarlos. Pero, existen también los preservativos femeninos que pueden proporcionar a las mujeres más control para protegerse a sí mismas. Sin embargo, las adolescentes no poseen la misma capacidad de decisión en sus relaciones interpersonales.

Ningún acto sexual es 100% seguro El sexo seguro implica tomar precauciones que disminuyen el riesgo de transmisión o de adquisición de las ITS, entre las que se encuentran el VIH. El uso correcto y continuado de preservativos se considera una práctica segura⁴⁸.

Para prevenir el VIH, en las mujeres, principalmente las adolescentes, que son más vulnerables por su condición biológica, es necesario propiciar su empoderamiento, que representa un elemento fundamental para

⁴⁸ Información básica sobre la prevención del VIH. ONUSIDA, 2008

corregir las inequidades entre los hombres y las mujeres.⁴⁹

El empoderamiento implica el acceso al poder, la participación y el control de la toma de decisiones en la propia vida y la capacidad de actuar según ellas. El poder de decisión es multidimensional y se manifiesta en diferentes aspectos de la vida de la adolescente, como el hogar, la escuela y la comunidad.⁵⁰

Las percepciones del poder de decisión pueden cambiar en diferentes entornos; la adolescente puede sentirse consentida en su casa, rodeada de su familia o con sus padres, pero considerar que no tiene poder de decisión en la escuela o en su comunidad. El empoderamiento es un proceso o progresión de la inequidad a la equidad. El empoderamiento no es un fin sino un proceso en sí, que debe ser fortalecido como parte fundamental en la prevención del VIH.

En la prevención del VIH, las adolescentes enfrentarán las posibles reacciones y barreras que sus parejas expresen, cuando le proponga que usen el condón, entre las que se encuentran:

- ✂ Reaccionar enojado, con insultos, agresión, amenazas y chantajes.
- ✂ Puede acusarla de que anda en malos pasos.
- ✂ Decirle que seguro ella tiene el VIH y por eso lo está pidiendo.
- ✂ Puede quedarse callado e indiferente.
- ✂ Puede decir que sí, pero que más adelante.
- ✂ Puede decir que él es fiel y que por eso no tienen que usarlo.
- ✂ Decir que no lo va a usar porque eso es muy molesto, incómodo y que no siente igual.

Si la adolescente está empoderada y ejerce sus derechos sexuales y reproductivos, podrá enfrentar las barreras e intentará convencer a su pareja, negociando los siguientes argumentos:

- ✂ Tener sexo con protección, puede ser placentero.
- ✂ Puede ayudar a mejorar la comunicación entre ambos.
- ✂ Puede ayudar a aumentar la intimidad y la confianza.
- ✂ Puede ayudar a hacer más largo el juego sexual.
- ✂ Puede ayudar a un mejor orgasmo.
- ✂ Puede hacer más variado el placer sexual.
- ✂ Hay que conversar sobre las ventajas de usar el condón siempre.

En toda negociación es importante tener: Firmeza, Seguridad, Información, Respeto y Confianza en sí misma (FISE-INRES-CON); esto ayudará a tener el resultado deseado, la aceptación de la pareja para usar condón.

El VIH también se puede prevenir también, evitando prácticas de riesgo como:

- ✂ tener múltiples parejas sexuales

⁴⁹ Descubriendo las voces de las adolescentes. Definición del Empoderamiento desde la Perspectiva de las Adolescentes. OPS, 2006.

⁵⁰ Descubriendo las voces de las adolescentes. Definición del Empoderamiento desde la Perspectiva de las Adolescentes. OPS, 2006.

