

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
GERENCIA DE DIVISIÓN MÉDICA
DIRECCION DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD
DEPARTAMENTO SALUD INTEGRAL DE LAS PERSONAS

PROGRAMA ATENCIÓN INTEGRAL A LA ADOLESCENCIA (PAIA)
UNIDAD DE PREVENCIÓN Y CONTROL DEL SIDA / VIH / ITS

FONDO MUNDIAL DE LUCHA CONTRA EL SIDA, LA TUBERCULOSIS Y LA MALARIA

**MANUAL DE CONSEJERIA EN SALUD SEXUAL
Y REPRODUCTIVA PARA FUNCIONARIOS/AS
EN ATENCIÓN DE ADOLESCENTES
CON ÉNFASIS EN VIH/SIDA**

Costa Rica, 2005

©Copyright: PAIA – Programa Atención Integral a
la Adolescencia
Departamento de Salud de
las Personas
Caja Costarricense de
Seguro Social 2005

Se autoriza la reproducción total o parcial,
siempre y cuando sea sin fines de lucro y se cite
la autoría.

Dirección del PAIA:
Apartado Postal 1434-1011 San José, Costa Rica.
Teléfonos 295-2299 • 295-2369, Fax 223-5992
Visite la página del PAIA en internet:
www.binasss.sa.cr sitio adolescencia
E-mail: mdiaza@ccss.sa.cr

Créditos

Marco Díaz Alvarado
Carlos Garita Arce
Emilia Monge Castro
Paula Muñoz Chacón
Mynor Sequeira Solano
Gloria Terwes Posada
Solón Chavarría Aguilar
Carlos Alvarado Cantero

Segunda edición
Septiembre 2005
San José, Costa Rica

INDICE

Presentación	4
Introducción	6
Objetivos del módulo	7
 Primera unidad: conceptualización básica en adolescencia y salud sexual y reproductiva	 11
1. Conocimientos básicos en ITS/VIH/SIDA	40
2. Derechos sexuales y reproductivos	55
3. Marco Legal en adolescencia	58
 Segunda unidad: hacia la prevención en materia de salud sexual y reproductiva	 80
1. Estrategias para captar a la población adolescente.....	81
2. El modelo de trabajo en redes.....	87
 Tercera unidad: Consejería en salud sexual y reproductiva con adolescentes	 89
1. El modelo PILSETI	90
2. Consejería telefónica	94
3. Entrevista con adolescentes	99
4. Elementos básicos de métodos anticonceptivos	102
5. Uso del preservativo	112
 Cuarta unidad: consejería en prevención, tratamiento y atención de adolescentes con VIH/SIDA	 115
 Quinta unidad: Técnicas Participativas para trabajar la prevención del ITS / VIH / SIDA	 126
 Bibliografía.....	 202

PRESENTACION

Desde hace ya varios años la Caja Costarricense de Seguro Social ha realizado esfuerzos importantes por mejorar la salud integral y el desarrollo de la población adolescente nacional, reconociendo que por sus necesidades particulares y características de crecimiento y desarrollo, es una población prioritaria para el sector salud

La CCSS ha venido trabajando en el fortalecimiento de una red de servicios para adolescentes en todos los niveles de atención por medio del Programa Nacional de Atención Integral a la Adolescencia.

Esta red busca la prestación de servicios integrales a la población adolescente desde paradigmas modernos de salud que prioricen la promoción de la salud y la prevención, y en donde los y las adolescentes deben ser considerados ya no como sujetos pasivos que reciben atención por parte de los servicios de salud, sino como ciudadanos con derechos plenos y cuya participación real en la construcción de los procesos de salud es vital para el éxito de cualquier programa.

Para cumplir esta meta tan ambiciosa , pero necesaria y urgente, gracias al apoyo del Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria y del Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA), más los esfuerzos de numerosos funcionarios(as) de niveles centrales y operativos del Programa de Atención Integral a la Adolescencia (PAIA) y de la Unidad de Control y Prevención del SIDA/VIH/ITS de la CCSS, se presenta aquí el **Manual de Consejería en Salud Sexual y Reproductiva para funcionarios (as) en atención de Adolescentes con énfasis en prevención del VIH/SIDA.**

Este material es una valiosa herramienta para el apoyo de los procesos de educación y capacitación continua del recurso humano institucional en aspectos de difícil abordaje como son la sexualidad, la salud reproductiva y la prevención del VIH/SIDA en nuestros(as) adolescentes.

Dr. Marco Vinicio Díaz Alvarado
Director
Programa Atención Integral a la Adolescencia

LOS JÓVENES

Reflexión

LOS PROBLEMAS DE LA SOCIEDAD NO LOS CAUSA LA JUVENTUD, POR EL CONTRARIO, PUEDE DECIRSE QUE LOS PROBLEMAS DE LA SOCIEDAD LOS PADECEN, SOBRE TODO, LOS JÓVENES.

EN ESTE SENTIDO, ES VERDAD QUE PARA RESOLVER RADICALMENTE LOS PROBLEMAS DE LOS JOVENES HABRÍA QUE RESOLVER LOS PROBLEMAS GENERALES DE LA SOCIEDAD.

PERO VALE TAMBIEN DECIR, INVIERTIENDO LOS TÉRMINOS, QUE SI EMPEZAMOS A RESOLVER LOS PROBLEMAS DE LOS JOVENES ESTAREMOS EMPEZANDO A RESOLVER LOS PROBLEMAS DE LA SOCIEDAD.

Javier Solana

Ex-ministro de Cultura de España

Ex-Director de la OTAN,

Actual responsable de Relaciones Exteriores de la Unión Europea



INTRODUCCIÓN

El presente trabajo no es un libro académico, aunque integra elementos teóricos. Es una herramienta de trabajo, un puente entre lo teórico y lo práctico, entre la cotidianidad del centro médico y su lógica de trabajo y el/la adolescente y sus preocupaciones.

Vemos con asombro la alarmante cantidad de infectados/as que se reproduce vertiginosamente. Según cifras de la Organización Panamericana de la Salud cada 7 minutos se infecta una persona entre los 14 y los 24 años en América Latina. Y el tiempo sigue corriendo...

Según las altas autoridades en salud a nivel del continente, si se trabaja en la atención de los casos reportados dejando de lado un trabajo a nivel preventivo, no habrá sistema de salud que resista los embates de una epidemia de esta magnitud.

Es por lo anterior, que el Programa de Atención Integral a la Adolescencia de la Caja Costarricense de Seguro Social con apoyo técnico del Fondo de Población de Naciones Unidas, se han dado a la tarea de producir un manual de atención para funcionarios/as de educación y prevención con adolescentes en VIH/SIDA.

Fruto de esta inquietud, y del aporte y la paciencia de múltiples profesionales en el área de la adolescencia y la salud sexual y reproductiva se pudo diseñar el manual que ahora lees, el cual fue pensado para llenar aquellas necesidades pragmáticas, operativas y teóricas que le permitan al funcionario/a acceder de una manera más sencilla y directa con la población adolescente.

Dicho manual, a pesar de tener una lógica secuencial pensada desde la teoría a la práctica, esta no pretende convertirse en una estructura rígida, sino que puede ser consultado a partir de necesidades específicas en el vasto universo de posibilidades que brinda el trabajo con adolescentes.

Así las cosas, el manual cuenta con dos partes claramente definidas, una teórica y una práctica. En la primera parte (teórica), se abordan los principales elementos conceptuales relacionados con el adolescente, su desarrollo biopsicosexual, los paradigmas alrededor del trabajo con ellos/as, así como los puntos principales en cuanto al VIH/SIDA, los métodos de protección de la sexualidad y toda la legislación producida alrededor de este tema.

Por otro lado, en una segunda parte se abordan estrategias de intervención desde diversos modelos como la consejería PILSETI, la consejería telefónica, el trabajo en redes de apoyo, la consejería individual y el manejo de los casos en específico.

Se incluye además un capítulo final con un amplio bagaje de técnicas que permiten trabajar desde la Salud Sexual y Reproductiva en general, hasta la temática del VIH/SIDA en específico; todas estas técnicas debidamente validadas y diseñadas para ser usadas a discreción por el o la funcionaria/o

Objetivos del Módulo

OBJETIVO GENERAL

- BRINDAR HERRAMIENTAS TEÓRICO-METODOLÓGICAS CONCEPTUALES ACERCA DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA, EL VIH/SIDA Y LA ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD DIRIGIDAS A FUNCIONARIOS/FUNCIONARIAS DEL SECTOR SALUD CON EL FIN DE DESARROLLAR ACCIONES DESTINADAS A BRINDAR UNA ATENCIÓN INTEGRAL A LA POBLACIÓN ADOLESCENTE.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Brindar algunos elementos teóricos básicos acerca del desarrollo psicosexual de los y las adolescentes, la Salud Sexual y Reproductiva y los derechos sexuales y reproductivos de esta población (ley VIH/SIDA), a fin de que el lector/a pueda tener una comprensión integral del fenómeno del VIH/SIDA en esta población.
- Posibilitar estrategias de captación y atención en Salud Sexual y Reproductiva a adolescentes mediante el modelo de trabajo en redes, que permita un mayor acercamiento e involucramiento de esta población en los servicios de salud.
- Proporcionar herramientas conceptuales y metodológicas que le permitan a la persona que trabaja con adolescentes y jóvenes apoyarlos/as en: La toma de conciencia sobre cómo prevenir el VIH, las ITS y el embarazo no deseado; cómo buscar servicios de salud y cómo cambiar los comportamientos sexuales para alcanzar y mantener una sexualidad sana.
- Explorar los elementos principales de consejería en prevención, tratamiento y atención de adolescentes con VIH/SIDA, así como los conocimientos básicos acerca de ITS, VIH y SIDA.

PRIMERA PARTE



ALGUNOS ELEMENTOS TEÓRICOS BÁSICOS

I UNIDAD:

Adolescencia y Salud Sexual y Reproductiva

OBJETIVO

Brindar algunos elementos teóricos básicos acerca del desarrollo psicosexual de los y las adolescentes, la Salud Sexual y Reproductiva y los derechos sexuales y reproductivos de esta población (ley VIH/SIDA), a fin de que el lector/a pueda tener una comprensión integral del fenómeno del VIH/SIDA en esta población

ADOLESCENCIA¹

PRESENTACION

La visión que tengamos de la adolescencia determina en gran medida la naturaleza de las acciones que emprendamos con este grupo etario. De esta forma, las acciones que realicemos podrían terminar discriminando o etiquetando a un/una adolescente y por lo tanto, alejándolo/a de la atención en salud o incorporándolo/a a las acciones concretas desde una perspectiva de participación integral.

A partir de esto Krauskopf (2003), plantea que hay tres visiones de la adolescencia:

PERÍODO PREPARATORIO:



Las y los adolescentes son percibidos fácilmente como niños(as) grandes o como adultos(as) en formación

JUVENTUD CIUDADANA:



Procura visibilizar los aportes de la juventud a la cultura, a la salud y al desarrollo; valorar y propiciar su identidad; potenciar su salud; promover la participación juvenil y velar por el cumplimiento de sus derechos.

ETAPA DE CRISIS



Concibe a la juventud como un problema para la sociedad (drogadictos, embarazos en la adolescencia, etc).

¹ Texto tomado de: Alvarado, C; Garita, C. (2004) Sembrando Esperanzas: estrategias de trabajo en salud con adolescentes de comunidades pobres. Costa Rica: PAIA/CCSS.

Pregunta Importante: ¿Cuál será nuestra visión de adolescencia?

Veamos el asunto más de cerca...

1.- Visiones de la adolescencia:

Como se mencionó al principio, Krauskopf (2003) citada por Alvarado y Garita (2004), plantea que a partir de las reacciones del mundo adulto respecto de los y las adolescentes y de la relación con ellos y ellas establecida en nuestras sociedades, se ha pasado por tres visiones de juventud.

Período preparatorio

En el primero, la juventud es concebida como un **período preparatorio** hacia la etapa adulta, lo que se encierra en la frase muy difundida en nuestra sociedad que reza “los jóvenes son el futuro de nuestra sociedad”. En este sentido, las y los adolescentes son percibidos fácilmente como niños(as) grandes o como adultos(as) en formación. Coincidente con esta visión, las políticas estatales orientadas a la juventud e inscritas en la lógica de un Estado de Bienestar, se centran en la educación para el futuro y la recreación y organización en el presente.

En el contexto de esta visión, el sistema tradicional de servicios se organiza básicamente para niños(as) y adultos(as), apoyándose en el concepto de la adolescencia como el período de edad más sano.

El reduccionismo de esta visión preparatoria surge como una postergación de los derechos de los(as) niños(as) y adolescentes, al considerarlos/as carentes de madurez social e inexpertos/as. Implícitamente se les niega el reconocimiento como sujetos sociales.

Etapas de crisis

La segunda visión, que parte de la afirmación de que la adolescencia es en sí misma una **etapa de crisis**, concibe a la juventud como un problema

para la sociedad. En estas circunstancias se modifican así las políticas dirigidas a esta población, las cuales, derivadas de un Estado de Represión, se enfocan en la atención asistencial de la delincuencia juvenil, la drogadicción juvenil, el embarazo adolescente y la rebeldía estudiantil.

Fueron los problemas de Salud Sexual y Reproductiva los primeros en poner a la adolescencia en el tapete como sujeto prioritario de atención de la salud. A partir de ello otros comportamientos fueron considerados dignos de ser atendidos. En cuanto se descubre que una impactante proporción de las muertes durante la adolescencia se producen por las llamadas “causas externas”. Se modifica así la visión que establecía la equivalencia “adolescencia=edad más sana” por la visión “adolescencia=etapa de riesgo” y se focaliza la atención de las y los adolescentes de acuerdo al problema específico del que son portadores.

La evaluación que se ha hecho de esta práctica de intervención, demuestra que un enfoque basado en la enfermedad y los problemas específicos tiene escaso efecto en el desarrollo humano adolescente e involucra un alto costo económico.

Juventud como actor estratégico del desarrollo

La tercera visión la constituye la de la **juventud como actor estratégico del desarrollo**. Este enfoque destaca a la juventud como actor protagónico de la renovación permanente de las sociedades, particularmente en la reestructuración socioeconómica y la globalización. Esto quiere decir que le da un valor predominante a la participación de la persona adolescente como parte crucial del desarrollo.

La adolescencia como productora de cultura

Una cuarta visión, es la de la **adolescencia como productora de cultura**. En esta visión, la reapropiación de significados mediante las construcciones culturales que hacen algunos importantes sectores juveniles, se expresan desde la creación, en los dominios de lo ético, lo político, lo artístico y la producción de conocimiento desde la experiencia.

No cabe duda, que en varios países de nuestra región esta aumentando la importancia de las culturas juveniles y el tema de los lenguajes propios de esas culturas. Las manifestaciones culturales específicas de las y los adolescentes y las y los jóvenes son espacios de participación valiosos que los expresan como sujetos sociales, con voz legítima y autónoma y capaces de darle forma estética a una ética propia

Juventud Ciudadana

Por último, la quinta visión que, desde nuestro punto de vista, se encuentra aún en ciernes, es la que sostiene la concepción de la **juventud ciudadana**. Originadas en un estado de derecho, las políticas orientadas a este sector de población procuran visibilizar los aportes de la juventud a la cultura, a la salud y al desarrollo; valorar y propiciar su identidad; potenciar su salud; promover la participación juvenil y velar por el cumplimiento de sus derechos.

A pesar de que ha surgido una mayor sensibilización al respecto y las distintas sociedades modernas están generando procesos de movilización para realizar una transición al último paradigma, todavía en nuestras naciones imperan concepciones de la adolescencia que se pueden ubicar en el primer y segundo paradigma. Así para Krauskopf (1998),

“no son pocos los jóvenes que construyen sus identidades y sus respuestas desde la carencia y la confusión; afirman la vida en un presente que no tiene una promesa concreta de futuro. Son más visibilizados concretamente desde sus déficits y transgresiones que como aporte social y sujetos de derechos”.

En relación con las visiones, especialmente con las dos primeros se han asociado o disfrazado con ropaje cientificista una serie de mitos denigrantes de la adolescencia y que han cumplido la función de discriminarlos(as), invisibilizar su aporte a la sociedad y a la cultura en general. Nos estamos refiriendo a manera de ejemplo, considerar a la adolescencia como la edad más problemática y difícil del ser humano, y que las personas que se ubican en esta edad no saben lo que quieren y son objeto de manipulación total cuando expresan sus opiniones, entre otros.

Conceptualización² :

Durante la etapa adolescente, el o la joven experimenta una serie de cambios tanto a nivel físico, emocional y psicológico. Estos cambios implican una serie de exigencias y tensiones tanto a nivel interno como con el mundo adulto, lo que conlleva a desarrollar en el o la joven una serie de capacidades adaptativas fundamentales para poder desarrollarse plenamente en relación a su entorno y consigo mismo/a.

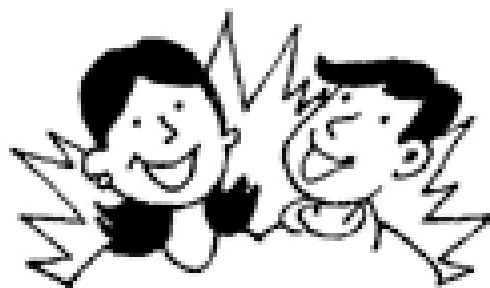
Algunas características de este proceso son:



La aceptación de su nueva estructura física o esquema corporal y del papel social asignado según su identidad masculina o femenina



La elección vocacional y el proceso de preparación para asumirla



La adquisición de una mayor seguridad personal e independencia económica

Pregunta Importante: ¿Cuales son las etapas de desarrollo de la adolescencia?

Veamos el asunto más de cerca...

Según Erickson, en la adolescencia la persona busca sentido coherente de mismidad que integre las necesidades e intereses personales y las posibilidades y demandas del medio. En este proceso de búsqueda, el adolescente integra todas las identificaciones anteriores hasta alcanzar lo que Erickson denomina la identidad del yo. Es esto lo que constituye para el adolescente, precisamente la tarea fundamental que impone su desarrollo.

Una vez que el adolescente integra su identidad, se compromete con algún rol específico - en los planos psicológico, social, económico y cultural - que ha seleccionado de múltiples alternativas que propone el medio y que ha podido experimentar a través de esta fase.

En este sentido, concordamos con Krauskopf (1995) quien se opone a aquellos cuestionamientos que plantean que la etapa

² Díaz, M; Sequeira, M; Garita, C. (2000) Manual de Consejería en Salud Sexual para los y las adolescentes. Costa Rica: PAIA/CCSS.

adolescente no existe en ciertas culturas, aduciendo que estos argumentos parten de un retraso importante en los conocimientos científicos y una escasez de investigaciones que profundicen en la forma en como se vive la adolescencia en los sectores de población pobre y rural.

Por su parte Blos (1986), desde una perspectiva profundamente psicoanalítica, que apunta específicamente al desarrollo psicodinámico de los sujetos en esta fase, plantea que este proceso evolutivo no se da en línea recta ni en forma necesariamente ordenada:

"la obtención de las metas en la vida mental que caracterizan las diferentes fases del período de la adolescencia son a menudo contradictorias en su dirección y además cualitativamente heterogéneas; es decir, esta progresión, digresión y regresión se alternan en evidencia, ya que en forma transitoria comprenden metas antagónicas. Se encuentran mecanismos adaptativos y defensivos entrelazados, y la duración de cada una de las fases no puede fijarse por un tiempo determinado o por una referencia a la edad cronológica". (p. 82)

A pesar de que Blos nos plantea una dinámica psicológica variable y elástica, él nos propone una secuencia ordenada de fases más o menos distintas que enfatizan unos u otros aspectos del desarrollo psicológico, con el fin de acceder a una mejor comprensión de la adolescencia.

3 fases:

Así plantea la existencia de tres fases a saber:

- a) *la adolescencia temprana o preadolescencia,*
- b) *la adolescencia media o propiamente dicha y*
- c) *la adolescencia tardía.*

La adolescencia temprana abarca aproximadamente la vida del sujeto entre los 10 y los 13 años, **la media** entre los 14 y los 16 años y **la tardía** se desarrolla a partir de los 17 años de edad.

Claro está que cualquier segmentación del desarrollo en fases, representa tan solo una

abstracción que no logra atrapar del todo una realidad en la que las separaciones son poco claras y definidas. No obstante, esta propuesta del desarrollo dividido en fases permite que se visualicen en forma diferencial las transformaciones esenciales y particularidades de cada fase.

Concordante con estos planteamientos, Krauskopf (1995) define la adolescencia como un período crucial en el desarrollo del ser humano, durante el cual se generan procesos de cambio bio-psico-social que llevan a las personas a reconstruir su identidad y tomar una dirección diferente en su desarrollo.

En cuanto a los procesos por los que atraviesan los sujetos en la fase adolescente, Havighurst (1951; citado por Monroy, 1995) menciona que durante la adolescencia, una gran cantidad de personas -si no es que la mayoría- atraviesan por una serie de experiencias evolutivas, entre las cuales interesa destacar:

- 1. La aceptación de su nueva estructura física o esquema corporal y del papel social asignado según su identidad masculina o femenina.**
- 2. El establecimiento de nuevas relaciones con coetáneos (de ambos sexos).**
- 3. La búsqueda y establecimiento de una independencia emocional, tanto de sus padres y madres como de otros(as) adultos(as) significativos.**
- 4. La adquisición de una mayor seguridad personal e independencia económica.**
- 5. La elección vocacional y el proceso de preparación**
- 6. El desarrollo de una serie de aptitudes y conceptos intelectuales necesarios para la asunción de las distintas conductas socialmente aceptadas y las responsabilidades propias de la adultez, incluyendo aquellas que se refieren a la ciudadanía para asumirla (capacitación/formación).**

A partir de los elementos aportados por los diferentes autores que hemos retomado en este capítulo, es importante resaltar que la adolescencia no es tan solo una transición entre la niñez y la edad adulta sino que se trata de una etapa de suma importancia con características y transformaciones propias que originan una crisis que potencia el crecimiento y el desarrollo de los sujetos. Tal como lo señala Mairr (1979, citado por Valverde, 2000) "no hay otra fase del ciclo de vida en la cual la promesa de hallarse y la amenaza de perderse están tan estrechamente unidas"(p.75)

La dimensión biológica del desarrollo adolescente



I. Pubescencia y pubertad

Como se señaló en el capítulo anterior, la adolescencia inicia cuando el sujeto ingresa en el proceso de orden biológico comúnmente denominado pubertad. Es importante sin embargo, establecer una distinción entre dos conceptos muy similares y estrechamente relacionados con estos procesos biológicos de crecimiento propios de la adolescencia.

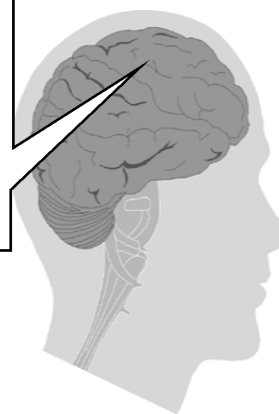
Así Monroy (1995) nos aclara que mientras el término pubertad deriva del vocablo latino *pubertas* que significa edad fértil, la pubescencia proviene de la voz, también latina *pubescens* que se refiere a la aparición de pelo (vello púbico) o específicamente a la llegada a la pubertad. Stone y Church (1957; citados por Monroy) plantean que "la pubertad es la llegada de la madurez sexual y la pubescencia el período de aproximadamente dos años que la precede"(p. 27)

Noshpitz (1995) sostiene que el inicio de este proceso biológico se manifiesta, en general, primeramente en las mujeres con una diferencia de un año y medio a dos años con respecto a los varones, lo que significa en nuestro medio que la pubescencia se inicia en la población femenina entre los diez y los doce años y en población masculina entre los doce y los catorce.

La pubescencia inicia con una orden proveniente de **la corteza cerebral que indican al hipotálamo volverse menos sensible a los efectos supresivos de los estrógenos y la testosterona**, iniciando la síntesis del factor liberador de la hormona luteinizante, el encargado directo de "instruir" a la glándula pituitaria para que permita la maduración sexual.

HIPOTÁLAMO!!!

Menos sensible a los efectos supresivos de los estrógenos y la testosterona...



En cuanto a la pituitaria, es necesario decir que esta se divide en dos lóbulos –el anterior y el posterior- de los cuales el posterior es el que guarda estrecha relación con la pubescencia.

Este lóbulo posterior que es controlado por el hipotálamo a través de una vasta red de células sanguíneas, participa en el proceso de la pubescencia sintetizando y segregando cuatro hormonas fundamentales para empujar al organismo hacia el crecimiento y la maduración sexual: la hormona del crecimiento, la hormona foliculo estimulante (FSH), la hormona luteinizante (LH)12 y la corticotrofina.

La misión de esta última hormona consiste en controlar las diferentes secreciones de la glándula suprarrenal, la cual cumple un papel importante en el proceso de la pubescencia en tanto glándula endocrina que segrega -en ambos sexos- aproximadamente treinta hormonas, entre las que se encuentran los andrógenos y los estrógenos.

Mientras que **los andrógenos suprarrenales activan, tanto en mujeres como en varones, el crecimiento del vello púbico y axilar**, los andrógenos -segregados en pequeñas cantidades por la corteza suprarrenal- impulsan ciertos cambios afeminantes en hombres y en mujeres como lo es el desarrollo de los pechos.



Los andrógenos suprarrenales activan, tanto en mujeres como en varones, el crecimiento del vello púbico y axilar

Es importante señalar, sin embargo, que las más importantes transformaciones afeminantes y masculinizantes de la pubescencia se deben, en mayor medida, a los estrógenos ováricos y al andrógeno testicular respectivamente, pero siempre en una permanente interacción con las hormonas suprarrenales de la misma denominación.

La FSH estimula en la mujer, la ovogénesis y la producción de estrona mientras que en el hombre posibilita en forma parcial la espermatogénesis mediante el estímulo maduracional a las células de Sertoli y el crecimiento diametral de los tubos seminíferos testiculares.

La LH se relaciona con los procesos de ovulación y producción de la progesterona, conocida también como la "hormona femenina", así como también favorece la formación del cuerpo lúteo. De forma similar, la hormona estimulante de las células intersticiales provoca la producción de la testosterona u "hormona masculina" a través de su efecto madurador sobre las células de Leydig que se encuentran entre los conductos de esperma de

los testículos (o gónadas masculinas).

En cuanto a los procesos generados a partir de la hormona de crecimiento, es importante mencionar que en la pubertad se alcanza un punto máximo de crecimiento con ritmos promedio que van de 8 a 12 centímetros por año hasta que los sujetos llegan a la edad de 17 años en el caso de las mujeres y de 21 años en el de los varones. Así mismo se presenta un nuevo alargamiento de los miembros con una alteración transitoria de la relación entre los distintos segmentos.

Este empuje de crecimiento corporal (esquelético y muscular) es conocido como estirón y sigue un patrón que va de distal a proximal. Así aumentando en primer término el segmento inferior del cuerpo, se provoca una perturbación de la proporción armónica entre las piernas y el tronco que se equilibra de nuevo en los estados intermedios de la pubertad (Bianculli, 1995).



En la mujer el tejido graso se redistribuye, depositándose de esta forma, principalmente en las caderas y muslos, definiéndose así de manera marcada, la cintura y las curvas que delinean una figura femenina con formas más redondas que la masculina.

Por otra parte, mientras el tejido adiposo disminuye en el varón por la acción directa de los andrógenos, **en la mujer este tejido se redistribuye, depositándose de esta forma, principalmente en las caderas y muslos, definiéndose así de manera marcada, la cintura y las curvas que delinean una figura femenina con formas más redondas que la masculina.**

Otras transformaciones que se llevan a cabo en forma general durante la pubescencia, son los cambios de voz (engrosamiento notable en el varón y afinamiento más sutil en la mujer) producto de la modificación de la estructura laringea; la expedición del olor característico de la transpiración corporal adulta que se genera a partir del desarrollo de las glándulas sudoríparas y la aparición de los denominados popularmente "clavillos" o "espinillas"¹⁶ (que pueden degenerar en una afección de la piel llamada acné) como el resultado del desarrollo de la glándulas sebáceas.

Ahora, a partir de la consideración de que se torna realmente importante revisar con más detenimiento el desarrollo puberal para cada sexo, se presentan a continuación dos apartados que, siguiendo los postulados de Tanner¹⁷, pretenden mostrar las principales transformaciones experimentadas por cada sexo hasta alcanzar su madurez sexual.

En cuanto a las características sexuales secundarias diremos que las mujeres experimentan por influencia de los andrógenos y estrógenos suprarrenales como de los estrógenos gonadotrópicos los siguientes cambios:

II. Crecimiento y desarrollo puberal normal de la mujer



Partiendo de los procesos desarrollados en forma general en el apartado concerniente a la pubescencia y la pubertad, es importante visualizar en forma específica las principales transformaciones puberales del organismo femenino.

En primer término, en lo que respecta a la estructura ósea se observa característicamente en la mujer, un aumento temprano en la estatura, en comparación con el inicio del crecimiento en los varones y un desarrollo importante en la cintura pelviana más conocida como caderas, las que llegan a alcanzar -en la mayoría de los casos- un diámetro ginecoide adulto que permitirá el parto vaginal. Este desarrollo en las caderas es bastante perceptible pues al proceso de transformación esquelético se suma la depositación de tejido adiposo en esta área del cuerpo.



- La aparición y el crecimiento del vello axilar y del vello púbico, el cual se distribuye en el área púbica en forma triangular
- El desarrollo de los pechos, senos o glándulas mamarias y sus respectivos areolas y pezones por la importante acción del estradiol (uno de los principales estrógenos liberados por el ovario)
- El oscurecimiento del área de piel que constituye los pezones y los genitales
- El afinamiento, en algunos casos muy sutil, del tono de voz debido a transformaciones de la estructura de la laringe.

Respecto a las características sexuales primarias diremos que la mujer experimenta las siguientes modificaciones maduracionales:

- **Crecimiento de los labios mayores y menores, el clítoris, la vagina y el útero y por estimulación de los estrógenos ováricos y suprarrenales**
- **La aparición de la menarquia o primera menstruación**
- **El desarrollo de la capacidad procreativa**

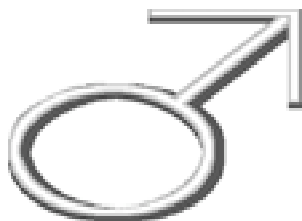
Recordemos que en cuanto a la menarquia y posterior regulación de los ciclos menstruales las dos principales hormonas involucradas son la FSH (que estimula la ovogénesis) y la LH (se relaciona con los procesos de ovulación y producción de progesterona).

Si bien está suficientemente documentado que la menstruación inicia en la mayoría de las púberes antes de que sus ovarios sean capaces de producir óvulos maduros, y la ovulación puede ocurrir antes de que el útero esté suficientemente maduro para soportar una gestación normal, lo que trae como consecuencia natural un período variable de esterilidad en las adolescentes.

En los ovarios o gónadas femeninas (ubicados primariamente en el feto en la cavidad abdominal cerca de los riñones y posteriormente un poco más abajo ya que han ido descendiendo hacia la pelvis) se encuentra una abundante cantidad de los "folículos que contienen las células embrionarias primordiales" aún inmaduras (cerca de 500.000).

Aunque muchos de esos folículos nunca maduran, en la pubescencia, una importante cantidad adquieren la capacidad de ser fertilizados con lo que se desarrolla el potencial procreativo de la mujer o su pubertad, en tanto madurez sexual (Kaplan, 1991).

III. Crecimiento y desarrollo puberal normal del varón



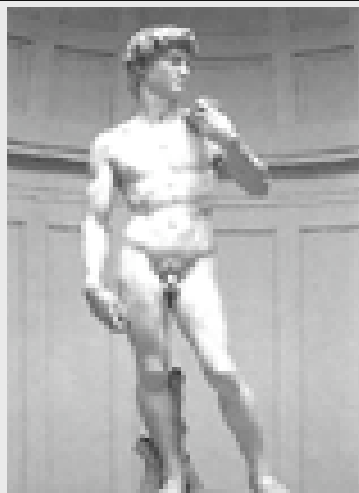
Al igual que con el apartado relativo al crecimiento y desarrollo puberal de la mujer se revisarán acá los más importantes cambios puberales sucedidos en el adolescente varón, sin perder de vista todos los procesos biológicos ya expuestos de manera general en el apartado concerniente a la pubescencia y la pubertad

En primer lugar, en lo referente a la transformación en la estructura ósea se observa como algo característico del hombre, un incremento en la estatura más retrasado, en relación con la mujer, en cuanto a la edad de inicio. Así mismo se observa un mayor desarrollo en la cintura escapular que en la pelviana, es decir sus hombros son más anchos que los de las mujeres.

En cuanto al tejido adiposo se presenta, en la mayoría de los casos, **una reducción y disminución importante a lo largo de todo el cuerpo paralelo a un aumento importante de la masa muscular.**



Por otra parte, en referencia con las características sexuales secundarias, los varones atraviesan por las siguientes transformaciones debidas en su mayor parte por la acción directa de andrógenos y estrógenos suprarrenales como de los andrógenos gonadotrópicos:



- La aparición y el crecimiento del vello facial, pectoral, axilar y del vello púbico, el cual se distribuye en el área púbica en forma romboidal
- El crecimiento de los pechos (generalmente este crecimiento es casi imperceptible)
- El oscurecimiento del área de piel que cubre los testículos (escroto), el pene y los pezones,
- El engrosamiento del tono de voz debido a transformaciones de la estructura de la laringe (en la mayoría de las personas este cambio es notorio)

En lo tocante a las características sexuales primarias, en el caso de los hombres es necesario señalar las siguientes modificaciones maduracionales:

- **El crecimiento de los testículos, la próstata y el pene por la acción de los andrógenos testiculares y suprarrenales**
- **La aparición de la semenarquía o primera polución**
- * **El desarrollo de la capacidad procreativa**

Es importante recordar a este nivel que la FSH estimula en alguna medida el proceso de espermatogénesis mediante el estímulo maduracional a las células de Sertoli y el crecimiento diametral de los tubos seminíferos testiculares. Así mismo, en este proceso maduracional participa la hormona estimulante de la células intersticiales, la cual provoca la producción de testosterona.

En un paralelismo con el desarrollo femenino, la semenarquía no implica necesariamente un estado acabado de madurez sexual, ya que se ha comprobado que estas primeras emisiones, sean involuntarias o estimuladas por la masturbación, no contienen en el líquido seminal espermatozoides.

La dimensión psicosocial del desarrollo adolescente



Se ha señalado suficientemente bien que la adolescencia inicia con los acelerados cambios propios de la pubescencia y la pubertad. Estos cambios y transformaciones de orden biológico no son los únicos que el adolescente experimenta, ya que también en las dimensiones psicológica y social se producen una serie de cambios, algunos más evidentes y contrastantes que otros.

Muchas veces estos cambios de la persona adolescente, provocan una reacción agresiva en el medio social, el cuál interpreta en muchas ocasiones estas transformaciones propias del proceso adolescente, como problemas, patologías

y "síntomas" de desviación, destacando de esta manera aspectos considerados negativos como la rebeldía, la apatía, la confusión, la labilidad y la turbulencia emocional entre otras (Noshpitz, 1995):

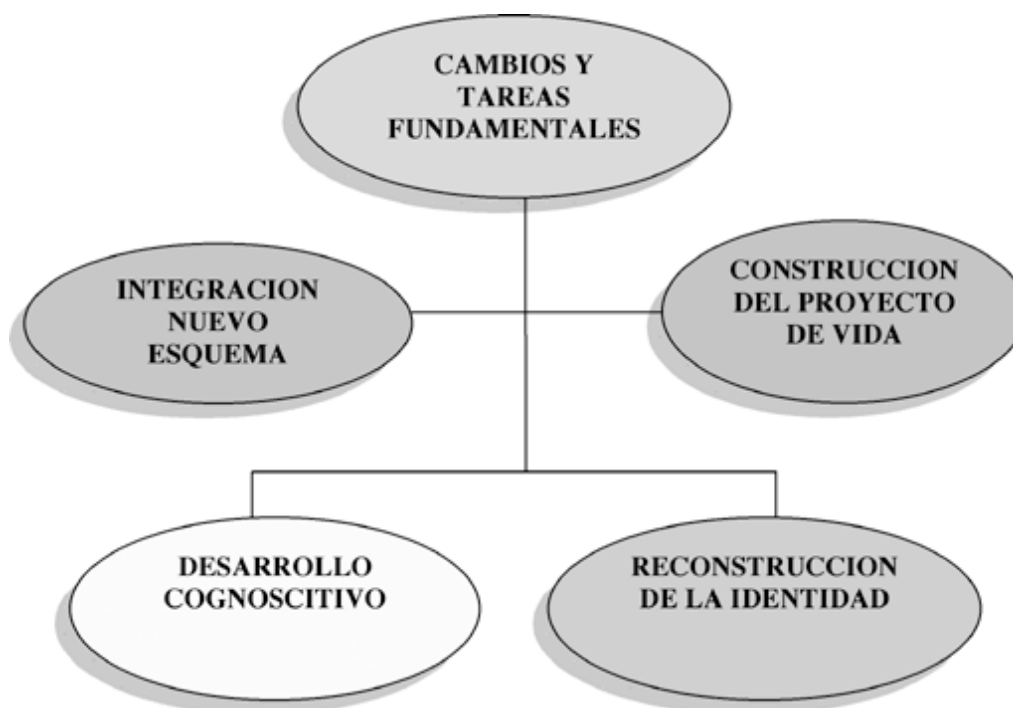
"es posible afirmar que quizás todos los adolescentes se vean sacudidos por tormentas emocionales y copiosas inundaciones de impulsos; para muchos, esas experiencias son transitorias y se superan rápidamente, mientras que para una minoría, las mismas preocupaciones pueden dar lugar a reacciones más graves... En todo caso, el estado previsible para un adolescente determinado es una situación de turbulencia episódica, que se deriva a veces del sentido de culpabilidad por tener fantasías prohibidas, de anhelos frustrados de lograr un grado mayor de autonomía e independencia, de confusión e incertidumbre sobre quién es él y lo que se espera que haga del desequilibrio momentáneo entre fuerzas repulsivas y controladoras que le han llevado a cometer un acto impulsivo y explosivo a cuyas consecuencias hay que ajustarse, y a veces, porque las modificaciones en las estructuras de defensa y los

patrones de identidad crean sentimientos de confusión y despersonalización, tan temidos e inexplicables".(p. 101)

En este sentido es importante subrayar, coincidente con los planteamientos hechos por Anna Freud (1966; citada por Noshpitz, 1995) que esta "turbulencia" propia del desarrollo adolescente se enmarca dentro de la normalidad. Es la actitud que asuma el medio (la familia, la escuela, el barrio, etc.) frente a estos cambios, lo que define en gran medida la forma en que transcurre esta fase de la vida.

Pero ¿cuáles son los principales cambios psicosociales que se generan en la adolescencia?

Por lo común, en los y las adolescentes se producen cambios referidos a la adaptación e integración del nuevo cuerpo, al desarrollo del pensamiento y juicio crítico, la reestructuración de su identidad y la anticipación de un futuro a través de la construcción de un proyecto de vida. Es lo que se enuncia en el siguiente gráfico:



En esta corriente de cambios, es necesario realizar dos consideraciones que nos permitirán entender de mejor forma el desarrollo psicosocial que nos ocupa en este apartado.

Por una parte debemos recordar el principio de **variabilidad** que opera en los procesos de desarrollo y que lo enuncia Blos (1986) al señalar que "lo característico y específico del desarrollo adolescente está determinado por organizaciones psicológicas anteriores y por experiencias individuales durante los años que preceden al período de latencia" (p. 34). Es decir, **el desarrollo generado a partir de las transformaciones antes señaladas sigue una velocidad y una dirección determinada en cada sujeto, debido a su historia particular y a la posición que el medio asuma frente a esta fase vital.**

Por otra parte es fundamental comprender que estos cambios no ocurren en forma aislada o separados unos de otros, por el contrario durante el proceso adolescente se entrelazan, interactúan y se determinan y afectan mutuamente. Es precisamente la integración de todos estos procesos, los que llevarán al sujeto a desarrollar sus capacidades y potencialidades que le permitirán enfrentar los nuevos retos que la condición de adulto le imponga en su momento. No obstante, aunque estas interacciones críticas resultantes pueden servir para ayudar a definir la identidad del adolescente, representan -insistimos- situaciones un tanto difíciles de aceptar para los demás. Así los avances hacia una separación-individuación completa; la renuncia al estatus derivado o dependencia de los

padres y madres; la búsqueda proactiva de una autonomía material y emocional así como de nuevos objetos en los que se pueda interesar tanto en el plano social como en el sexual; y la construcción y adopción de posturas y decisiones autodeterminadas, lleva a las y los adolescentes muchas veces a vivir situaciones difíciles y conflictivas con el mundo adulto. (Noshpitz, 1995) Estas situaciones agobiantes generadas en la dinámica de tensión entre las fuerzas orientadas al cambio y las que se resisten a él, exacerbando conflictos en el adolescente que son evidenciados simbólicamente a través de conductas disruptivas denominadas acting out que aunque, en algunas ocasiones agravan los problemas cumplen para el adolescente con una función restauradora del sentido de realidad a través de la exploración y manifestación de sus necesidades (Krauskopf, 1998).

De esta forma queda en evidencia cómo, en la dimensión psicosocial del desarrollo, se produce una franca ruptura con la niñez y una transformación y reorganización profunda de la vida emocional que sume al adolescente, en los primeros años, en un estado de confusión y caos, para luego experimentar una especie de duelo y depresión. Conforme se acerca el final de la adolescencia aparece un nuevo sentido de mismidad en la que se integran todas las transformaciones y nuevos logros que serán luego probados en el devenir del sujeto (Blos, 1986; Kaplan, 1991).

Para efectos de este Manual, abordaremos en forma específica el proceso de Integración del nuevo esquema corporal



I. Un nuevo cuerpo: la integración del nuevo esquema corporal

A partir de la fase puberal, el acelerado ritmo de cambios físicos experimentados por el adolescente y la profundidad de los mismos ubican al cuerpo como una de las principales preocupaciones y fuente de ansiedades en la vida emocional del adolescente.

Así Blos (1986) señala que "la mayoría de los adolescentes están interesados en un momento o en otro por la normalidad de sus estados físicos; la ausencia de normas de edad definidas respecto a la fisiología adolescente, contribuye sólo a la incertidumbre" (p. 23).