- ✘ penetración vaginal y rectal sin protección
- ✘ compartir agujas y objetos corto punzantes que penetren la piel y mucosas
- ✘ consumo de alcohol y las drogas, ya que éstas pueden interferir en la disminución de las capacidades para la concentración y la memoria incitando a conductas como la práctica de las relaciones sexuales sin condón y espontáneas sin consentimiento
- ✘ uso de droga intravenosa ya que favorecen el intercambio de las jeringas usadas y contaminadas.
- ✘ realización de tatuajes
- ✘ no usar condón

El condón, un método preventivo para el VIH, las ITS y el embarazo

El condón está fabricado de un material llamado látex, que ha demostrado ser efectivo en prevenir la infección del VIH. El látex es un material muy fuerte y resistente que no permite que el VIH lo atraviese. Cuando se usan apropiadamente, los productos de látex ofrecen la mejor barrera posible contra el VIH, otras infecciones de transmisión sexual y el embarazo.

Actualmente, aunque no estén disponibles en el país, en otros países existen los condones de boca (o barreras bucales) son como rectángulos hechos de látex que los dentistas usan para aislar un diente mientras trabajan. Este condón es utilizado para el sexo oral, tanto en el contacto boca-ano como boca-vagina.

En algunas farmacias del país, se encuentra disponible el condón femenino, es como una bolsa vaginal desechable, hecha de poliuretano. Es liviano y delgado, y tiene un anillo en cada extremo. El anillo cerrado en el extremo se introduce en la vagina, sobre la cervix (la entrada del útero). El otro extremo permanece fuera de la vagina y cubre los labios vaginales. El poliuretano cubre la cervix y el conducto vaginal.

Algunos adolescentes se quejan de que los condones les hacen perder sensibilidad en el pene durante la relación sexual, pero hay que probar diferentes tipos de condones, y a seleccionar los que los hagan sentir más cómodos. Otros adolescentes comprueban que, si bien pueden perder un poco de sensibilidad al comienzo, después de usar condones por un tiempo la recuperan. Algunos (as) adolescentes piensan que ponerse doble condón significa doble protección, pero están muy equivocados (as). Utilizar doble condón puede representar un riesgo, ya que uno de ellos condón se puede quedar dentro de la vagina y esto puede producir un embarazo.

Cómo usar correctamente el condón:

- ✘ Revisar la fecha de vencimiento, generalmente se encuentra en algún borde del empaque.
- ✘ Presionar suavemente en el centro para valorar si hay aire, si no hay aire, hay mucha probabilidad que se rompa. En este caso, debe buscar otro condón.
- ✘ Abra el paquete con cuidado que no se rompa. No desenrolle el condón antes de ponérselo.
- ✘ Agarre el condón por la punta y póngaselo en la cabeza del pene erecto o “parado”.
- ✘ Continúe deteniendo la punta del condón mientras lo desenrolla hasta que quede cubierto todo el pene.
- ✘ Después de eyacular o “venirse”, detener el condón por su base y saque el pene antes de que se ponga blando.
- ✘ Quítese el condón sin derramar el líquido.
- ✘ Al sacárselo, el hombre o su pareja deben mantener el condón entre los dedos para evitar que éste

se salga y vierta semen dentro del cuerpo.

- ✘ Evitar dejarlo expuesto, echarlo en la basura.

Consejos útiles para el uso del preservativo:

- ✘ Nunca usar grasa, crema para las manos, o vaselina para hacer un condón más resbaloso. Estos productos pueden hacer que se rompa el condón.
- ✘ Puede usar una jalea o crema que no contenga aceite.
- ✘ Use un condón cada vez que tenga relaciones
- ✘ Use cada condón solamente una vez.
- ✘ Tenga siempre un condón a la mano.
- ✘ Guarde los condones nuevos en un lugar fresco y seco.
- ✘ No abrir el paquete con los dientes
- ✘ No llevarlos en la guantera del auto.
- ✘ Tener cuidado de no romperlos con uñas o anillos.
- ✘ No utilizar un preservativo femenino y uno masculino simultáneamente.
- ✘ Verificar el condón durante la actividad sexual, para asegurar que está intacto.
- ✘ Utilizar un preservativo nuevo si el pene pasa del recto a la vagina.
- ✘ Utilizar preservativos sin lubricante para el sexo oral.
- ✘ No use condones que puedan estar viejos o defectuosos: tiene el paquete roto (abierto); está quebradizo o seco; está más pegajoso de lo común.