De esta forma, junto al duelo experimentado por la pérdida de su cuerpo de niño, los y las adolescentes deben enfrentar diversas situaciones que resultan difíciles. Así por ejemplo, el mundo adulto empieza a demandar conductas propias de un(a) adulto(a) a aquel que desarrolla más rápidamente aunque su desarrollo emocional no se lo permita aún.

Relacionado con esto y ligado con una posición egocéntrica propia de la adolescencia podemos observar en el y la adolescente una percepción fantaseada de que todas las personas le observan y están pendientes de ellas y ellos y de su apariencia, lo que se constituye en otra fuente de ansiedad y preocupación.

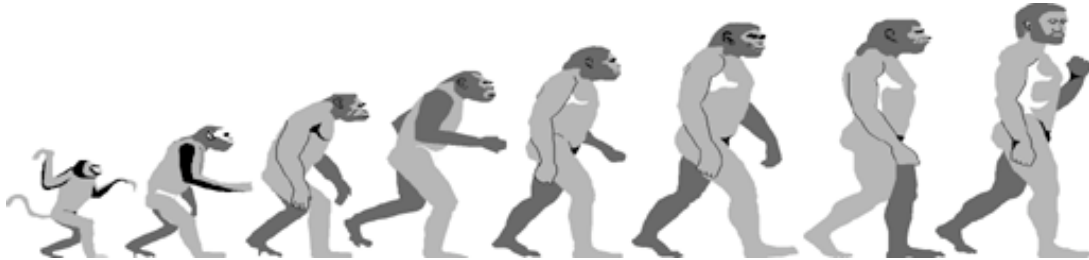
Entonces podemos afirmar siguiendo a Blos (1986), "que los adolescentes de ambos sexos se ven profundamente afectados por los cambios físicos que ocurren en sus propios cuerpos, también, en una forma más sutil y en un nivel inconsciente, el proceso de la pubertad afecta el desarrollo de sus intereses, su conducta social y la cualidad de su vida afectiva" (p. 20).

Definitivamente en esta etapa los cambios, tal como son sentidos y asumidos por el sujeto y por los otros, pueden alimentar y afirmar la seguridad de las personas o llegar a lesionar el *autoconcepto* y la autoestima.

Conforme avanza la adolescencia y se consolidan las transformaciones corporales, el cuerpo se explora y se somete a prueba con el objetivo de integrar poco a poco el nuevo esquema corporal. Entonces "un cambio en la autoimagen corporal y una reevaluación del ser a la luz de nuevos poderes y sensaciones físicas son dos de las consecuencias psicológicas del cambio en el estado físico" (Blos, 1986; p. 23).

En el siguiente esquema se presenta la evolución de los cambios relativos al esquema corporal según las etapas del desarrollo planteadas por Blos (1986): adolescencia temprana, adolescencia media y adolescencia tardía.

EVOLUCION DEL PROCESO DE INTEGRACION DEL NUEVO ESQUEMA CORPORAL



ADOLESCENCIA TARDIA:

- Mayor tranquilidad con respecto a su cuerpo
- Integración coherente

ADOLESCENCIA MEDIA:

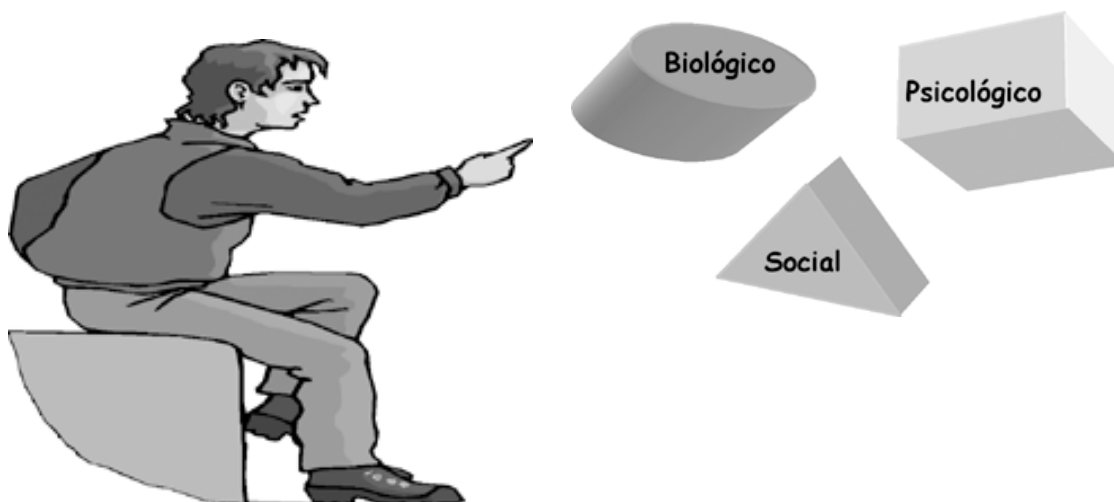
- Preocupación por la normalidad física cede lugar a una mayor comodidad y aceptación física de su cuerpo
- Piensan que todos le observan y están pendientes de ellas y ellos por lo que le dedican mucho tiempo al cuerpo para hacerlo más atractivo

ADOLESCENCIA TEMPRANA:

- Rápidos cambios físicos provocan preocupación excesiva en el adolescente por su cuerpo y su apariencia
- Percepción de que todo el mundo los observa

La dimensión psicosexual del desarrollo adolescente

La consecución y definición de una identidad total del yo -que integra las dimensiones biológica, psicológica y social- constituye el objetivo primordial de la fase adolescente.



Ahora, dentro de esta identidad total, la identidad sexual y la identidad de género (ambas relativas a la dimensión psicosexual de los seres humanos) son dos elementos constituyentes de fundamental importancia en la personalidad de las y los sujetos.

Por una parte, en cuanto a la identidad sexual, Cerutti (1995) afirma que esta debe entenderse como **"la parte de la identidad total del individuo que posibilita a cada persona reconocerse, asumirse y actuar como un ser sexual y sexuado"** (p. 137).

Así la identidad sexual permite la aclaración de las representaciones y sentimientos que una persona tiene en relación con el otro y con el mismo sexo, facilitando por una parte, "la diferenciación y ubicación sexual que cada uno de nosotros hace según seamos hombre o mujer" (Villalobos, 1999; p. 78); y por otra, la definición de conductas sexuales referidas tanto al sí mismo como a los otros.

De esta forma, aunque es claro que el comportamiento sexual -lejos de ser entendido como un instinto exclusivamente animal o genético- está determinado por diversos factores de orden psico-social, es necesario enfatizar que este depende de los "sistemas de restricciones, normas y expectativas

de rol" (Krauskopf, 1995b; p.45) a los que son sometidos en forma diferencial los hombres y las mujeres.

Esto nos lleva entonces al concepto de **identidad de género** el cual es definido por Miranda (1991) como **"la forma en que la gente siente su individualidad como hombres y mujeres incluyendo ambivalencia en sus propias percepciones"** (p. 64). Esta forma de experimentar la individualidad "se construye y define a partir de los mensajes que la sociedad envía relativos a lo que se espera de las mujeres y los hombres" (Centro para el Desarrollo de la Mujer y la Familia, 1997; p. 18).

En este sentido podemos aseverar que **"las identidades femenina y masculina no son identidades naturales sino construidas culturalmente, en la mayoría de las sociedades a partir de rasgos corporales"**. Ello explica por qué el género se construye a partir de lo que cada cultura define como sexual" (Centro para el Desarrollo de la Mujer y la Familia, 1997; p. 19).

Todos estos elementos mencionados en forma general nos llevan a plantear que aunque la identidad sexual y la de género son elementos



Las identidades femenina y masculina no son identidades naturales sino construidas culturalmente, en la mayoría de las sociedades a partir de rasgos corporales.



participantes dentro de la identidad total construida en la dimensión psicosocial del desarrollo, la definición de estas están más estrechamente relacionadas con el desarrollo psicosexual del individuo.

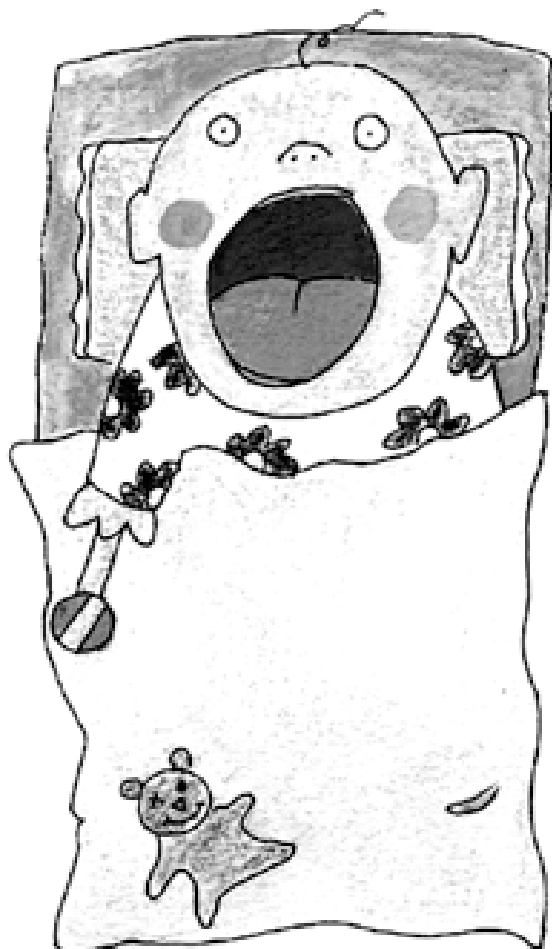
De hecho Cerutti (1995) considera que aunque la identidad sexual -y agregamos acá la de género- comienza a configurarse desde edades tempranas en el desarrollo humano mediante el "proceso de sexuación", estas adquieren su forma definitiva en la adolescencia, fase en la cual se ensayan una serie de conductas orientadas a los otros y las otras, el mismo y el otro sexo.

En este sentido, cobra gran relevancia analizar en forma separada la dimensión psicosexual del desarrollo adolescente. No obstante partiendo de los postulados psicoanalíticos del desarrollo que ven en la adolescencia la etapa terminal de la quinta fase del desarrollo psicosexual (o fase genital), consideramos importante revisar en forma rápida las fases precedentes.

De hecho en coincidencia con los postulados de Freud, quien planteaba "que la sexualidad genital madura es el resultado de un desarrollo infantil que denominó pregenitalidad" (Villalobos, 1999; p. 73), Blos (1986) afirmaba que la necesidad imperiosa del adolescente de enfrentar la nueva condición de la pubertad, con todos los impulsos instintivos presentes en ella, "evoca todos los modos de excitación, tensión, gratificación y defensa que jugaron un papel en los años previos -es decir, durante el desarrollo psicosexual de la infancia y la temprana niñez" (p. 29).

I Etapas del desarrollo psicosexual en las y los seres humanos

Aunque antes del siglo XX se pensaba que la sexualidad era una condición exclusiva de los y las adultas por cuanto era hasta ese momento que se tenía la madurez genital y reproductiva del organismo para vivirla a partir de los planteamientos del médico y psicoanalista vienés Sigmud Freud (1856-1939), se empezó a tomar conciencia de la importancia que tenía la infancia en la definición de una sexualidad adulta y, más que eso, de la presencia de la sexualidad en esta fase infantil.



FASE ORAL: la excitación que provoca, en primer término, el acto de la alimentación, y en segundo término, como una forma de generalización de esta relación de la boca del niño o la niña

Entonces siguiendo los señalamientos de Villalta (1999)

"al hablar de sexualidad infantil se pretende reconocer la existencia, en esta etapa de la vida, de excitaciones o necesidades genitales precoces, así como también la intervención de otras zonas corporales (zonas erógenas) que buscan el placer (por ejemplo la succión del pulgar) independientemente del ejercicio de una función biológica (la nutrición)". (p. 73)

De esta manera, Freud planteó en su teoría del desarrollo psicosexual, la existencia de cinco fases por las que atraviesa cada sujeto: fase oral, fase anal, fase fálica, fase de latencia y fase genital. Es importante señalar que este desarrollo posee un ritmo propio y aunque se divide en etapas para su organización y sistematización, estas no tienen una duración exacta ni cronología determinada en forma rígida (Cerutti, 1995).

Volviendo a las fases descritas por Freud diremos que en la **Fase Oral** (0 a 2 años aproximadamente) el placer sexual está ligado a **la excitación que provoca, en primer término, el acto de la alimentación, y en segundo término, como una forma de generalización de esta relación de la boca del niño o la niña** con el mundo externo, al placer que genera el chupeteo de cualquier objeto. Tal como lo describe Villalobos (1999) "al inicio, la pulsión sexual se satisface por medio de una función vital, la alimentación, pero posteriormente adquiere autonomía y a través del chupeteo se satisface en forma autoerótica" (p.74).

De esta manera durante esta fase, la zona oral se constituye en la principal fuente de satisfacción sexual, y el acto de incorporación el principal objetivo, llegando a proyectarse en diferentes formas de relación con los otros que implican actos esencialmente incorporativos como el obtener o tomar algo de alguien.

Con respecto a la **Fase Anal** (de 2 a 4 años de edad aproximadamente), diremos, tal como su nombre lo indica, que **la zona erógena anal pasa a ser el centro principal de sensaciones eróticas y placenteras** a partir de las acciones de expulsión o retención del excremento, es decir, es alrededor de esa zona que se organiza la energía sexual (o libido).



FASE ANAL

La zona erógena anal pasa a ser el centro principal de sensaciones eróticas y placentera



FASE FÁLICA

Se caracteriza porque el placer se orienta hacia los genitales los cuales empieza a descubrir y a explorar

Es necesario recordar que en estas edades las heces adquieren un valor simbólico para el niño y la niña quienes ven en ellas una parte de su cuerpo, una creación original que es regalada a los progenitores. Es además esta, la etapa en que socialmente se le estimula al infante a controlar los esfínteres dándole a entender que la defecación puede ser controlada voluntariamente, acto que le enfrenta con sensaciones de satisfacción y ansiedad. Ansiedad en tanto el medio le exige cooperación a través de los padres quienes le piden insistentemente al niño que controle esa necesidad y que avise cuando ya no pueda contenerse, ya que en caso contrario obtendrá desaprobación de los demás y una sensación de vergüenza. Satisfacción en tanto logre cumplir con los deseos parentales.

Esa ambivalencia que le plantea esta etapa, hacer lo que mi madre y padre desean o lo que yo deseo, expulsar o retener, controlar y avisar o no hacerlo (aspectos que prefiguran una especie de lucha por la autonomía) se proyectará a las relaciones sociales que estarán matizadas por esa tensión también.

La fase siguiente denominada **Fase Fálica** (de 3 a 5 años de edad aproximadamente) **se caracteriza porque el placer se orienta hacia los genitales los cuales empieza a descubrir y a explorar**. De hecho inician aquí actividades masturbatorias tanto en el niño como en la niña, así como conductas normales y transitorias de exhibicionismo, voyeurismo y curiosidad aumentada en los genitales propios y de otros(as).

En esta etapa el niño y la niña experimentan lo que se ha conocido como Complejo de Edipo, el cual consiste en la vivencia de deseos amorosos hacia el padre del otro sexo y de deseos hostiles y agresivos hacia el padre del mismo sexo, el cual es percibido como un rival que debiera desaparecer o morir.

Estos sentimientos, deseos y fantasías agresivas generan en el niño y la niña sentimientos de culpa y temor por la posibilidad de ser castigado(a) o desplazado(a) por completo por sus padres. Estos temores, junto a la prohibición cultural del incesto (que se manifiesta en los límites que imponen los padres a sus hijos/as) hacen que el niño y la niña desplace, por un lado, sus intereses y deseos libidinales hacia otros objetos y metas externas, y por otro, que se identifique con el padre del mismo sexo, con la esperanza de que al ser como él o ella pueda lograr que otra persona del sexo complementario se fije en él o ella.



FASE LATENCIA

Aparecen sentimientos como pudor y asco y aspiraciones morales y estéticas, se intensifica la represión

A partir de esta dinámica, el niño y la niña adquiere la capacidad de incorporar en sus relaciones sociales la conquista, la competencia, la perseverancia en los intentos por alcanzar una meta, etc.

Con la declinación de los impulsos instintivos descritos anteriormente y la identificación con el progenitor del mismo sexo, se entra en la Fase de Latencia.

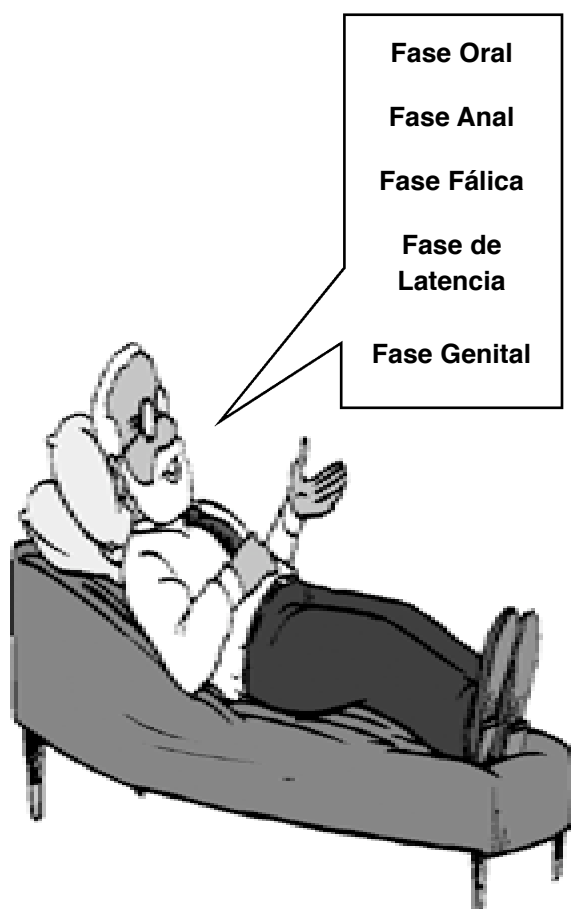
La **Fase de latencia** (entre 5 o 6 años hasta la pubertad)

*" es considerada como una etapa en la que se detiene la evolución de la sexualidad, ya que hay una disminución de las actividades sexuales, se desexualizan las relaciones de objeto y de los sentimientos (predomina la ternura sobre los deseos sexuales), **aparecen sentimientos como pudor y asco y aspiraciones morales y estéticas, se intensifica la represión**, lo que provoca una amnesia al inicio del período, se transforma la libido dirigida hacia los objetos en identificaciones con los padres y se dirige la energía sexual hacia otras actividades no sexuales como el estudio, el deporte, etc". (Villalobos, 1999; p.77)*

Así es como durante la latencia, con el apoyo de las influencias y presiones educativas, la canalización de energía posibilita al sujeto "manejar la realidad y los instintos (sublimación)", llegando a desarrollar otras capacidades y habilidades intelectuales y sociales (Blos, 1986).

La quinta y última fase descrita por Freud con el nombre de **Fase Genital** se inicia con los cambios puberales del sujeto, lo que lleva a la libido a centrarse y organizarse alrededor de la zona genital, zona que adquiere una particular supremacía en este momento vital.

En el desarrollo de esta fase se genera una progresiva integración de las fases pregenitales descritas provocando a la vez una integración de las necesidades genitales y extragenitales, el amor y la sexualidad genital, los patrones sexuales procreadores y los productivos, etc. Es en esta fase en la cual se elabora la identidad sexual.



II. Desarrollo psicosexual del adolescente

Con los cambios puberales, se presenta en el y la adolescente un aumento cuantitativo de la presión instintiva lo que lleva a un resurgimiento de los impulsos genitales.

Tal y como lo sostiene Cerutti (1995)

"dentro de la serie de acontecimientos que ocurren en este período, la llegada de la menarquía y de las poluciones nocturnas constituyen los de mayor significación. Aunque los ritos de iniciación no son prácticas comunes en la Región de las Américas, la ocurrencia de estos signos que anuncian la posibilidad reproductiva de los jóvenes genera cambios en su conducta y en la de los adultos para con ellos. Del mismo modo, la aparición de los caracteres sexuales secundarios y las modificaciones pondoestaturales repercuten en los adolescentes, que deben adaptarse a su nueva imagen y a un nuevo esquema corporal que se establece con ritmo propio, sin tener en cuenta los deseos y expectativas de los protagonistas". (p. 136)

En concordancia con esto Miranda (1991) nos explica que el hecho de que social y culturalmente se le haya "vedado" a los y las adolescentes la expresión genital de su sexualidad hacia otro a pesar de su sensación de madurez física, genital y reproductiva, provoca en ellos y ellas una especie de tensión que les acompaña por un lapso importante de tiempo y que resuelven de formas diversas y siempre parciales.

Aunque podemos decir, en forma generalizada que se da en los y las adolescentes un aumento de los impulsos genitales, es necesario señalar que estos impulsos, tal como lo planteaba Freud, A. (citada por Blos, 1986), no se manifiestan de igual forma entre los y las adolescentes debido a que cada sexo enfrenta el aumento de la presión instintiva de forma distinta.

En este sentido las representaciones socioculturales de los géneros y la construcción material de esas identidades femeninas y masculinas juegan un papel importante en la definición de las formas en que se enfrentan las presiones instintivas y las manifestaciones de dicho enfrentamiento.



AISLAMIENTO...

En esta misma línea, el Centro para el Desarrollo de la Mujer y la Familia (1997) afirma que *"el adolescente varón puede ser permisivo sexualmente, mientras que las mujeres tienen que reprimir sus impulsos sexuales. Cuando la sexualidad no se vive de acuerdo a la normatividad establecida, se le estigmatiza. Ambos deben funcionar socialmente según una doble moral, un doble mensaje que impone en las mujeres la responsabilidad del control, mientras justifica la actividad sexual masculina sin responsabilidad social"*. (p. 21)

Ahora, para entender mejor la forma en que evoluciona el desarrollo psicosexual en la fase adolescente, seguiremos los planteamientos de Fariña de Luna (1990) quien sugiere, para su comprensión, una secuencia de cuatro etapas:

1. Aislamiento: La velocidad y la profundidad de los cambios puberales provocan en el y la adolescente una incomodidad generalizada con su cuerpo, ahora desconocido. Dentro de esta dinámica el y la adolescente se vuelca hacia su interior aislándose un poco del mundo social y acudiendo a la conducta onanista o masturbatoria, junto con una gran actividad fantasiosa, como formas de liberar las tensiones surgidas en este momento evolutivo.

2. Orientación incierta hacia la sexualidad: En esta fase, matizada por una mayor adaptación a los cambios corporales, por los intentos de separación-individuación y por el establecimiento de identificaciones parciales, los y las amigos(as) cumplen un papel de vital importancia. Así el adolescente elige un amigo o amiga (dependiendo del sexo) como representación del ideal de sí mismo/o, con el que se establece una relación de gran intimidad en la que participan fuertes sentimientos eróticos que se canalizan a través de largas conversaciones, salidas, cuentos y chistes, etc, llegando incluso a la posibilidad de que se presenten conductas homosexuales transitorias que forman parte del proceso de elaboración de la identidad sexual. También se presenta acá en forma frecuente las actividades masturbatorias.



CONSOLIDACIÓN

3. Apertura a la heterosexualidad: A pesar de que en esta fase la sexualidad está presente en un sinnúmero de actividades como las conversaciones y fantasías eróticas, los impulsos sexuales dirigidos a un otro (objeto amoroso), se concretan en relaciones intensas pero efímeras, con rápidos cambios de objeto amoroso; incluso este objeto amoroso deseado puede estar conformado por características pertenecientes a distintas personas. El romanticismo es una característica destacada en estas relaciones de enamoramiento y la masturbación es una actividad practicada por ellos y ellas con una alta frecuencia.

A pesar de la denominación establecida por Fariña de Luna para esta fase, es necesario observar que en este momento la exploración de los posibles objetos sexuales y amorosos, posibilita en el caso de una prefiguración de identidad homosexual, una mayor estabilidad y definición del deseo sexual y amoroso por un objeto homosexual.

4. Consolidación: En la última fase, la identidad sexual adquiere una configuración más integrada, estable y sólida, derivando en una mayor estabilidad afectiva que sienta las condiciones para la búsqueda del objeto amoroso único (homosexual o heterosexual) y el establecimiento de una relación más duradera y estable. En el caso de haberse dado, en forma ideal, un desarrollo psicosexual adecuado, el y la adolescente tardío(a) contará con una madurez afectiva que le permitirá integrarse de forma adecuada al mundo adulto.

Entonces, en concordancia con Blos (1986) podemos afirmar que *"la formación de la identidad sexual es el logro final de la diferenciación del impulso adolescente durante esta fase"* (p. 134). Incluso citando a Spiegel (1958), Blos señala que entre los 18 y los 20 años *"parece ser que la selección sexual se efectúa; al menos he observado -dice Spiegel- que un número de homosexuales masculinos han empezado a considerarse durante ese período como permanentemente homosexuales"* (p. 211).

Una vez explicado el proceso de desarrollo psicosexual que lleva a la definición de una identidad sexual, consideramos que vale la pena profundizar un poco más en tres elementos que tienen especial relevancia en el desarrollo adolescente: **a)** la exploración del propio cuerpo y dentro de este aspecto lo relacionado con el autoerotismo, **b)** el tránsito de los grupos unisexuales a los grupos mixtos y **c)** las relaciones de pareja.



Los grupos de pares se constituyen, como lo hemos descrito en otro lugar, en un espacio protegido para ensayar conductas y encontrar contención a sus angustias y temores.

a. La exploración de un nuevo cuerpo

Este capítulo ya fue abordado más arriba. Solamente señalaremos que la masturbación permite a la y el adolescente conocer la anatomía y funcionamiento de sus genitales, liberar las tensiones sexuales acumuladas y prepararse para las relaciones genitales en pareja.

b. De los grupos unisexuales a los mixtos

Superado en parte el aislamiento inicial propio de la pubertad, que le permitía a la y el adolescente explotarse y afirmarse un poco en una estructura narcisista o egocéntrica, los grupos de pares se constituyen, como lo hemos descrito en otro lugar, en un espacio protegido para ensayar conductas y encontrar contención a sus angustias y temores.

Estos espacios, durante la adolescencia temprana, se caracterizan por estar conformados predominantemente por jóvenes del mismo sexo, lo que provee al espacio grupal de una mayor seguridad y protección que le permite al o la joven explorar más y reafirmar su identidad sexual y de género. En estos espacios se sienten libres y tranquilos(as) para "compartir vivencias, ensayar y comentar conductas en relación con el sexo opuesto y calmar sus temores e inseguridades en relación con estos contactos" (Villalobos, 1999; p. 78).

Por su parte Krauskopf (1995) sostiene que la afirmación de la propia identidad sexual al interior de agrupaciones unisexuales en donde se expresan interacciones aparente y superficialmente antagónicas, facilitan las posteriores asociaciones heterosexuales en grupos que también hacia el final de la adolescencia irán desapareciendo por la preferencia de los y las jóvenes por la experiencia de intimidad con una pareja más estable.

c. La pareja: un espacio de exploración del cuerpo del otro

Como parte de los procesos de construcción y reafirmación de la identidad que hemos mencionado reiteradas veces, a la altura de la adolescencia media, y a partir de un incremento de los sentimientos de comodidad con personas del otro sexo, el joven y la joven comienzan a posibilitar y buscar espacios de relación con el otro sexo.

Tal como lo describe Blos (1986), luego del aumento del narcisismo adolescente como una salida defensiva temporal al deseo incestuoso, inicia una búsqueda de objetos no incestuosos a través de relaciones amorosas:

"fácilmente puede observarse cómo los adolescentes abandonan su gran autosuficiencia y actividades autoeróticas, tan pronto como, por ejemplo, tienen sentimientos de ternura por una muchacha. El cambio de catexis del ser a un nuevo objeto altera la economía libidinal pues la gratificación se busca ahora en un objeto en lugar de en uno mismo". (pp. 134-135)

No obstante las primeras relaciones son, en forma general, de corta duración con incipientes muestras de exploración sexual. Así en palabras de Blos (1986) se podría decir que los "primeros amores no son relaciones maduras, sino intentos rudimentarios de desplazamiento de la libido que adquirirían madurez amorosa sólo con la resolución progresiva del complejo de Edipo revivido" (p. 155).

Es importante comprender que estas situaciones son propias de la dinámica adolescente y no corresponden, como algunas personas piensan, a una forma "ligera" y promiscua de actuar. Estos juicios, que normalmente son dirigidos a las adolescentes, por cuanto estas conductas son vistas como algo normal en los hombres, pueden reforzar una identidad parcial negativa en la joven que la inducirían a quedar atrapada en esa dinámica sin la posibilidad de seguir creciendo.

Si en esta etapa se presentan las relaciones coitales, estas son vividas por los y las adolescentes tempranas de forma relativamente frustrante o incluso traumática. Esto debido al poco control que se posee del propio cuerpo, al desconocimiento del cuerpo y ritmos del otro y a los sentimientos de culpa y temor generados por las prohibiciones y juicios sociales en torno a su conducta.

Conforme pasa el tiempo, las relaciones van siendo en cada oportunidad, más duraderas y estables. Se hace más fuerte la necesidad de ligarse "a una persona específica en relaciones más duraderas, donde aparece una mayor preocupación por los sentimientos y deseos del otro, así como por una relación genital" (Villalobos, 1999; p. 78).

Se presentan cada vez más los juegos sexuales como aproximaciones progresivas al acto coital: las caricias y masturbación mutua muchas veces sobre la ropa y en otras ocasiones explorando la desnudez.

Conforme la persona adolescente avanza en el proceso adolescente y se adentra específicamente en la etapa tardía de la adolescencia, se consolidan las relaciones amorosas que adquieren formas específicas y determinadas a partir de las necesidades efectivas, la identidad de género y la identidad sexual de los y las participantes en dichas relaciones.

Asimismo, la profunda necesidad de intimidad es extendida a la esfera genital, estableciéndose de esta forma una actividad genital frecuente que adquiere las características de las prácticas sexuales adultas.



b) Salud Sexual y Reproductiva³

"Salud sexual es la integración de los elementos somáticos, emocionales sociales del ser sexual, por medios que sean positivamente enriquecedores y que potencien la personalidad, la comunicación y el amor."



"Presentan decisiva importancia desde ese punto de vista el derecho a la información sexual y el derecho al placer."

³Texto tomado de: Cerruti, S; Behar, R. (1997). La travesía de la Vida: una propuesta metodológica en Educación de la Sexualidad. Montevideo: Programa Salud Integral del Adolescente.



Entre las más frecuentes se mencionan el hábito de fumar, consumo de bebidas alcohólicas y sustancias psicoactivas, violencia, conducción de vehículos a gran velocidad...

PROBLEMAS DE SALUD

Se sabe que en nuestro medio, al igual que en otros países del continente, la mayor parte de la morbi-mortalidad en la adolescencia se asocia a elementos relacionados a la forma de vida de las y los jóvenes. Un aspecto importante a destacar es el relativo a las conductas de riesgo, que pueden dañar significativamente la salud a corto o largo plazo.

Entre las más frecuentes se mencionan el **hábito de fumar, consumo de bebidas alcohólicas y sustancias psicoactivas, violencia, conducción de vehículos a gran velocidad** entre otras. Del mismo modo, la problemática de la salud reproductiva y sexual, también se vincula al contexto que enmarca la salud integral. Dentro de la mencionada problemática, se desea enfatizar en dos elementos preocupantes por su creciente frecuencia y por la repercusión en la calidad de vida actual y futura de las y los adolescentes.

El embarazo en la adolescencia que en nuestro país aumenta su incidencia, particularmente en los sectores de mayor carencia económica. Si bien en el plano biológico sus complicaciones repercuten directamente en la adolescente y su hijo, no se pueden dejar de considerar las secuelas que deja en los y las jóvenes padres y madres, la familia y la sociedad en su conjunto.

Las enfermedades de transmisión sexual tienen en nuestro país una mayor incidencia en el grupo de edades comprendido entre 20 y 24 años, seguido por los de 15-19 y 25-29 años. Aunque son mayoritarias en el sexo masculino, las complicaciones más severas se ven en las jóvenes debido a la escasa sintomatología y dificultades diagnósticas. Estas afecciones pueden originar distinta repercusión en el plano biológico, desde molestias leves hasta compromiso vital.

La preocupación por el avance de la infección VIH-SIDA a nivel mundial, nos enfrenta a nuevos desafíos ya que la transmisión se encuentra vinculada estrechamente al comportamiento sexual humano y los datos existentes muestran la frecuente contaminación en etapas tempranas de la vida, como la adolescencia y la juventud.

Se propone que este análisis debiera efectuarse en



PUNTOS CLAVES

Partiendo del análisis de la salud de los y las adolescentes, se considera sustancial realizar una apreciación de la realidad existente, desde una perspectiva que incorpore la sexualidad como categoría de análisis.

Se propone que este análisis debiera efectuarse en tres puntos claves:

1. **Conocer las necesidades y problemas que perciben las y los jóvenes con respecto a la esfera sexual-reproductiva.**
2. **Conocer qué lugar ocupa la sexualidad en el estilo de vida de la población y en qué forma podría actuar como elemento etiopatogénico en trastornos de salud, manifiesta y no manifiestamente de carácter sexual-reproductivo.**
3. **Incorporar la consideración de la sexualidad dentro de un enfoque de prevención continua en el marco de la Salud Integral, con la activa participación de la población a la que van dirigidas las acciones.**

El concepto de **Salud Sexual**, fue establecido por un grupo de expertos, convocados por la O.M.S. en Ginebra en 1975 (6) y que no ha tenido la difusión que realmente se merece.

"Salud sexual es la integración de los elementos somáticos, emocionales sociales del ser sexual, por medios que sean positivamente enriquecedores y que potencien la personalidad, la comunicación y el amor."

"Presentan decisiva importancia desde ese punto de vista el derecho a la información sexual y el derecho al placer."

Según Marce, Bannerman y Burton (op.cit.), el concepto de sexualidad sana incluye tres elementos básicos:

1. **La aptitud para disfrutar de la actividad sexual y reproductiva, y para regularla de conformidad con una ética personal y social.**



El concepto de **Salud Sexual**



Esto implica que las personas tengan o se les posibilite la capacidad para reproducirse en el momento que consideren oportuno

2. **La ausencia de temores, de sentimientos de vergüenza y culpabilidad, de creencias infundadas y de otros factores psicológicos que inhiban la reacción sexual o perturben las relaciones sexuales.**
3. **La ausencia de trastornos orgánicos, de enfermedades y deficiencias que entorpezcan la actividad sexual y reproductiva.**

"Tal noción de salud sexual supone la adopción de un criterio positivo respecto de la sexualidad humana; la finalidad de la asistencia prestada en ese sector debe ser el disfrute intensificado de la vida y de las relaciones personales y no meramente el asesoramiento y la asistencia relacionados con la procreación o las enfermedades de transmisión sexual."

Salud Reproductiva.

A su vez, el concepto de **Salud Reproductiva** se consolida en el Documento Final de las Discusiones Técnicas de la O.P.S./O.M.S. sobre "Planificación Familiar y Políticas de Población", realizada en Washington D.C. en 1993 (7)

"Se entiende la **Salud Reproductiva** no solo como la ausencia de enfermedad o trastornos del proceso reproductivo, sino como una situación en la cual este **proceso evoluciona a un estado de bienestar físico, social y mental.**"

"Esto implica que las personas tengan o se les posibilite la capacidad para reproducirse en el momento que consideren oportuno, que las parejas o mujeres que así lo decidan puedan tener un embarazo, parto y puerperio de evolución satisfactoria y que los niños sobrevivan y se desarrollen en un ambiente saludable."

"Por extensión, este concepto significa también el reconocimiento del derecho de las personas para acceder a una sexualidad plena y enriquecedora, como un elemento de bienestar personal y familiar. Implica, del mismo modo, que cuando optan libre y responsablemente por el ejercicio de relaciones sexuales, ellas pueden ser mutuamente gratificantes y no están distorsionadas por el temor a un embarazo no deseado o de una enfermedad de transmisión sexual."



La importancia de la Educación para la Salud incorporada en todos los niveles del Sistema Educativo

"Desde esta conceptualización de Salud Reproductiva, ocupan un destacado lugar todas las medidas referidas a brindarles a las personas métodos adecuados para realizar opciones referidas a su fertilidad. Ello equivale a proporcionarles los elementos educativos necesarios y los procedimientos específicos para optar por regular su fecundidad, así como para que se les ofrezcan las posibilidades de acceder a una gestación cuando existen situaciones de infertilidad."

Dentro de este contexto, la Educación entendida como el proceso que potencia la formación de las personas, adquiere singular importancia para la salud. Los agentes educadores están comprometidos "en crear situaciones y ámbitos que posibiliten el desarrollo de los procesos intelectuales y afectivos que hagan al educando capaz de decidir conductas saludables." (8) O.M.S.

Es en la niñez que comienzan a conformarse las actitudes y comportamientos vinculados al proceso salud-enfermedad, que repercutirán más tarde, durante toda la vida.

El Sistema Educativo, dada su amplia penetración en el país y el tiempo de permanencia de los educandos en el mismo, es la Institución que tiene una extraordinaria potencialidad para desarrollar "una verdadera cultura de salud."

LA OMS. ha enfatizado en esta posición ratificada en la Reunión de noviembre de 1991 en Ginebra, acerca de la importancia de la Educación para la Salud incorporada en todos los niveles del Sistema Educativo (8).

Conocimientos básicos en ITS/VIH/SIDA

Objetivo:



Dar a conocer algunos aspectos de la aparición del SIDA y las características socio-epidemiológicas de las personas viviendo con el VIH-SIDA

I. Historia social y datos epidemiológicos del VIH-SIDA en los contextos internacional y nacional:



Ciudad de Nueva York, E.U

El SIDA hizo su aparición en 1981, cuando en las ciudades de Nueva York, Los Ángeles y San Francisco (Estados Unidos), se detectaron grupos de hombres homosexuales que presentaban infecciones y/o tumores malignos inusuales para su edad.

Dos años más tarde de su aparición, se descubrió que la enfermedad era causada por un virus denominado Virus de la inmunodeficiencia humana, con las siglas VIH.

En nuestro país la aparición del SIDA como enfermedad emergente en 1983 afectó aproximadamente la mitad de la población de personas hemofílicas quienes recibieron hemoderivados entre las décadas de los 70's y 80's, así como el reporte de los primeros casos por otros mecanismos de transmisión, predominando desde entonces la vía sexual.



Así las cosas, ya para el año 2003 (20 años más tarde), El Programa conjunto de las Naciones Unidas para el SIDA (ONU-SIDA, 2003) reportó la siguiente información:



- Personas que vivían con el VIH/SIDA

Total	42 millones
- Adultos	38,6 millones
- Mujeres	19,2 millones
- Hombres	19,4 millones
- Menores de 15 años	3,2 millones

NUEVAS INFECCIONES POR EL VIH EN EL 2002

TOTAL 5 MILLONES

- Adultos 4,2 millones
- Mujeres 2 millones
- Hombres 2,2 millones
- Menores de 15 años 800.000 millones



Menores de 15 años
800.000 millones

DEFUNCIONES CAUSADAS POR EL SIDA EN 2002



Total 3,1 millones

- Adultos 2,5 millones
- Mujeres 1,2 millones
- Menores de 15 años 610.000 millones

ALERTA

Informes de las Naciones Unidas (2003) aproximadamente se registran 14000 infecciones por día y se cree que un 25-30% de personas infectadas no saben que están infectadas.





Algunos datos vitales

Se estima que cerca de 50% de todas las infecciones nuevas del VIH son entre jóvenes **menores de 25 años**, la mayoría de ellos infectados sexualmente. (Zambrano, Carlos. MD, 2001).

De 1994 a 1997 **no hubo disminución** en las infecciones nuevas del VIH entre los jóvenes (Zambrano, Carlos. MD, 2001).



En nuestro país, actualmente contamos con **4500 casos confirmados** por la prueba del Western Blot, (datos del ICMRT y Laboratorio clínico HSJD, 2005) de éstos aprox. el 84% se infectó por la vía sexual.



- La epidemia de SIDA ha sido acompañada por la estigmatización y la discriminación. Todavía después de más de 20 años frente a la epidemia la reacción negativa ante las personas viviendo con VIH-SIDA continúa sintiéndose en nuestras culturas así como la prevalencia de las prácticas y conductas de riesgo.
- Las y los jóvenes conocen las prácticas sexuales de riesgo, las formas de cómo se transmite la enfermedad así el cómo debería evitarse o prevenirse, sin embargo estos conocimientos no se han transformado en actitudes y prácticas saludables.
- El incremento de casos entre mujeres y el grupo de adolescentes y jóvenes se ha ido anchando progresivamente.
- La edad de la primera relación sexual ha ido descendiendo en forma constante, mientras que la edad en que una pareja forma una familia ha ido aumentando.
- La monogamia en serie, es decir tener uno y otro compañero (a) consecutivos ha ido en aumento tanto en hombres como en mujeres.

II. ASPECTOS CLÍNICOS Y EPIDEMIOLÓGICOS DEL VIH-SIDA:

Objetivo: Conocer y describir los aspectos clínicos y de laboratorio para la identificación precoz del VIH y de otras infecciones de transmisión sexual.

Dada la importancia actual de esta infección, se comentará esta unidad a manera de preguntas y respuestas, buscando abarcar la mayor parte de las inquietudes que han surgido de la población general, estudiantes universitarios y las y los adolescentes.



1. ¿QUÉ SON LAS ITS? ¿QUÉ LAS PRODUCEN?

Las infecciones de transmisión sexual (ITS) se definen como un grupo de procesos inflamatorios diversos, de curso sintomático o asintomático, comúnmente llamados Enfermedades de transmisión sexual, pueden ser causadas por bacterias, virus, hongos, parásitos etc. El SIDA es también una infección de transmisión sexual causada por un virus.



2. ¿QUÉ ES EL SIDA? ¿QUÉ LO PRODUCE?

El término SIDA significa Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, que representa la última etapa clínica de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y que por lo común, presenta daños progresivos en el aparato inmunológico (las defensas) y otros órganos, en especial el Sistema Nervioso Central.



3. ¿CÓMO SE TRASMITTE EL VIH Y LAS ITS?

a) Relación sexual: vaginal, rectal u oral sin protección.