Usar el condón es asunto de derechos.





VI. Estrategias para aprender a pensar y actuar

Tiempo estimado: 20 minutos

- 1) Divida al grupo en dos grupos, hombres y mujeres.
- 2) Solicite que trabajen en los siguientes temas:
 - a) Grupo No. 1: Discutirá sobre las razones por las que los adolescentes no utilizan condón. (Mujeres)
 - b) Grupo No. 2: “Cuchicheará” las razones por las que las mujeres no piden a los hombres utilizar condón. (Hombres)
 - c) Grupo No. 3: Conversará sobre las alternativas para negociar el uso del condón. (Mujeres)
 - d) Grupo No. 4: Hará una demostración de los pasos para utilizar correctamente el condón. (Hombres)
- 3) Cada grupo presentará en plenario sus conclusiones.
- 4) Realice las preguntas de reflexión:
 - a) ¿qué aprendimos con los ejercicios?

- b) ¿por qué es importante utilizar condón en cada relación sexual?
- c) ¿qué consecuencias tiene no negociar con la pareja el uso del condón?
- 5) Pedir al grupo de COLABORACION realice las conclusiones de la actividad.



VII. Aplicando lo aprendido

Tiempo estimado: 45 minutos

Entregue a cada grupo una tarjeta y solicite que realicen un socio drama según las situaciones que están escritas.

- ⌘ Adolescente varón que desea convencer a su pareja a NO usar condón.
- ⌘ Adolescente mujer que pide a su pareja utilizar condón si desea tener relaciones sexuales.
- ⌘ Adolescente mujer que no desea tener relaciones sexuales y es presionada por su novio.
- ⌘ Adolescente mujer que convence a su pareja para utilizar el condón si desea tener relaciones sexuales.

Finalizada la actividad solicite al grupo de COLABORACION realizar las conclusiones de la actividad.



VIII. Evaluación de los aprendizajes

Tiempo estimado: 15 minutos

Solicitar al grupo de ANIMACION que responda el test “Cuánto conozco sobre el uso del condón y marque con una X en la columna que considere conveniente, V si la afirmación es verdadera y F si la afirmación es falsa.

Una vez completado el test, pida revisar sus resultados. Pregunte ¿Quiénes obtuvieron la mayor puntuación?; ¿Quiénes necesitan revisar o repasar más la información?

Finalmente, pida al grupo de EVALUACION entregue la evaluación del tema.

Cuánto conozco sobre el uso del condón	V	F
El condón brinda triple protección		
No es necesario verificar la fecha de vencimiento		
El condón se usa una sola vez		

Puede usarse un condón que no tiene aire		
El condón se coloca en la punta del glande y se aprieta la punta para quitarle el aire		
La bolsa del pantalón es el lugar más seguro para guardar el condón Los condones se colocan después de penetrar a la pareja		
Después de la eyaculación se retira el condón antes de que el pene deje de estar erecto		

Respuestas: 1(V); 2 (F); 3 (V); 4 (F); 5 (V); 6 (F); 7 (F) 8 (V)

Resultados:

8 respuestas correctas: Estás muy bien informado

7-6: Has aprendido, pero aún debes informarte más

5 a menos: Busca información, un error en el uso del condón, puede tener consecuencias no deseadas.