El riesgo por la vía sexual se incrementa conforme se tengan más de un compañero o compañera con los que se practique actividad sexual o por la práctica de la monogamia en serie, es decir tener uno y otro compañero o compañera sexual a través del tiempo.

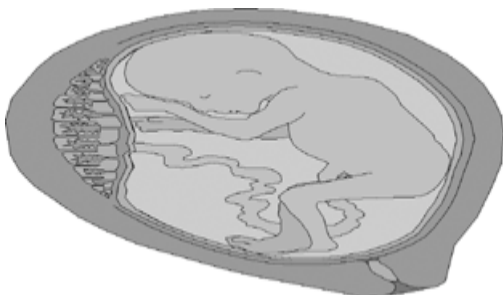
b) Vía sanguínea:

- A través de sangre.
- Productos sanguíneos contaminados.
- Agujas contaminadas.

La transmisión sanguínea incluye el uso de agujas y jeringas contaminadas principalmente para los virus del VIH y Hepatitis (HB). Las personas con problemas de drogadicción, de tipo intravenoso, corren un alto riesgo de adquirir la infección por VIH, dado que en muchas oportunidades se comparten estos instrumentos sin ninguna esterilización; lo mismo ocurre con personas que realizan perforaciones mucocutáneas con agujas sin esterilizar, tal es el caso de apertura de orejas y tatuajes.

c) Vía Materna:

- Durante el embarazo
- Durante el nacimiento
- Durante la lactancia materna



A nivel mundial, el riesgo de que una madre portadora del VIH transmita el virus a su producto, se estima entre el 25%-45%, es decir de 100 mujeres embarazadas el 25-45 de éstas pueden transmitir el virus a su producto.

d) Vía ocupacional.

El personal de salud o los familiares que están expuestos a pacientes seropositivos por el VIH, tienen una probabilidad muy baja de adquirirlo. No obstante la manipulación de secreciones o fluidos deben ser manejadas con equipo de protección, por ejemplo uso de guantes.

El simple hecho de punzarse accidentalmente con una aguja contaminada, difícilmente producirá una infección dada la baja carga viral que se pudiera inocular.



4. ¿CÓMO AFECTA EL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA AL INDIVIDUO?

El virus ataca y destruye a las células CD4. Estas células son las que nos protegen de las infecciones.

Cuando los CD4 disminuyen mucho, es más fácil que cualquier germen nos ataque y produzca una enfermedad infecciosa.





5. ¿CUÁLES SON LAS CONDUCTAS DE RIESGO PARA ADQUIRIR EL VIH/SIDA? (ver capítulo VI)

• Conductas de riesgo:

- Penetración vaginal y rectal sin protección.
- Compartir agujas y o otra instrumentación que penetre la piel y mucosas, excepto en el caso que algunos de éstos sean reusables se debe realizar previa desinfección con soluciones detergentes, y posteriormente esterilizados en autoclave.
- Consumo de sustancias psicoactivas como el 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 compartido o con parejas desconocidas. Así como también el consumo intravenoso de drogas que favorecen el intercambio de las jeringas usadas y contaminadas. Es preferible el uso de instrumentos descartables en el caso de las jeringas y agujas.



• Conductas sin riesgo:

- Masturbación compartida o individual.
- Sexo oral usando condón.
- Cualquier práctica sexual con el uso sistemático del condón.
- Abstinencia- fidelidad mutua.
- Caricias y contacto corporal.



6. ¿SE RELACIONA LA TRANSMISIÓN DEL VIH CON INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL?



La infección por VIH se considera también de transmisión sexual, aunque no sea ésta la única vía para su adquisición. Además de ello, otras infecciones de transmisión sexual (ITS), tan comunes en nuestros medios como la Sífilis, la Gonorrea y el Linfogranuloma venéreo y el Papiloma virus humano, se han constituido como enfermedades facilitadoras para adquirir el VIH por la vía sexual. Parece ser que el virus puede adquirirse con una frecuencia de hasta cuatro a nueve veces más cuando se padece otra enfermedad de transmisión sexual (ITS); asimismo, estas últimas resultan más difíciles de tratar cuando se tiene una infección por VIH.



7. ¿CÓMO NO SE TRANSMITE EL VIH?

El VIH **NO** se transmite por:

- **El trato casual en la escuela o en el trabajo.**
- **No se adquiere en servicios sanitarios, ni en piscinas.**
- **No hay contagio por abrazar a una persona contaminada, ni por beber del mismo vaso o por darle la mano.**
- **No se adquiere por la manipulación de alimentos.**
- **No se ha demostrado la infección por contacto con saliva, orinas o secreciones bronquiales, a pesar de encontrarse el virus en éstos.**
- **Tampoco se ha demostrado transmisión a partir de mosquitos ni picaduras de otros insectos pues el virus no puede sobrevivir en éstos.**
- **La familia que convive con una persona viviendo con VIH/SIDA no está expuesta a ningún riesgo de contagio, no obstante al manipular los fluidos corporales o secreciones debe protegerse con las medidas de bioseguridad como por ejemplo uso de guantes.**



8. ¿LA INFECCIÓN DE VIH ES SINÓNIMO DE SIDA?

No

Una persona infectada con el VIH puede no tener ninguna manifestación clínica del SIDA e incluso puede ser que nunca padezca la enfermedad, pero es importante que toda persona infectada del VIH esté pendiente de la evaluación médica periódica y velar por mantener y seguir todas las indicaciones de los diferentes profesionales de la Clínica de atención integral del VIH-SIDA.



9. ¿TERMINAN TODAS LAS PERSONAS INFECTADAS CON EL VIH PRESENTANDO LA ENFERMEDAD?

No

La proporción de personas infectadas con el virus que llegan a presentar el SIDA, no se conoce con exactitud. Estudios realizados han previsto, antes de que se contara con tratamientos antivíricos específicos, que del 15 al 20 % iba a presentar SIDA en el transcurso de los primeros cinco años; que el 50 % la presentaría en el término de 7-10 años y que después de 10 años se calcula que la mayoría de personas infectadas pueden presentar SIDA en el término de 5-10 años. Con medidas del tratamiento y manejo integral interdisciplinario estos períodos actualmente son, sin duda, más largos. A pesar de lo anterior, un reducido porcentaje de personas infectadas puede presentar la enfermedad en el transcurso del primer año. En Costa Rica se dispone de la terapia antiretroviral y de los procesos de Consejería psicosocial, farmacéutica y nutricional, éstos tres últimos interfieren de una manera muy importante en la adhesión medicamentosa



10. ¿QUÉ ES EL PERÍODO DE VENTANA?



Período que transcurre entre la exposición de una persona al factor de riesgo y la producción y detección de anticuerpos contra el VIH. Es decir es el período que transcurre entre la infección y la identificación de anticuerpos en pruebas de sangre, **por lo general según las investigaciones clínicas a la fecha, se habla de un promedio de 2 a 6 meses.**



11. ¿A PARTIR DE QUÉ MOMENTO PUEDE UNA PERSONA RECIÉN INFECTADA POR VIH TRANSMITIR LA INFECCIÓN?

En realidad este dato se desconoce con exactitud, aunque por los estudios realizados se supone que una persona recién infectada puede transmitir la infección **muy poco tiempo después** y que esta condición dura por toda la vida. La transmisión se acelera cuando hay problemas de inmunodeficiencias de cualquier tipo, sumado a la exposición frecuente de factores de riesgo.



12. ¿PUEDE UNA PERSONA INFECTADA DE VIH TRANSMITIR LA INFECCIÓN AUNQUE NO PRESENTA SÍNTOMAS?



La persona infectada puede pasar muchos años sin dar muestras de

ninguna sintomatología de la enfermedad y a menudo puede ser que ignore que la padece. Sin embargo, si está infectado y aunque no tenga sospecha clínica de padecer la enfermedad, puede transmitir el virus a otra persona. Desde el punto de vista epidemiológico este perfil de paciente es de mayor amenaza para la Salud Pública



13. ¿PUEDE DIAGNOSTICARSE FÁCILMENTE EL VIH?



Existen métodos mediante el análisis en una muestra de sangre, para detectar anticuerpos contra el VIH en las personas infectadas. La prueba inicial de detección es la prueba de ELISA, muy sensible y bastante específica y la prueba confirmatoria llamada Western blot.

Cuando se confirma un caso seropositivo por VIH, se requiere continuar con el estudio clínico para evaluar el estadio inmunológico del paciente y el grado de severidad de la infección mediante el conteo de la carga viral y el recuento de las células CD4, éstos últimos solo se realizan en los hospitales San Juan de Dios, Calderón Guardia, México, Nacional de Niños y Monseñor Sanabria.



14. ¿QUE MIDE LA PRUEBA DE ELISA Y DONDE SE PUEDE SOLICITAR LA PRUEBA?

La prueba mide la producción de anticuerpos contra el VIH en la sangre del paciente. La prueba se puede solicitar al médico(a) de cualquier área de salud de la CCSS.



15. ¿CÓMO ES EL CUADRO CLÍNICO DEL SIDA Y LAS ITS?

Se da un complejo de signos y síntomas agudos o crónicos dependiendo del tipo de agente etiológico, de los tejidos comprometidos y de la oportunidad del diagnóstico. En el caso del SIDA se incluyen signos y síntomas como:



- Ganglios crecidos y palpables. Los ganglios son como pequeños centros donde se acumulan células especializadas en defender el organismo y aumentan de tamaño en casos de infección (ej: gripes)
- Fiebre intermitente.
- Pérdida de peso.
- Diarrea crónica.
- Anemia, sin embargo pueden verse cuadros agresivos sin que la persona haya tenido otros síntomas o signos previos como una infección por Neumonía Aguda.

- Una progresión hacia infecciones oportunistas o la aparición de ciertos tipos de cáncer secundario.
- Plaquetas bajas (Trombocitopenia).
- Células blancas bajas (leucocitos, linfocitos).
- Candidiasis oral y malestar general. (hongos).

En el caso de otras Infecciones de transmisión sexual, por lo general los síntomas son:

- Secreción o flujo vaginal en la mujer y goteo por el pene en el hombre.
- Manchas en palmas de manos y tórax
- Dolor y ardor al orinar.
- Dolor pélvico (bajo vientre).
- Ampollas o vejigas, ronchas o granos cerca de la boca, genitales o recto.
- Verrugas o pelotitas en los genitales y o recto
- Úlceras o llagas.
- Fiebre de origen desconocido.



16. ¿ES LA SINTOMATOLOGÍA DEL VIH/SIDA IGUAL EN ADOLESCENTES QUE EN ADULTOS?



Esencialmente Si. Por lo general las personas infectadas se dan cuenta hasta que se practican la prueba de ELISA.



17. ¿HAY TRATAMIENTO PARA EL SIDA LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL?



Iniciemos con el SIDA: Existen en el mercado medicamentos que ayudan a controlar la enfermedad o bien a mejorar la calidad de vida de las personas infectadas con VIH-SIDA, pero hasta el momento no hay un tratamiento efectivo que elimine la enfermedad o bien que brinde seguridad de que si se toman no se transmite la enfermedad. La toma de estos medicamentos han demostrado la reducción de los niveles del virus en la sangre.

No todas las personas portadoras del VIH tienen una respuesta al tratamiento exitosa, con la evolución de la enfermedad, muchos aún con la ayuda de los medicamentos antirretrovirales, no logran retrasar el grado de avance del virus o el impedimento de su replicación.

(Fuente: Dra. Zaida Tinoco. Departamento de Farmacoterapia, CCSS, enero 2002).

En las otras infecciones de transmisión sexual se dispone de tratamientos efectivos, el diagnóstico por el laboratorio es el indicativo para determinar que tipo de terapia medicamentosa será de primera elección, la mayoría de estas patologías se curan o controlan. (Consultar el "Manual Clínico Terapéutico. CCSS, 2003").



18. ¿QUÉ DEBEMOS HACER ANTE LA SOSPECHA DE UNA INFECCIÓN DE TRANSMISIÓN SEXUAL?

- Acudir inmediatamente al servicio de salud mas cercano del área de su jurisdicción
- No automedicarse
- No tener prácticas sexuales
- Cumplir con las indicaciones médicas y terapéuticas.



19. ¿CÓMO SE PUEDE PROTEGER CONTRA LA INFECCIÓN DEL VIH Y LAS ITS?

- Toda práctica sexual debe realizarse con protección o en su defecto tener una relación monógama con una pareja sana, en la medida que ésta última también practique la monogamia.
- Evitar el contacto sexual sin protección con drogadictos o con personas consideradas de alto riesgo. Hasta ahora la única medida de protección casi segura para prevenir el VIH-SIDA por vía sexual es **el uso adecuado y sistemático del condón.**
- No compartir navajillas de afeitar, agujas u otros instrumentos que penetren la piel.
- Adicionalmente, es importante una educación sexual integral, tener acceso oportuno a servicios de detección y prevención de ITS.
- Acceder oportunamente los servicios de salud.



20. ¿EXISTEN VACUNAS PARA PREVENIR EL SIDA?

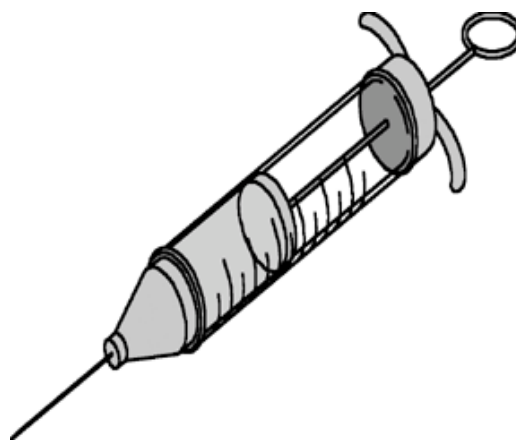


Sin embargo se realizan intensos estudios para lograr tal fin. Diversas investigaciones se orientan hacia la búsqueda de un ejemplar con virus atenuado capaz de provocar una respuesta inmunológica pero sin producir infección; otras se dirigen hacia la inhibición de ciertos genes del VIH; otras buscan bloquear los

receptores virales en la superficie celular; incluso hay investigaciones orientadas hacia la destrucción de la cápsula protectora del genoma viral. Se debe tener en cuenta que una sola vacuna no podrá prevenir la infección por los diferentes subtipos de VIH. Otros mecanismos de protección se orientan a la destrucción de las diversas enzimas virales.



21. ¿QUÉ VACUNAS SE RECOMIENDAN PARA LAS PERSONAS QUE VIVEN CON EL VIH-SIDA?



- Vacuna contra la gripe
- Vacuna contra el streptococo pneumonie
- Vacuna contra la Influenzae
- Vacuna contra el tétano.
- Vacuna contra HB (Hepatitis B).



22. ¿QUÉ VACUNAS DEBE EVITAR RECIBIR UN NIÑO/A INFECTADO CON VIH?

Todas según la norma, excepto las vacunas con virus y bacterias vivas, por lo tanto la vacuna del BCG se debe posponer y la vacuna contra la Poliomielitis debe administrarse vía parenteral, ésta última por el riesgo de la polio posvacunal en los miembros de la familia con defecto en el sistema inmune.



23. ¿HAY REGULACIONES EN NUESTRO PAÍS PARA AQUELLAS PERSONAS QUE, ESTANDO INFECTADAS EXPONGAN AL RIESGO DE INFECCIÓN A SEGUNDOS O A TERCEROS?



Reformas del Código Penal y propagación de Infecciones.

Refórmase el artículo 262 del Código Penal, Ley Nº 4573, de 04 de mayo de 1970:

Artículo 262. Propagación de enfermedades infecto-contagiosas

- "... Se impondrá prisión de tres a dieciséis años a quien conociendo que está infectado con alguna enfermedad infecto-contagiosa que implica grave riesgo para la vida, la integridad física o la salud, infecte a otra persona, en las siguientes circunstancias:

- a. Donando sangre o sus derivados, semen, leche materna, tejidos u órganos.
- b. Manteniendo relaciones sexuales con otra persona sin informarle de la condición de infectado.
- c. Utilizando un objeto invasivo, cortante o de punción que haya usado previamente en él..."

GLOSARIO

AGENTE ETIOLÓGICO:

En este caso, se trata de los diferentes microorganismos capaces de producir una determinada infección.

ADN:

Ácido desoxirribonucleico. Es el ácido nucleico que constituye la base de la formación de los seres vivos.

ARN:

Ácido ribonucleico. Es el ácido nucleico encargado de brindar la información necesaria para que el ADN duplique las cadenas de aminoácidos, origen de la vida. El genoma del VIH es ARN.

ANTICUERPOS:

Llamados también inmunoglobulinas*. Consisten en elementos moleculares, de diversa conformación, encargados de uno de los mecanismos esenciales de protección específica de nuestro organismo contra sustancias consideradas extrañas (llamadas antígenos*). Cuando aparecen anticuerpos es porque la sustancia considerada extraña estuvo o está presente. Forman parte del sistema inmunológico humoral.

ANTÍGENOS:

Nombre genérico con que se denominan a aquellas sustancias que el sistema o aparato inmunológico* considera o reconoce como extrañas en nuestro organismo.

AUTOINMUNIDAD:

Circunstancia por la cual el sistema inmunológico* ataca a las células de su propio organismo.

BITERAPIA:

Tratamiento dado con base a dos medicamentos diferentes.

CITOLÍTICO:

Lisis celular. Proceso mediante el cual se destruyen las células de un organismo. En el caso del VIH, es el efecto destructor que ejerce el VIH sobre los linfocitos CD4* que infecta.

CD4:

Se refiere a un tipo de linfocito * T, el cual es el blanco principal del VIH. Normalmente se mantienen en una relación aproximada de 2:1 con los linfocitos CD8*.

CD8:

Se refiere a un tipo de linfocito* T. Es una célula encargada de la destrucción de células alteradas como las provenientes de trasplantes, tumorales o infectadas con virus*.

CONGENITO:

Mecanismo mediante el cual el embrión o feto sufre alteraciones en su formación, evidentes al nacimiento o luego de éste, por factores de diversa índole, entre los que se encuentra la transmisión materna, durante el proceso de gestación, de factores o sustancias que no tienen que ver con las características genéticas. Por ejemplo, una madre infectada con el VIH, puede transmitirle el virus al hijo por nacer.

CULTIVO CELULAR:

Método de laboratorio consistente en preparación de tejidos celulares o uso de tejidos vivos, para la reproducción de microorganismos que, por ser parásitos obligados, requieren de células vivas para multiplicarse.

ESTERILIZACIÓN:

Acción de esterilizar. Procedimiento físico o químico por medio del cual se eliminan, en su totalidad, todos los gérmenes o formas vivientes, de una sustancia o cuerpo.

GENOMA:

Parte esencial de un ser vivo, donde se localizan los ácidos nucleicos – ácido ribonucleico (ARN) y ácido desoxirribonucleico (ADN) - esenciales para su reproducción. El VIH, únicamente posee ácido ribonucleico (ARN).

HEMODERIVADOS:

Sustancias extraídas o derivadas de la sangre, utilizadas con fines de tratamiento específico o genérico para algunas enfermedades.

HETEROSEXUAL:

Se refiere a la relación sexual entre personas de sexo diferente.

INCUBACIÓN:

Por período de incubación se conoce el tiempo transcurrido desde el momento de la infección hasta la aparición de los primeros signos o síntomas clínicos.

INMUNITARIO / INMUNOLÓGICO, APARATO O SISTEMA:

Consiste en un sistema dinámico de varios mecanismos de defensa que protegen a nuestro organismo de sustancias consideradas extrañas por éste (llamadas antígenos*).

KAPOSI. SARCOMA:

Un tipo de cáncer evidente en piel. Está asociado con SIDA.

LATENCIA:

Se refiere a un estado donde los microorganismos, a pesar de infectar un cuerpo vivo, no son detectados o no producen ningún cuadro clínico.

LINFOCITOS:

Son células que forman parte de los llamados leucocitos o glóbulos blancos. Participan activamente en los mecanismos defensivos – sistema inmunológico* – de nuestro organismo. Forman parte de la defensa inmune celular. Hay varios tipos de linfocitos, entre ellos los llamados T, dentro de los cuales los de tipo CD4* son los infectados por el VIH.

LINFOMA:

Tipo de neoplasia -"cáncer" - del sistema inmune que afecta en especial el tejido linfático (tejido reproductor de linfocitos*).

MACROFAGOS:

Son células activadas o estimuladas por el sistema inmunológico*, encargadas de fagocitar * o "comerse" a otras células o partículas que no reconoce como normales con el fin de eliminarlas.

MONÓGAMA. RELACION:

Aquella relación afectiva y /o sexual que se mantiene con una sola persona.

MONOTERAPIA:

Tratamiento dado con base en un solo medicamento.

MULTIDISCIPLINARIO:

Grupo compuesto por profesionales, técnicos o funcionarios de diferentes disciplinas para el abordaje en equipo de objetivos definidos previamente.

REPLICACIÓN:

Es el término aplicado a los mecanismos de REPRODUCCIÓN de los virus*. Una RÉPLICA es una especie de copia exacta de sí mismo.

RETROVIRUS:

Grupos de virus a los que pertenece el virus VIH*.

SEROLOGICO:

Relacionado con los estudios diversos que se realizan sobre una muestra de suero sanguíneo.

SERONEGATIVO:

Se refiere a la no detección en el plasma o suero sanguíneo de las sustancias buscadas o de anticuerpos* formados en su contra. En el caso del VIH, se refiere a la no demostración en el suero de anticuerpos contra el virus*.

SEROPOSITIVO:

Se refiere a la detección en el suero o plasma sanguíneo de las sustancias buscadas o de anticuerpos formados en su contra. En el caso del VIH, se refiere a la demostración de anticuerpos contra el virus.

SIDA:

Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida. Es un trastorno clínico de gravedad y hasta el momento mortal, que representa la última etapa clínica de la infección por el virus VIH (Virus Inmunodeficiencia Humana), el cual por destrucción directa de células esenciales en los mecanismos de defensa inmunológico (linfocitos T, tipo CD4), produce daños progresivos en el sistema de defensa de nuestro organismo, lo cual facilita la instauración de infecciones oportunistas.

SUBTIPOS:

Se refiere a las características de algunos microorganismos, como los virus, de presentar diferencias antigénicas* (sustancias diferentes) lo que los hace inmunológicamente diferentes (nuestras defensas no los reconocen por igual) a pesar de ser una misma especie.

TÍTULO:

Título de anticuerpos. Se refiere a la concentración de anticuerpos en sangre.

VIH:

Virus de Inmunodeficiencia Humana. Agente productor del SIDA. Perteneciente al grupo de virus cuyo material genético consiste en ARN (Ácido Ribonucleico) y que se reproduce en el interior de células inmunológicas (linfocitos T, tipo CD4*) provocando con ello su destrucción y consiguiente debilitamiento inmunológico.

VIRION:

Término con que se denomina al virus con su capacidad infectante.

VIRUS:

Son microorganismos, parásitos obligados, que poseen en general un solo tipo de ácido nucleico, bien sea ADN* o ARN*. No son visibles al microscopio de luz, requiriéndose para ello microscopía electrónica. Se miden en unidades llamadas nanómetros, siendo equivalente cada nanómetro a una millonésima de milímetro. Para poder replicarse * requieren de una célula huésped viva. El VIH posee una membrana rica en lípidos, por lo que es un virus cubierto con un genoma de AR.

c) Derechos sexuales y derechos reproductivos⁴



Derechos sexuales y derechos reproductivos

- Derecho a la libertad y autonomía sexual
- Derecho a la equidad, la igualdad y a vivir libre de toda discriminación
- Derecho a vivir libre de violencia sexual
- Derecho a la intimidad y privacidad sexual
- Derecho a la expresión de la sexualidad
- Derecho al disfrute y al placer sexual
- Derecho a la elección de pareja
- Derecho a la libertad reproductiva
- Derecho a la información y educación sexual
- Derecho a la atención y la salud sexual y reproductiva
- Derecho a la participación en políticas públicas sobre sexualidad

. Derecho a la libertad y autonomía sexual

Todas las personas tienen derecho a tomar decisiones sobre su cuerpo y su sexualidad.

Esto implica que:

- Cada persona decide cómo quiere vivir y expresar su sexualidad, lo cual implica que cada quien tiene el derecho a decidir si tienen relaciones sexuales o no, con quién y con qué frecuencia.

- Nadie debe presionar, condicionar ni imponer valores sobre la forma de vivir la sexualidad.
- Ninguna persona puede ser forzada a tener relaciones sexuales.
- Todas las personas tienen el derecho a expresar su orientación sexual y a elegir su pareja sexual.
- Ninguna mujer puede ser forzada a tener un embarazo o un aborto, ni a ser sometida a una intervención sin su consentimiento libre e informado.
- Ninguna persona requerirá autorización de su pareja para planificar con cualquier método.

⁴Texto tomado de: Campaña Nacional Hagamos un Hecho Nuestros Derechos. **Cartilla por los derechos sexuales de las y los jóvenes.** México: Campaña Nacional Hagamos un Hecho Nuestros Derechos. En: www.jovenesnuestrosderechos.org y

Federación Internacional de Planificación de la Familia (1996) **Carta de IPPF de Derechos Sexuales y Reproductivos.** Londres: IPPF.

2. Derecho a la equidad, la igualdad y a vivir libre de toda discriminación

Todas las personas merecen igualdad de oportunidades y vivir libres de toda discriminación, independientemente de la edad, el sexo, la orientación sexual, el estado de salud, la apariencia física, o cualquier otra condición.

Esto implica que:

- Los hombres y las mujeres deben tener las mismas posibilidades de educarse y trabajar.
- A ninguna mujer se le puede exigir una prueba de embarazo para acceder a un empleo o concursar para una beca, etc.
- Ninguna mujer podrá ser despedida de su trabajo o establecimiento educativo por estar embarazada.

3. Derecho a vivir libre de violencia sexual

Toda persona tiene derecho a una vida libre de violencia, incluyendo la violencia sexual. Cualquier forma de violencia afecta el disfrute pleno de la sexualidad.

Esto implica que:

- Ninguna persona debe ser abusada, acosada, hostigada o explotada sexualmente.
- Ninguna persona debe ser forzada, ni por la pareja ni por ninguna otra persona, a tener relaciones sexuales.

4. Derecho a la intimidad y privacidad sexual

Todas las personas tienen derecho a que se respete su intimidad, sus espacios privados y la confidencialidad en todos los ámbitos, incluyendo el sexual.

Esto implica que:

- Sin el debido consentimiento, ninguna persona deberá difundir información sobre los aspectos sexuales de otras personas.
- El personal de los servicios de salud está obligado a guardar el secreto profesional.

5. Derecho a la expresión de la sexualidad

Toda persona tiene derecho a realizar expresiones públicas de sus afectos, emociones, sentimientos y otros aspectos relacionados con su sexualidad.

Esto implica que:

- Toda persona tiene derecho a ejercer sus libertades individuales de expresión, manifestación, reunión e identidad sexual y cultural sin ser por ello discriminada, cuestionada, amenazada, agredida física, psicológica, sexual o patrimonialmente.

6. Derecho al disfrute y al placer sexual

Toda persona tiene derecho al disfrute pleno de su sexualidad, lo cual es fundamental para su salud y bienestar físico, psicológico y social.

Esto implica que:

- Toda persona tiene derecho a vivir cualquier experiencia, expresión sexual o erótica que elija, siempre que sea lícita, como práctica de una vida emocional y sexual plena y saludable.
- Ninguna persona debe ser obligada a realizar prácticas sexuales que atenten contra sus valores, moral e integridad psicológica y física.
- Ninguna persona debe ser presionada, discriminada o castigada por ejercer o no actividades lícitas relacionadas con el disfrute del cuerpo y la vida sexual.
- Toda persona tiene derecho a disfrutar de su cuerpo y su sexualidad independientemente del estado conyugal.

7. Derecho a la elección de pareja

Toda persona tiene derecho a elegir si quiere compartir su vida y su sexualidad con una pareja o no.

Esto implica que:

- Ninguna persona puede ser obligada a convivir con otra persona.
- Ninguna persona está obligada a permanecer casada o unida a alguien con quien ya no es feliz.
- Ninguna garantía individual o derecho debe ser limitado por esta decisión.
- Toda persona tiene derecho a una elección libre de su pareja, sin importar su orientación sexual.

8. Derecho a la libertad reproductiva

Toda persona debe tener a su alcance la más amplia información y servicios relacionados con los métodos modernos, seguros y aceptables para regular la fecundidad, incluida la anticoncepción de emergencia.

Esto implica que:

- Toda persona tiene derecho a la toma de decisiones reproductivas libres y responsables.
- Toda persona tiene derecho a decidir si se tienen hijas-hijos o no y cuándo tenerlos.
- A ejercer una sexualidad independiente de la reproducción.
- Ninguna persona requiere la autorización de su pareja para utilizar métodos anticonceptivos.
- El Estado debe respetar y apoyar las decisiones relacionadas con la vida reproductiva, brindando información y servicios de salud necesarios y haciendo efectivo el derecho a la confidencialidad.

9. Derecho a la información y educación sexual

Toda persona, desde temprana edad tiene derecho a recibir información y educación de la sexualidad. Esto implica tener acceso a información oportuna y adecuada sobre los diferentes aspectos de la sexualidad, la salud sexual y reproductiva, así como sobre los servicios respectivos.

Esto implica que:

- Todas las personas deben ser educadas y preparadas para asumir con responsabilidad las consecuencias de su conducta sexual y reproductiva.
- Las niñas, niños y adolescentes tienen derecho a que se les brinde información y se les vincule a programas de prevención de embarazos no deseados, maltrato, abusos y todo lo relacionado con el ejercicio de su sexualidad.
- La información sobre la sexualidad debe ser integral, científica y laica.
- La educación sexual debe estar libre de prejuicios y debe fomentar la toma de decisiones libres e informadas, así como la igualdad de oportunidades y la equidad.

- Los contenidos sobre sexualidad en los programas educativos del Estado deben ser integrales, laicos y científicos, brindarse de manera continua, estar adecuados a las diferentes etapas de las personas y contribuir a fomentar el respeto a la dignidad y la libertad de las personas.

10. Derecho a la atención y la salud sexual y reproductiva

Todas las personas tienen derecho a recibir servicios de salud sexual y reproductiva de la más alta calidad.

Esto implica que:

- Los servicios de salud sexual y reproductiva deben ser gratuitos y confidenciales.
- El personal de los servicios de salud sexual y reproductiva no deben negar ninguna información o atención bajo ninguna condición.
- Toda persona tiene derecho a beneficiarse de los avances de la ciencia y el progreso tecnológico en Salud Sexual y Reproductiva, incluyendo las ITS.
- Toda persona debe disponer de métodos modernos, seguros y aceptables para regular su fecundidad y a estar informadas sobre ellos.

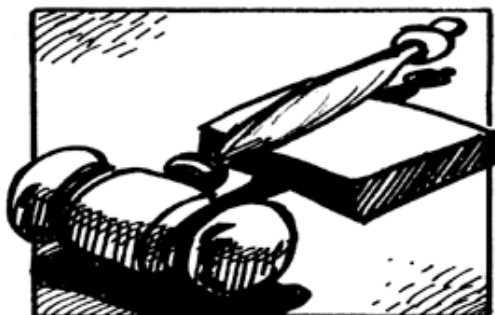
11. Derecho a la participación en políticas públicas sobre sexualidad (11)

Todas las personas tienen el derecho de promover el reconocimiento y ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos y por ende el disfrute de una adecuada salud sexual y reproductiva.

Esto implica que:

- Toda persona tienen derecho a asociarse de acuerdo a intereses comunes para promover la implementación de políticas públicas sobre sexualidad, así como los derechos sexuales y derechos reproductivos.

d) MARCO LEGAL⁵ :



El proceso de brindar atención integral a la adolescencia costarricense está fundamentado en un amplio marco jurídico que ha evolucionado en forma acelerada, especialmente en la década de los años noventa, luego del establecimiento de principios rectores, por medio de cartas de derechos y convenciones adoptados por la comunidad internacional, que nuestro país, acertadamente, ha ratificado e incluido como parte integral de la legislación nacional.

Esta legislación permite establecer un nuevo paradigma en materia de adolescencia. Por un lado, se llena el vacío jurídico existente ya que la adolescencia misma, per se, no se consideraba en nuestras leyes, y por otro lado la nueva legislación establece la Doctrina de la Protección Integral, donde se considera a niños(as) y adolescentes como sujetos sociales de derecho con la obligatoriedad de la familia y del Estado de garantizar los mismos.

Nuestra constitución política, vigente desde el 7 de noviembre de 1949, destaca una serie de principios legales que direccionan el quehacer del sector social respecto a la Atención Integral a la Adolescencia.

Así, el **artículo 21** de nuestra constitución dice "La vida humana es inviolable", y en una interpretación

de este artículo, la Sala Constitucional, en el voto N° 5619 del 22 de octubre de 1996, resolvió que: "Es de este principio constitucional de donde innegablemente se desprende el derecho a la salud, el bienestar físico, mental y social, derecho humano que se encuentra indisolublemente ligado al derecho de la salud y a la obligación del Estado de proteger la vida humana".

Otros artículos constitucionales relevantes son:



Artículo 51:

"La familia, como elemento natural y fundamento de la sociedad, tiene derecho a la protección especial del Estado. Igualmente tendrá derecho a la protección, la madre, el niño, el anciano y el enfermo desvalido".

Artículo 55:

"La protección especial de la madre y el menor a cargo de una institución autónoma denominada Patronato Nacional de la Infancia con la colaboración de las otras instituciones del Estado".

(La ley N° 7648 publicada en la Gaceta del 21 de diciembre de 1996, redefine el quehacer del PANI).

⁵ Texto tomado de: Rodríguez, J; Garita, C; Díaz, M; Sequeira, M; Valverde, O. (2002). Bases Programáticas: Programa Atención Integral a la Adolescencia. Costa Rica: PAIA/CCSS.

Artículo 71:

"Las leyes darán protección especial a las mujeres y los menores de edad en su trabajo "

Artículo 73:

Versa sobre la creación de la Seguridad Social y su administración por parte de la C.C.S.S.

Artículo 78:

"La educación general básica y obligatoria; ésta, la preescolar y la educación diversificada son gratuitas y costeadas por la Nación.

El Estado facilitará la prosecución de estudios superiores a las personas que carezcan de recursos necesarios. La adjudicación de las correspondientes becas y auxilios estará a cargo del Ministerio del ramo, por medio del organismo que determine la ley".



Artículo 82

" El estado proporcionará alimento y vestido a los escolares indigentes, de acuerdo con la ley "

Por otra parte, Costa Rica, como país miembro de las Naciones Unidas, ha participado en forma activa

en diversos foros internacionales que han tenido como finalidad el rescate de los Derechos de Niños y Adolescentes en todo el orbe.

De estos foros se han desprendido una serie de convenios y tratados que nuestro país ha firmado, y que luego de su ratificación por la Asamblea Legislativa son vinculantes y pasan a formar parte de nuestro ordenamiento jurídico con una jerarquía superior a la legislación vigente, de tal forma que nuestras leyes deben más bien adecuarse a lo convenido por la Comunidad de Países.

En este sentido, un hito histórico de gran importancia es establecido con la ratificación de la " Convención sobre los derechos del niño" (entendiéndose de todos los menores de 18 años) por la Asamblea Legislativa de Costa Rica, aprobado por la Asamblea General de Naciones Unidas el 20 de Noviembre de 1989 y publicado en la Gaceta N° 49 del 09 de Agosto de 1990 como la ley N° 7184.

La Convención de Derechos del Niño especifica los derechos de esta población, luego del marco general establecido por las Naciones Unidas con la Declaración Universal de Derechos Humanos en 1948.

Se establecen aquí principios fundamentales como:

- La no discriminación (artículo 62)
- Interés superior (artículo 63)
- Derecho a la opinión (artículo 12)
- Libertad de expresión (artículo 13)
- Libertad de pensamiento, conciencia y religión (artículo 14)
- Protección de la vida privada (artículo 16)
- Derechos a la salud y servicios médicos (artículo 24)
- Derecho a la seguridad social (artículo 26)
- Derecho a la educación (artículo 28 y 29)
- Protección contra la explotación sexual (artículo 34)
- Administración de justicia (artículo 40)

Luego de 8 años de aprobada la Convención de los Derechos del Niño, la Asamblea Legislativa proclama la ley N° 7739: "Código de la Infancia y la Adolescencia", donde se clarifican aspectos ya contenidos en la ley 7184 (Convención de los Derechos del Niño) y se introduce una diferenciación en los derechos de las personas adolescentes.

Se destacan como principios trascendentales en el Código de la Infancia y la Adolescencia los contenidos en los siguientes artículos:

Artículo 5

" Interés Superior"

"Toda acción pública o privada concerniente a un persona menor de 18 años, deberá considerar su interés superior, el cual le garantiza el respeto de sus derechos en un ambiente físico y mental sano.



La determinación del interés superior deberá considerar:

- a) Su condición de sujeto de derechos y responsabilidades
- b) Su edad, grado de madurez, capacidad de discernimiento y demás condiciones personales.
- c) Las condiciones socioeconómicas en que se desenvuelve.
- d) La correspondencia entre el interés individual y el social"

Artículo 13

Derecho al a protección estatal

Artículo 14

Derecho a la libertad

Artículo 15

Derecho al libre tránsito

Artículo 18

Derecho a la libre asociación

Artículo 19

Derecho a la protección ante peligro grave

Artículo 20

Derecho a la información

Artículo 24

Derecho a la integridad

Artículo 25

Derecho a la privacidad



Artículo 27

Derecho a la imagen.

En cuanto a salud, todo el capítulo IV del Código define los derechos de niñas y niños y adolescentes en esta materia.

Artículo 41

"Derecho a la atención médica"

"Las personas menores de edad gozarán de atención médica directa y gratuita por parte del Estado. Los centros o servicios públicos de prevención y atención de la salud quedarán obligados a prestar, en forma inmediata, el servicio que esa población requiera sin discriminación de raza, género, condición social, ni nacionalidad. No podrá aducirse ausencia de sus representantes legales, carencia de documentos de identidad, falta de cupo, ni otra circunstancia."

Artículo 42

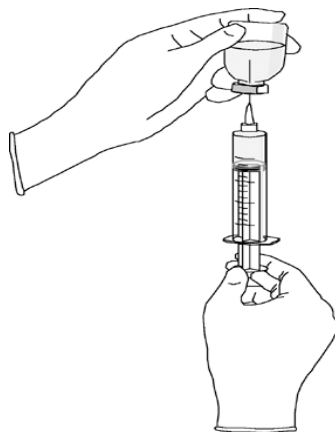
"Derecho a la seguridad social"

"Las personas menores de edad tendrán derecho a la seguridad social. Cuando no las cobijen otros regímenes, disfrutaran de este derecho por cuenta del Estado. Para ello, la Caja Costarricense de Seguro Social adoptará las medidas respectivas."

Estos dos artículos garantizan el acceso de los y las adolescentes a los servicios de salud de la C.C.S.S., pero la implementación de los mismos al interior de la institución ha sido un proceso difícil ante la falta de reglamentación del código por parte de nuestra institución. No obstante, pronunciamientos de la Dirección Jurídica de la caja (circular N° DJ-2802-99 del 23 de noviembre de 1999), y de la Dirección de la Asesoría en validación de Derechos (del 30 de noviembre de 1999) que señalan la obligatoriedad de cumplir con estas disposiciones por ser ley nacional vigente y vinculante para la C.C.S.S. Se espera poder contar próximamente con esta reglamentación.

Artículo 43

"Vacunación"



"Las personas menores de edad deberán ser vacunadas contra las enfermedades que las autoridades de salud determinen. Suministrar y aplicar las vacunas serán obligaciones de la Caja Costarricense del Seguro Social. Por razones médicas, las excepciones para aplicar las vacunas serán autorizadas solo por el personal de salud correspondiente.

El padre, la madre, los representantes legales o las personas encargadas serán responsables de que la vacunación obligatoria de las personas menores de edad a su cargo se lleve a cabo oportunamente".

Artículo 44

"Competencias del Ministerio de Salud"



"El Ministerio de Salud velará porque se verifique el derecho al disfrute del más alto nivel de salud, el acceso a los servicios de prevención y tratamiento de las enfermedades, así como la rehabilitación de la salud de las personas menores de edad.

Para esta finalidad, el Ministerio de Salud tendrá las siguientes competencias:

- a) Asegurar la atención integral de este grupo, procurando la participación activa de la familia y la comunidad.**
- b) Garantizar el acceso a los servicios de atención médica de calidad, especializados en niños y adolescentes.**
- c) Garantizar la creación y el desarrollo de los programas de atención y educación integral dirigidos a las personas menores de edad, incluyendo programas sobre la salud sexual y reproductiva.**
- d) Promover, por los medios más adecuados, políticas preventivas permanentes contra el abuso y la violencia que se suscitan en el seno familiar, comunitario, social, educativo y laboral.**
- e) Fomentar la lactancia materna en los hospitales públicos y privados, así como divulgar ampliamente sus ventajas.**
- f) Adoptar las medidas que garanticen el desarrollo de las personas menores de edad en un medio ambiente sano.**
- g) Garantizar programas de tratamiento integral para las adolescentes, acerca del control prenatal, perinatal, postnatal y psicológico.**
- h) Promover, por los medios más adecuados, políticas preventivas permanentes contra el consumo de drogas y crear centros especializados para atender y tratar a las personas menores de edad adictas y a las que padezcan trastornos emocionales.**

Artículo 45

Controles médicos

"Será obligación de los padres y las madres, representantes legales o las personas encargadas, cumplir con las instrucciones y los controles médicos que se prescriban para velar por la salud de las personas menores de edad bajo su cuidado; además, serán responsables de dar el uso correcto a los alimentos que ellas reciban como suplemento nutritivo de la dieta".

Artículo 46

"Denegación de consentimiento"

"Si el padre, la madre, los representantes legales o las personas encargadas negaren, por cualquier razón, su consentimiento para la hospitalización, el tratamiento o la intervención quirúrgica urgentes de sus hijos, el profesional en salud queda autorizado para adoptar las acciones inmediatas a fin de proteger la vida o la integridad física y emocional de ellos, en los términos del artículo 144 del Código de Familia".