Anexos

Respuestas a Crucigrama de Evaluación de Aprendizajes del Sub-Tema “Anticoncepción, es mi decisión”

1. Píldoras
2. Acuerdo
3. Esterilización
4. Espermicida
5. Naturales
6. Responsable
7. Vasectomía
8. Ligadura
9. T de Cobre
10. DIU
11. Efectivo
12. Condón
13. Abstinencia

Bibliografía

1. Álvarez. Educación intercultural: conceptos básicos y enfoques. México 2008.
2. Análisis de la Red de Servicios en Respuesta a la Salud de los Adolescentes y Jóvenes. Municipios de Bilwi, Waspam, Bonanza y Prinzapolka de la Región Atlántico Norte (RAAN). Marzo, 2010. OPS.
3. Derechos Humanos, Interculturalidad y Género en el ámbito de la Salud de Adolescentes y Jóvenes. UCvirtual/Facultad de Medicina.
4. Descubriendo las voces de las adolescentes. Definición del Empoderamiento desde la Perspectiva de las Adolescentes. OPS, 2006.
5. Gardsbane 2010; Organización Mundial de la Salud [OMS] y el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre VIH/SIDA, ONUSIDA 2010.
6. Guía de prevención, diagnóstico y tratamiento de las ITS. *Dirigida a personal de servicios de salud*. Primera edición, 2011. Fundación Mexicana para la Salud A.C. México, D.F.
7. IMAN Servicios: Normas de atención en salud sexual y reproductiva de adolescentes. OPS.
8. Informe de situación sobre VIH y violencia basada en género: una aproximación desde las determinantes sociales. ONUSIDA. ONUMUJERES. PNUD. OPS. UNFPA.
9. Informe de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, realizada en Family Care International (FCI). Jóvenes y Derechos. Mensajes para incidir en la esfera pública. Plan Andino para la Prevención del Embarazo en Adolescentes, Bogotá. 2011.
10. Información básica sobre la prevención del VIH. ONUSIDA, 2008
11. K. Underhill, Montgomery P, Operario D. Sexual abstinence only programmes to prevent HIV infection in high income countries: systematic review. Centre for Evidence-Based Intervention, University of Oxford, 2007.
12. Manual de Capacitación para la Respuesta Comunitaria al Estigma y Discriminación por VIH/SIDA. N° 1 Serie Roja de LACCASO. Manuales Comunitarios en VIH/SIDA y Derechos Humanos. Caracas Venezuela, Enero 2007.
13. Marco conceptual del Modelo de Salud Familiar y Comunitario. MOSAFC. Febrero, 2007.

14. Marco de Planificación para Pueblos Indígenas y Comunidades Étnicas. Para el proyecto de mejora de la Salud Familiar y Comunitaria en los servicios de salud de los SILAIS de Nicaragua. Managua, 27 de julio 2010.
15. Normativa 095: Guía para la Atención Integral de las y los Adolescentes. MINSA. Managua. 2012.
16. Normativa 002: Norma y Protocolo de Planificación Familiar. MINSA. Managua. 2008.
17. Normativa 070: Norma metodológica para la elaboración de normas, manuales, guías y protocolos del sector salud. MINSA. Managua. 2011.
18. Normativa 099: Manual para la Entrega Comunitaria de Métodos Anticonceptivos (ECMAC). Managua. Septiembre 2012.
19. Programas clave para reducir el estigma y la discriminación y aumentar el acceso a la justicia en las respuestas nacionales contra el VIH. ONUSIDA, julio 2012.
20. Plan Nacional de Desarrollo Humano 2012-2016. Managua, Nicaragua.
21. Plan Plurianual de Salud 2011-2015. Ministerio de Salud. Nicaragua.
22. Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos en Cooperación Internacional Guía metodológica. Vásquez C. María, Cava Eva. Paz y Desarrollo. España 2009.
23. Secretaría de Salud. La salud sexual y reproductiva: un derecho a conquistar. Segunda Edición. Año 2002.
24. Situación del VIH-Sida en Nicaragua. Monitoreo y evaluación de avances para contener la epidemia. Reporte especial. Managua, Septiembre 2011.
25. Violencia de género y VIH una guía de programa para integrar la violencia de género en la prevención y respuesta en los programas de PEPFAR. USAID. AIDSTAR ONE. Octubre 2011.