A su vez, el citado **artículo 144 del código de Familia** (Ley N° 5476) dice:

" Cuando sea necesario una hospitalización, tratamiento, o intervención quirúrgica decisivos e indispensables para resguardar la salud o la vida del menor queda autorizada la decisión facultativa pertinente aún contra el criterio de los padres"

Sí aunamos lo establecido en los artículos 46 y 5° del Código de la Niñez y la Adolescencia (Interés superior) y lo precedente en el 144 del Código de Familia, podemos inferir que los profesionales en salud estamos actuando bajo el marco de la ley cuando se brinda consejería, orientación o algún tipo de tratamiento (incluyendo anticonceptivos) a un (a) adolescente con el fin de garantizar su integridad física, mental y /o social, aún sin el consentimiento de los padres de familia. Sin embargo es importante recalcar que el Programa de Atención Integral a la Adolescencia defiende la importancia del principio de autoridad de las madres y los padres y de mantener una buena comunicación y relación entre ellos(as) y sus hijos si ésta es adecuada y factible.

Artículo 47

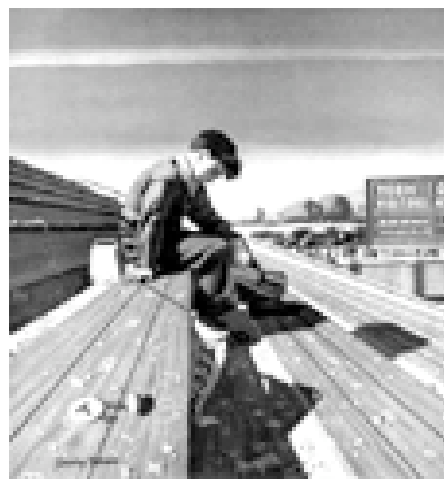
"Permanencia en centros de salud"



"Los hospitales y clínicas, públicos o privados proporcionarán las condiciones necesarias para la permanencia del padre, la madre, el representante legal o el encargado, cuando la persona menor de edad sea internada y esta medida no sea contraria a su interés".

Artículo 48

"Comité de estudio del niño agredido"



"Los hospitales, las clínicas y los centros de salud, públicos o privados, estarán obligados a crear un comité de estudio del niño agredido. La integración y el funcionamiento quedarán sujetos a la reglamentación que emita el Poder Ejecutivo. Asimismo, los centros públicos de salud deberán valorar inmediatamente a toda persona menor de

edad que se presuma víctima de abuso o maltrato. Este comité valorará los resultados, realizará las investigaciones pertinentes y recomendará las acciones que se tomarán en resguardo de la integridad del menor".

Cabe indicar, que en respuesta a lo establecido aquí por la ley la Caja Costarricense de Seguro Social ha respondido incluyendo en los compromisos de gestión la obligatoriedad de crear estos comités de "estudio de niños y adolescentes víctimas de agresión", en cada uno de los centros institucionales.

Artículo 49

"Denuncia de maltrato o abuso"

"Los directores y el personal encargado de los centros de salud, públicos o privados, adonde se lleven personas menores de edad para atenderlas, estarán obligados a denunciar ante el Ministerio Público cualquier sospecha razonable de maltrato o abuso cometido contra ellas. Igual obligación tendrán autoridades y el personal de centros educativos, guarderías o cualquier otro sitio en donde permanezcan, se atiendan o se preste algún servicio a estas personas".

Es importante anotar aquí que este artículo impone un cambio en la práctica clínica previa, ya que ahora la sospecha de maltrato o abuso debe ser denunciada de inmediato .

A su vez, el código establece protección para el denunciante ya que elimina la posibilidad de contra-demanda para el funcionario. En este respecto el **artículo 134** dice:

" Comprobada en sede administrativa la existencia de indicios de maltrato o abuso en perjuicio de una persona menor de edad, la denuncia penal deberá plantearse en forma inmediata. La persona o institución que actué en protección de los menores, no podrá ser demandada, aún en caso de que el denunciado no resulte condenado en esta sede.

Si la persona denunciada tuviere alguna relación directa de cuido o representación con el menor ofendido, se planteará a la vez, la acción pertinente ante la autoridad judicial de familia".

Artículo 50



"Servicios para embarazadas"

"Los centros públicos de salud darán a la niña o la adolescente embarazadas los servicios de información materno-infantil, el control médico durante el embarazo para ella y el nasciturus, la atención médica del parto y, en caso de que sea necesario, los alimentos para completar su dieta y la del niño o niña durante el período de lactancia.

Las niñas o adolescentes embarazadas tendrán derecho a recibir un trato digno y respetuoso en los servicios de salud, particularmente en la atención médica u hospitalaria. En situaciones especiales de peligro para su salud o la del nasciturus tendrán derecho a atención de preferencia.

Artículo 51

"Derecho a la Asistencia Económica"

"A falta del obligado preferente, las niñas o adolescentes embarazadas o madres en condiciones de pobreza tendrán derecho a una atención integral por parte del Estado, mediante los programas de las instituciones afines. Durante el período prenatal y de lactancia, tendrán derecho a un subsidio económico otorgado por el Instituto Mixto de Ayuda Social; según lo estipulado para estos casos, corresponderá el salario mínimo de la ley de presupuesto vigente al momento de otorgar el subsidio. Para gozar de este beneficio, deberán participar en los programas de capacitación que, para tal efecto desarrollen las instituciones competentes.

El giro de los recursos deberá responder a una acción integral y no meramente asistencial, para garantizar a la persona su desarrollo humano y social".

Artículo 52

"Garantía para la Lactancia Materna"

Las instituciones oficiales y privadas, así como los empleadores les garantizarán a las madres menores



de edad las condiciones adecuadas para la lactancia materna. El incumplimiento de esta norma será sancionado como infracción a la legislación

laboral, según lo previsto en el artículo 611 y siguientes del Código de Trabajo.

Artículo 53

"Derecho al tratamiento contra el SIDA."



"Salvo criterio médico en contrario, la Caja Costarricense del Seguro Social garantizará a la madre portadora del virus VIH (SIDA) el tratamiento médico existente, con el fin de evitar el contagio del niño nasciturus. Asimismo, toda persona menor de edad portadora del VIH o enferma de SIDA tendrá derecho a que la Caja le brinde asistencia médica, psicológica, y en general, el tratamiento que le permita aminorar su padecimiento y aliviar, en la medida de lo posible, las complicaciones producidas por esta enfermedad".

Artículo 54

"Deberes de los Centros de Salud"

"Los centros de salud, públicos y privados, tendrán las siguientes obligaciones:

- a) Llevar registros actualizados del ingreso y el egreso de personas menores de edad, donde conste el tratamiento y la atención médica que se le brindó.**
- b) Permitir que la persona recién nacida tenga contacto inmediato y alojamiento con su madre desde el nacimiento.**
- c) Identificar a la persona nacida viva o la fallecida antes o después del parto, por medio de los controles estadísticos y la impresión de las huellas dactilares de la madre y plantares de la persona recién nacida, sin perjuicio de otras formas que indique la autoridad competente.**
- d) Gestionar, en forma inmediata o a más tardar ocho días después del nacimiento, un carné de salud para la persona recién nacida, por medio de la Caja Costarricense de Seguro Social o del centro de salud correspondiente. El carné contendrá un resumen del historial de salud de cada una desde el nacimiento hasta la adolescencia y servirá para identificarla en instituciones de salud y educativas, tanto públicas como privadas"**

Artículo 55

"Obligaciones de autoridades educativas"

"Será obligación de los directores, representantes legales o encargados de los centros de enseñanza de educación general básica preescolar, maternal u otra organización, pública o privada, de atención a las personas menores de edad:

a) Velar porque el Ministerio de Salud cumpla la obligación contemplada en el artículo 43 de este código.

b) Comunicar a los padres, madres o encargados que el menor requiere exámenes médicos, odontológicos o psicológicos.

c) Poner en ejecución los programas de educación sobre salud preventiva, sexual y reproductiva que formule el ministerio del ramo.

El incumplimiento de estas obligaciones será sancionado como falta grave para los efectos del régimen disciplinario respectivo".

Por otra parte, el capítulo V del Código de la Infancia y la Adolescencia versa sobre los derechos de la población adolescente a la Educación.

Es importante tener presente las siguientes indicaciones que en materia de educación la nueva legislación establece:

Artículo 57

"Permanencia en el Sistema Educativo"



"El Ministerio de Educación Pública deberá garantizar la permanencia de las personas menores de edad en el sistema educativo y brindarles el apoyo necesario para conseguirlo".

Artículo 65

"Deberes del Ministerio de Educación Pública"



"Le corresponderá al Ministerio de Educación Pública censar a las personas menores de edad que cursan la enseñanza primaria o la secundaria, disponer de los mecanismos idóneos que aseguren su presencia diaria en los establecimientos educativos y evitar la deserción".

Los artículos precedentes deben ayudarnos en la lucha contra la deserción escolar, que sabemos es un componente importante como factor de riesgo que no favorece el desarrollo integral de los y las adolescentes.

Artículo 58

"Políticas Nacionales"

"En el diseño de las políticas educativas nacionales, el Estado deberá:

a) "Propiciar la inclusión, en los programas educativos, de temas relacionados con la educación sexual, la reproducción, el embarazo en adolescentes, las drogas, la violencia de género, las enfermedades de transmisión sexual, el SIDA y otras dolencias graves".

Así, en este artículo la legislación prevee la importancia de tratar la temática de Sexualidad, Salud Sexual y Reproductiva con los y las adolescentes, así como otros aspectos de salud pública en el escenario escolar y colegial. Este apartado nos indica lo importante de establecer alianzas con el Ministerio de Educación Pública y los docentes en general, de manera que tanto los contenidos como las metodologías con que se abordan la Salud Sexual Reproductiva sean los idóneos para favorecer estilos de vida saludables y el desarrollo integral de los y las adolescentes.

Artículo 70

" Prohibición de sancionar por embarazo"



Prohíbese a las instituciones educativas públicas y privadas imponer por causa de embarazo, medidas correctivas o sanciones disciplinarias a las estudiantes. El Ministerio de Educación Pública desarrollará un sistema conducente a permitir la continuidad y el fin de los estudios de niñas o adolescentes encinta".

El artículo 70, junto con el 69 (Prohibición de Prácticas Discriminatorias), buscan eliminar los tabúes alrededor del embarazo en la adolescencia

y protege a las adolescentes embarazadas para que puedan continuar sus estudios y establezcan un proyecto de vida adecuado. Por la importancia que conlleva este aspecto, se aprobó además la "Ley General de Protección a la Madre Adolescente" (Ley No. 7735), en la que la Caja Costarricense de Seguro Social, adquiere una serie de obligaciones importantísimas para la Atención Integral de la Adolescente embarazada.

Así, esta Ley No. 7735 establece:

CAPITULO III

Atención Integral para la Madre Adolescente

Artículo 9

"Centros de Atención"

"Las clínicas de la Caja Costarricense de Seguro Social y los centros de salud, deberán:

a) Elaborar programas de atención integral para las madres adolescentes, con la supervisión del Consejo interinstitucional de atención a la madre adolescente, creado en esta ley.

b) Brindar asistencia gratuita, prenatal y postnatal, a las madres adolescentes.

c) Desarrollar programas de formación y orientación tendientes a sensibilizar a las madres adolescentes y sus familias acerca de las implicaciones de su maternidad.

d) Impartir cursos informativos de educación sexual dirigidos a las madres adolescentes, con el propósito de evitar la posibilidad de otro embarazo no planeado.

e) Brindarles a las madres adolescentes, por medio del servicio social, insumos importantes que les permitan criar y educar adecuadamente a sus hijos".

Artículo 10

"Programas de atención integral"

"Los programas desarrollados por las instituciones referidas en el artículo anterior, deberán ser ejecutados por un equipo profesional, formado al menos por un psicólogo, un trabajador social y un médico; todos de reconocida experiencia en temas de la adolescencia".

Artículo 12

"Cooperación Institucional"

"Para los fines de esta ley, las instituciones estatales quedarán obligadas a proporcionar la ayuda necesaria de la siguiente manera:

a) La Caja Costarricense de Seguro Social dará atención médica gratuita a las madres adolescentes que la soliciten y a los hijos de ellas, aunque la adolescente no se encuentre afiliada; para tal efecto, dicha institución deberá expedir un carné provisional de asegurada.

b) El Instituto Nacional de Aprendizaje por medio del Departamento de Formación Profesional para la Mujer, y en coordinación con el Consejo Interinstitucional de atención a la madre adolescente, impartirá cursos vocacionales dirigidos a esta población.

c) El Ministerio de Educación Pública brindará todas las facilidades requeridas con el propósito de que la madre adolescente complete el ciclo educativo básico. Para cumplir esta disposición, se les permitirá cursar estudios nocturnos o programas de bachillerato por madurez, sin tomar en cuenta la edad.

d) El Ministerio de Trabajo y Seguridad Social creará una bolsa de empleo especial para las madres adolescentes, mayores de quince años.

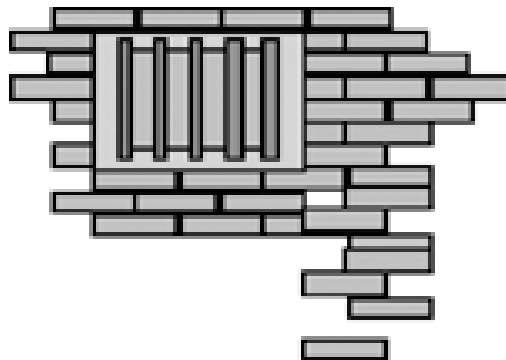
e) Las demás instituciones gubernamentales, que dirijan programas de bienestar social otorgarán, prioritariamente, beneficios a las madres adolescentes que los soliciten".

Materia Penal: Costa Rica tienen vigente una nueva legislación de Justicia Penal Juvenil (Ley No. 7576), publicada en la Gaceta No. 82 del 30 de abril 1996.

Esta legislación tiene la novedad de que se aplica a los adolescentes a partir de los 12 años de edad y menores de 18 años, que cometan algún delito o contravención de acuerdo con lo que estipulen nuestras leyes. Sin embargo, la ley diferencia en cuanto al proceso, sanciones y ejecución entre dos grupos: un grupo son aquellos comprendidos entre los 12 años y hasta los 15 años, y otro grupo que abarca los que tienen desde 15 años cumplidos hasta antes de que cumplan los 18 años de edad. Cabe destacar aquí el artículo 139 de la ley de Justicia Penal Juvenil:

Artículo 139

"Centros especializados de internamiento"



"La sanción de internamiento se ejecutará en centros especiales para menores, que serán diferentes de los destinados a los delincuentes sujetos a la legislación penal común.

Deben existir, como mínimo, dos centros especializados en el país. Uno se encargará de atender a mujeres y el otro, a hombres.

En los centros no se admitirán menores sin orden previa y escrita de la autoridad competente. Deberán existir dentro de estos centros las separaciones necesarias según la edad. Se ubicará a los menores con edades comprendidas entre los quince y los dieciocho años en lugar diferente del destinado a los menores con edades comprendidas entre los doce y los quince años; igualmente, se separarán los que se encuentren en internamiento provisional y los de internamiento definitivo."

Por otro lado, el Código de la Infancia y la Adolescencia desde los Artículos 104 y 169 establece una serie de parámetros de gran trascendencia relacionados con los derechos de los niños y adolescentes respecto a su acceso a la justicia y garantías procesales especiales. En este último rubro el artículo 113 específicamente establece que los procesos judiciales que involucren a menores sean expeditos y con respecto a su condición particular (sin formalismos y en lo posible no amenazantes).

Existen además una serie de regulaciones en materia de justicia adoptadas por los países miembros de Naciones Unidas, y que son:

- 1.- Reglas mínimas de las Naciones Unidas para la administración de justicia a menores.
- 2.- Las Directrices de las Naciones Unidas para la Prevención de la Delincuencia Juvenil (Declaración de RIAD) Marzo de 1988.
- 3.- Reglas de las Naciones Unidas para la protección de los Menores Privados de Libertad. 2 de abril de 1991.

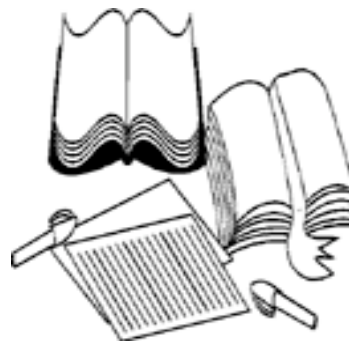
Materia Laboral: Costa Rica se rige por el convenio 138 de la O.I.T. (Organización Internacional del Trabajo), que establece los 15 años de edad como la edad mínima para permitir el empleo bajo condiciones especiales (Ley No. 5594 en Costa Rica) y la recomendación 146 de la O.I.T, ésta última donde se establece el compromiso de los estados firmantes a buscar progresivamente que la edad mínima para el trabajo sean los 16 años, incluyéndose regulaciones para sus condiciones laborales y medidas de control.

Aquí también el Código de la Infancia y la Adolescencia en su capítulo VIII (Artículo 78 al 103), establece un régimen especial de protección para los y las adolescentes trabajadores.

Es importante destacar los siguientes aspectos:

Artículo 88

"Facilidades para estudiar"



"Los empleados que contraten adolescentes estarán obligados a concederles las facilidades que compatibilicen su trabajo con la asistencia regular al centro educativo".

Artículo 89

"Derecho a la capacitación"

"Las personas adolescentes que trabajan tendrán derecho a una capacitación adecuada a sus condiciones de personas en desarrollo".

Artículo 92

"Prohibición laboral"



"Prohíbese el trabajo de las personas menores de quince años. Quien por cualquier medio constate que una de ellas labora, violando esta prohibición,

pondrá este hecho en conocimiento del Patronato Nacional de la Infancia, a fin de que adopte las medidas adecuadas para que esta persona cese sus actividades laborales y se reincorpore al sistema educativo.

Cuando el Patronato determine que las actividades laborales de las personas menores de edad se originan en necesidades familiares de orden socioeconómico, gestionará ante las entidades competentes nombradas en el artículo 31 de este código, las medidas pertinentes para proveer de la asistencia necesaria al núcleo familiar".

Artículo 93

"Prohibición de discriminar a embarazadas y lactantes"

"Quedará prohibido cesar o discriminar a la adolescente embarazada o lactante, de conformidad con lo que dispone el Código de Trabajo".

Artículo 94

"Labores prohibidas para adolescentes."

"Prohíbese el trabajo de las personas adolescentes en minas y canteras, lugares insalubres y peligrosos, expendios de bebidas alcohólicas, actividades en las que su propia seguridad o la de otras personas estén sujetas a la responsabilidad del menor de edad; asimismo, donde se requiera trabajar con maquinaria peligrosa, sustancias contaminantes y ruidos excesivos".

Artículo 95

" Jornada de trabajo."



"El trabajo de las personas adolescentes no podrá exceder de seis horas diarias ni de treinta y seis horas semanales.

Prohíbese el trabajo nocturno de las personas adolescentes. Se entenderá por este tipo de trabajo el desempeño entre las 19:00 y las 7:00 horas del día siguiente, excepto la jornada mixta, que no podrá sobrepasar las 22:00 horas".

El Código de la Infancia y la Adolescencia, establece que la cultura, la recreación y el deporte son derechos relevantes en la adolescencia y establece:

CAPÍTULO VI

DERECHO A CULTURA, RECREACIÓN Y DEPORTE



Artículo 73



"Derechos culturales y recreativos."

"Las personas menores de edad tendrán derecho a jugar y participar en actividades recreativas, deportivas y culturales, que les permitan ocupar provechosamente su tiempo libre y contribuir a su desarrollo humano integral, con las únicas restricciones que la ley señale. Corresponde en forma prioritaria a los padres, encargados y/o representantes, darles las oportunidades para ejercer estos derechos.

El Consejo Nacional de Espectáculos Públicos y las demás autoridades competentes velarán

porque las actividades culturales, deportivas, recreativas o de otra naturaleza, sean públicas o privadas, que se brinden a esta población estén conformes a su madurez y promuevan su pleno desarrollo".

Artículo 75

"Infraestructura recreativa y cultural"

"El Ministerio de Cultura, Juventud y Deportes y las corporaciones municipales establecerán las políticas necesarias y ejecutarán las acciones pertinentes para facilitar a las personas menores de edad, los espacios adecuados a nivel comunitario y nacional, que les permitan ejercer sus derechos recreativos y culturales.

Los campos deportivos, gimnasios y la infraestructura oficial adecuada para la práctica del deporte o actividad recreativas, estarán a disposición de ese grupo en condiciones de plena igualdad, de acuerdo con los reglamentos que se emitan".

Artículo 77

"Acceso a servicios de información"

"El Ministerio de Cultura, Juventud y Deportes y el Ministerio de Educación Pública garantizarán el acceso a las personas menores de edad a los servicios públicos de documentación, bibliotecas y similares, mediante la ejecución de programas y la instalación de la infraestructura adecuada.

Finalmente, debemos tener presente que el Código de la Infancia y la Adolescencia establece sanciones para funcionarios públicos y particulares, que por acción u omisión no acaten lo establecido por esta ley, incluso considerándose como **"falta grave"** las infracciones mencionadas".

Artículo 188

"Falta de funciones públicas"

"Las violaciones en que incurran los funcionarios públicos por acción y omisión de las disposiciones

contenidas en los artículos 27, 32, 35, 41, 43, 46, 49, 50, 55, 56, 59, 60, 63, 67, 69, 121, 122 y 123 se considerarán faltas graves".

Artículo 190

"Infracciones de particulares"

"La infracción de las disposiciones de los artículos 27, 35, 43, 49, 50, 55, 56, 60, 63, 64, 68 y 69 en que incurran los particulares acarreará, además de la medida que el juez adopte una multa según la siguiente regulación:

a) El monto equivalente a tres salarios de oficinista 1, cuando una disposición se infrinja por primera vez.

b) El monto equivalente a cinco salarios de oficinista 1, cuando el funcionario reincida en la infracción por la cual había sido sancionado.

Cuando la infracción sea cometida en un establecimiento privado, éste es solidariamente responsable de las consecuencias civiles del hecho"

Es de destacar que desde diciembre de 1996 la Asamblea Legislativa decretó la Ley No. 7648, o "Ley Orgánica del Patronato Nacional de la Infancia", donde se re-estructura esta institución y se le define la rectoría nacional en materia de niñez y adolescencia, según lo establece el artículo 2 de esta ley.

Artículo 2

"Principios"

"El Patronato Nacional de la Infancia será la Institución rectora en material de infancia, adolescencia y familia y se regirá por los siguientes principios:

a) La obligación prioritaria del Estado costarricense de reconocer, defender y garantizar los derechos de la infancia, la adolescencia y la familia.

b) El interés superior de la persona menor de edad.

c) La protección a la familia como elemento natural y fundamental de la sociedad, por ser el medio idóneo para el desarrollo integral del ser humano.

d) La protección integral de la infancia y la adolescencia, así como el reconocimiento de sus derechos y garantías establecidas en la Constitución Política, las normas de derecho internacional y las leyes atinentes a la materia.

e) La dignidad de la persona humana y el espíritu de solidaridad como elementos básicos que orienten el quehacer Institucional".

Ley de Paternidad Responsable

Ley No. 8101



La importancia de esta ley es facilitar el procedimiento de reconocimiento de la paternidad y sus obligaciones legales.

La aprobación de esta ley surge a partir del gran número de casos de nacimientos no reconocidos por sus progenitores y a un alto porcentaje de madres adolescentes.

La Ley en su Artículo 1, señala un procedimiento administrativo de reconocimiento de paternidad,

en el cual la madre en ausencia de declaración del padre, podrá indicar el nombre del presunto padre al funcionario del Registro Civil que toma los datos en los centros de salud. El hijo o hija queda inscrito con los apellidos de la madre.

Al presunto padre se le citará para que en el término de 10 días se manifieste sobre su paternidad.

Si el presunto padre no acepta la paternidad del menor, se inicia el procedimiento administrativo de la filiación, en el cual se hará un estudio comparativo de marcadores genéticos a la madre, al hijo o hija y al presunto padre. El estudio se realiza en los laboratorios de la CCSS.

Mediante este estudio queda definido si la afiliación señalada es cierta, se inscribe el hijo o hija con los apellidos de ambos progenitores.

La declaración administrativa de la paternidad otorgará las obligaciones legales.

Si hay oposición a la declaración administrativa de paternidad el presunto padre puede tramitar un proceso de impugnación vía judicial.

Sobre la pensión alimenticia, en el caso que el padre sea menor de edad y pruebe que no tiene ingresos para cumplir con el deber alimentario, puede ser interpuesta al padre, madre, abuelo o abuela, dependiendo de quien tiene los ingresos para cumplir con este deber.

En síntesis, es evidente que ahora contamos en nuestro país con un marco jurídico claro que define principios fundamentales de los derechos de la población adolescente.

Las y los funcionarios del sector salud tenemos la obligación de conocer lo que la ley indica en materia de adolescentes y sus derechos en salud integral, recordando que no se puede aducir "desconocimiento" de lo que indica la ley, y además de que en caso de ambigüedad o contradicciones, por ejemplo, que la normativa o reglamentación de un centro sea contradictoria a lo que dice el Código de la Infancia y la Adolescencia, éste último es de jerarquía superior y sus indicaciones son las que deben seguirse.

También, si bien es cierto que al momento de la edición final de las nuevas Bases Programáticas del

Programa de Atención Integral a la Adolescencia aún no se establece por parte de la Caja Costarricense de Seguro Social "la reglamentación" del código (indicaciones institucionales de cómo cumplirlo) la ley ya está vigente y su incumplimiento por parte de un funcionario podría considerarse falta grave.

Así, para la protección del funcionario, es imperativo en primer lugar conocer lo que dice la ley y proceder a su cumplimiento, y en caso de detectar incongruencias o incumplimiento en el quehacer institucional, hacerlo del conocimiento inmediato de la jefatura superior para proceder a tomar las medidas correctivas pertinentes.



LEY GENERAL DE LA PERSONA JOVEN

LEY 8261

Vigente desde el 20 de mayo del 2002 esta legislación cubre a personas entre los 12 y los 35 años de edad, por lo que abarca a la población adolescente.

Esta novedosa legislación fortalece los derechos y el desarrollo integral de las personas jóvenes, especialmente porque establece estrategias de participación y liderazgo juvenil a través de todo un proceso en el que la participación de las personas jóvenes se torna real desde los procesos de planificación hasta los de ejecución de programas dirigidos a las necesidades y prioridades que ellas y ellos mismos establezcan.

En materia de salud cabe resaltar lo que se estipula

en los siguientes artículos:

Artículo 4: Inciso d) Derechos de la personas jóvenes

"El derecho a la salud, la prevención y el acceso a servicios de salud que garanticen una vida sana".

Artículo 6: Inciso a) Deberes del Estado

"Brindar atención integral en salud mediante programación de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación, que incluyan como mínimo fármaco dependencia, nutrición y psicología".

Esta legislación establece la conformación de comités cantonales de la Persona Joven que propician la participación juvenil en el desarrollo de las políticas municipales y de acciones a nivel local, por lo que pueden ser foros muy importantes para fomentar actividades educativas para la prevención del VIH/SIDA.



LEY GENERAL SOBRE EL VIH*SIDA

LEY No. 7771

Esta legislación está vigente luego de su publicación en el periódico oficial La Gaceta No. 1996, del día Miércoles 20 de mayo de 1998. La reglamentación de la misma se firmó el 3 de junio de 1999.

El espíritu de esta Ley es de gran importancia para el país ya que reconoce la magnitud del problema VIH-SIDA y busca que la ciudadanía y las instituciones públicas y privadas ejecuten medidas para la educación y prevención de la enfermedad, se combata cualquier tipo de discriminación de las personas infectadas, se promuevan sus derechos,

y se asegure el tratamiento y calidad de vida adecuados para los portadores del virus y/o los enfermos.

En el título II: Derechos de las personas infectadas, se establece:

Artículo 3:

Respeto de los derechos fundamentales.

"Las acciones relacionadas con la prevención y atención del VIH/SIDA el respeto de los derechos fundamentales de las personas infectadas y de todos los habitantes de la República.

Artículo 4:

Prohibición de disminución o trato degradante.

Prohíbese toda discriminación contraria a la dignidad humana y cualquier acto estigmatizador o segregador en perjuicio de los portadores del VIH-SIDA, así como de sus parientes y allegados.

Asimismo, se prohíben las restricciones o medidas coercitivas de los derechos y las libertades de las personas infectadas por el VIH-SIDA, excepto los casos previstos en esta ley relativos a comportamientos riesgosos o peligrosos de estas personas.

Salvo las excepciones contenidas en esta ley, a todo portador del VIH-SIDA le asiste el derecho de que no se interfiera en el desarrollo de sus actividades civiles, familiares, laborales, profesionales, educativas, afectivas y sexuales, estas últimas de acuerdo con las respectivas recomendaciones de protección.

Artículo 7:

Derecho a la atención integral en salud.

Todo portador del VIH-SIDA tiene derecho a asistencia médico-quirúrgica, psicológica y de consejería; además, a todo tratamiento que le garantice aminorar su padecimiento y aliviar, en la medida de lo posible, las complicaciones originadas por la enfermedad.

Para lo anterior, la Caja Costarricense de Seguro Social deberá importar, comprar, mantener en existencia y suministrar directamente a los pacientes los medicamentos antirretrovirales específicos para el tratamiento del VIH-SIDA, guardará la confidencialidad necesaria referente a los resultados de los diagnósticos, las consultas y la evolución de la enfermedad.

El portador del VIH-SIDA tiene derecho a comunicar su situación a quien desee; sin embargo, las autoridades sanitarias deberán informarle su obligación de comunicarlo a sus contactos sexuales y advertirle, a su vez, sus responsabilidades penales y civiles en caso de contagio.



Artículo 8

Confidencialidad

Con las excepciones contenidas en la legislación, la confidencialidad es un derecho fundamental de los portadores del VIH-SIDA. Nadie podrá, pública ni privadamente, referirse al padecimiento de esta enfermedad, sin el consentimiento previo del paciente.

El personal de salud que conozca la condición de un paciente infectado por el VIH-SIDA, guardará la confidencialidad necesaria referente a los resultados de los diagnósticos, las consultas y la evolución de la enfermedad.

El portador del VIH-SIDA tiene derecho a comunicar su situación a quien desee; sin embargo, las autoridades sanitarias deberán informarle su obligación de comunicarlo a sus contactos sexuales y advertirle, a su vez, sus responsabilidades penales y civiles en caso de contagio.

Artículo 11

Derecho en los centros de enseñanza.

Ningún centro educativo, público ni privado, podrá solicitar pruebas ni dictámenes médicos sobre la portación de VIH como requisito de ingreso o permanencia. Ningún estudiante podrá ser discriminado, excluido ni expulsado por ser portador del VIH o estar enfermo de Sida; tampoco cuando alguno de sus familiares o allegados resulte infectado.

Artículo 24

El preservativo como medio de prevención.

El preservativo constituye un medio de prevención contra el contagio del VIH; consecuentemente, el Ministerio de Salud y la Caja Costarricense de Seguro Social, procurarán que los establecimientos brinden el acceso a los preservativos y dispongan de ellos, en lugares adecuados y condiciones óptimas y en cantidades acordes con la demanda de la población.

Dichas instituciones se encargarán, además de fortalecer las campañas educativas sobre la conveniencia y el uso del preservativo.

Los moteles y centros de habitación ocasional que no llevan registro de huéspedes quedan obligados a entregar como mínimo dos preservativos, como parte del servicio básico.

Artículo 30

Papel del Estado en la educación.

El Estado, por medio del Ministerio de Salud, deberá informar adecuada y oportunamente, a la población en general y particularmente a los sectores más vulnerables, sobre la problemática del VIH-SIDA, con datos científicos actualizados en cuanto a las formas de prevenir esta enfermedad.

Artículo 31

La educación como instrumento preventivo.

El Consejo Superior de Educación, en coordinación con el Ministerio de Salud, incluirá en los programas educativos temas sobre los riesgos, las consecuencias y los medio de transmisión del VIH, las formas de prevenir la infección y el respeto por los derechos humanos.

Además, gestionará, ante las universidades públicas y privadas y sus respectivas unidades académicas, que se incluyan en las carreras profesionales de las ciencias de la salud, programas de estudio relativos a la prevención y atención del VIH-SIDA.

Artículo 48

Discriminación.



Quien aplique, disponga o practique medidas discriminatorias por raza, nacionalidad, género, edad, opción política, religiosa o sexual, posición social, situación económica, estado civil o por algún padecimiento de salud o enfermedad, será sancionado con pena de veinte a sesenta días multa.

POLÍTICAS DE EDUCACIÓN INTEGRAL DE LA EXPRESIÓN DE LA SEXUALIDAD HUMANA

Es importante señalar que el Consejo Superior de Educación, en su sesión No. 28 del 12 de junio del 2001 aprobó las nuevas políticas en materia de educación sexual del Ministerio de Educación Pública. Estas políticas establecen el marco jurídico bajo el cual el cuerpo docente nacional y el MEP establecer los programas de la educación sexual desde una perspectiva integral y bajo los principios paradigmas modernos.

En el documento de las políticas se indica:

"Asimismo, varias instituciones públicas interesadas en el área de la sexualidad, entre las que destacan las del sector salud, en particular el Programa Atención Integral a la Adolescencia... han formulado criterios y metodologías para la educación de la sexualidad y son un aporte significativo en la formulación de la política en ese campo".

En este sentido el M.Sc. Wilfrido Blanco, viceministro de Educación (2002-2006) en la nota No. DVM-3214-08 del 11 de agosto de 2004, establece que los funcionarios capacitados de la CCSS, podrán trabajar en temáticas de salud sexual y reproductiva en los centros educativos, siguiendo las políticas del PAIA (Bases Programáticas (2002) y los principios rectores de la política del MEP, las cuales se transcriben aquí textualmente:

FUNDAMENTO BÁSICO

La concepción y la formulación de lineamientos fundamentales y generales de las políticas de educación de la sexualidad humana del Ministerio de Educación Pública, encuentra su fundamento y punto de partida en la siguiente definición:

"La sexualidad humana es un elemento básico de la personalidad, un modo propio de ser, de manifestarse, de comunicarse con los otros, de sentir, de expresarse y de vivir el amor humano y parte integrante del desarrollo de la personalidad y de su proceso educativo; en el sexo radican notas características que constituyen a las personas como hombres y mujeres en el plano biológico, psicológico, social y espiritual. Las personas menores de edad tienen derecho a la formación e

información adecuadas y oportunas sobre la dignidad, tareas y ejercicio del amor, sobre todo en el seno de la familia."

PRINCIPIOS RECTORES

La política de educación de la expresión de la sexualidad humana del Ministerio de Educación Pública se sustenta en los principios rectores siguientes:

1. La educación de la sexualidad humana – como toda otra educación – es un derecho y un deber primario de los padres y madres de familia; los centros educativos, por su parte, tienen la insoslayable obligación de atender esa educación subsidiariamente.
2. La educación de la expresión de la sexualidad humana exige brindar a los educadores, las educadoras y estudiantes la oportunidad para que puedan reflexionar, analizar, cuestionar y tomar decisiones responsables, para la expresión de su sexualidad en el marco de la educación en el amor y la convivencia, relacionando e integrando su parte afectiva, sus valores, su fe, sus sentimientos y sus conocimientos. La educación de la expresión de la sexualidad humana debe fundamentarse en una relación dialógica entre las estudiantes y los estudiantes con los educadores y las educadoras; entre aquellos y los padres y madres de familia para establecer, luego, la guía y la orientación de las inquietudes, manifestaciones y decisiones en la expresión de la sexualidad humana. Todo ello de conformidad con las etapas de desarrollo de las personas, su madurez, contexto socio-cultural y la formación de los valores culturales, y sin que ello implique ignorar la realidad objetiva de la ley moral en general, ni descuidar la formación de las conciencias sobre los preceptos morales y religiosos.
3. La educación de la expresión de la sexualidad humana debe atender, integralmente, todas las facetas, tanto en el orden físico-biológico, como en el psicológico, el sociocultural, el ético y el espiritual. De esta forma, la educación de la sexualidad humana no puede reducirse simplemente a aspectos biológicos reproductivos ni realizarse en un contexto desprovisto de los valores fundamentales

sobre la vida, el amor, la familia y la convivencia.

4. La educación de la expresión de la sexualidad humana debe integrarse al currículo con estrategias pedagógicas que respondan a las particularidades y potencialidades de la población estudiantil, en concordancia con las diferentes etapas de su desarrollo y con los contextos socioculturales en que se desenvuelven.

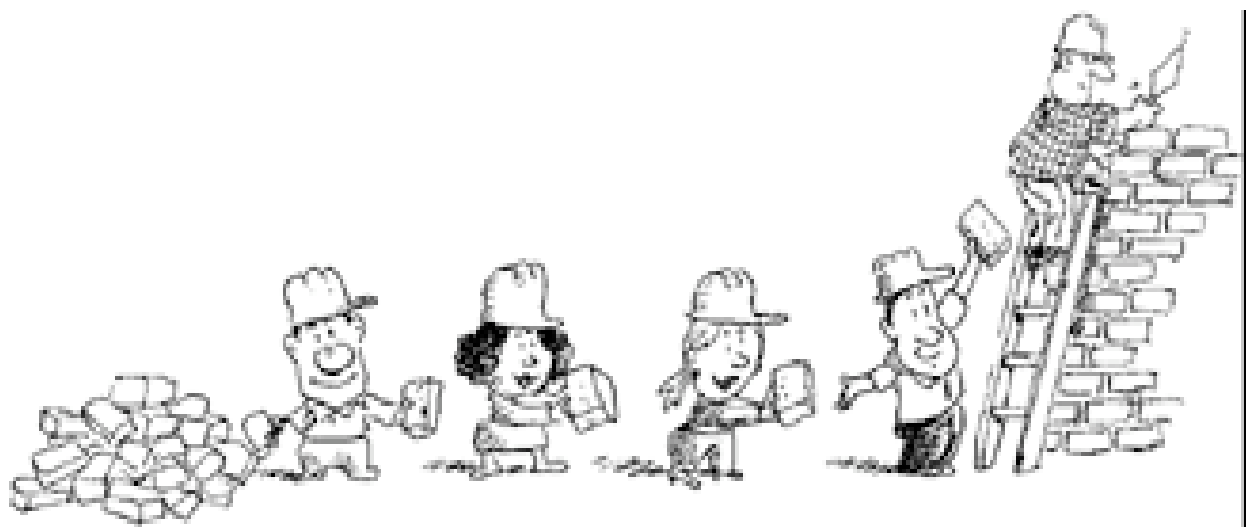
5. La educación de la expresión de la sexualidad humana debe atender los vínculos estrechos que hay entre la dimensión sexual de la persona y sus valores éticos y, en consecuencia, procurar el conocimiento y estima de la convivencia moral para el crecimiento y desarrollo responsable, armonioso y voluntario en la expresión de la sexualidad humana.

6. La educación de la expresión de la sexualidad humana debe ser considerada transversalmente en el currículo escolar de la forma que supere los enfoques parciales en los que se propone como una materia más, o la visión horizontal que la concibe como un componente más de diferentes asignaturas. Esta transversalidad implica integrar al currículo establecido su abordaje, en todos los niveles y modalidades del sistema educativo.

7. La educación de la expresión de la sexualidad humana requiere de una metodología que propicie la reflexión, la investigación y el análisis, dentro de un auténtico proceso dialógico que promueva la incorporación participativa de la familia y de la comunidad educativa.

8. El sistema educativo, como espacio socializador y humanizador, requiere que las instituciones educativas se constituyan en instancias que promuevan el desarrollo y los aprendizajes para reforzar, como actores subsidiarios, las labores educativas y socializadoras de la familia.

SEGUNDA PARTE



ESTRATEGIAS PARA LA EDUCACIÓN Y LA PREVENCIÓN DEL VIH/SIDA CON ADOLESCENTES

II UNIDAD:

LA PREVENCIÓN EN MATERIA DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN LA ADOLESCENCIA

OBJETIVOS

Posibilitar estrategias de captación y atención en Salud Sexual y Reproductiva a adolescentes mediante el modelo de trabajo en redes, que permita un mayor acercamiento e involucramiento de esta población en los servicios de salud



ESTRATEGIAS PARA LA DETECCION Y CAPACITACION DE ADOLESCENTES⁶



El pensar en las estrategias de detección y captación de las y los adolescentes, se convierte en un reto para el o la funcionaria que no tiene a su haber registros o lugares donde se concentren para ubicarlos y así poder tener acceso a ellos.

Además las formas particulares en que las y los adolescentes perciben al mundo adulto, es bastante diferente, lo que impone un nuevo reto y es aprender con ellos y ellas como relacionarse, sobre todo para sensibilizarlos/as en su autocuidado.

¿QUÉ NOS DICE LA TEORÍA?

Según Garita (1993), las y los adolescentes de comunidades pobres, han sido socializados en un medio que les ha coartado sus posibilidades y derechos, donde sus necesidades no han sido tomadas en cuenta y más bien se han tenido que acoplar a lo que el exterior le ofrece. Han vivido la explotación de los patronos que le obligan a trabajar en jornadas excesivas por bajos salarios,

con el problema del subempleo y el desempleo; han experimentado que la educación no es gratuita ni accesible a todos y todas; además de que las instituciones estatales no les brindan una atención adecuada, sino que más bien cuando quieren ser atendidos tienen que luchar porque sean tomados en cuenta. Por tanto, la credibilidad en el Estado y sus instituciones no tiene un balance positivo.

Es importante señalar que aunque este autor hace un análisis de las y los adolescentes de comunidades pobres, algunos de estos elementos pueden ser válidos para otros sectores sociales. De tal forma que expondremos recomendaciones que nos hace al respecto de las posibles estrategias a utilizar con este grupo poblacional.

Es así que Garita (1993), propone tomar en cuenta los siguientes elementos al momento de plantear estrategias con estos grupos poblacionales.

Posición institucional:

- Posición institucional: si el o la adolescente siente que la institución se plantea como más importante que ellas y ellos, tenderán a no vincularse con la misma y a descalificar todas las acciones que realicen. Por otro lado, si se muestra el trabajo con adolescentes como una intervención meramente institucional se interpretará asociado a las promesas estatales y por tanto, lo que se evidenciará de parte de las y los adolescentes es una conducta de demanda hacia la institución y no de compromiso en un trabajo colectivo.

⁶Texto tomado de: Alvarado, C; Garita, C. (2004) Sembrando Esperanzas: estrategias de trabajo en salud con adolescentes de comunidades pobres. Costa Rica: PAIA/CCSS.

Las labores deben ser cortas y precisas

- Las labores deben ser cortas y precisas. Con esto se quiere significar que no se puede pretender que las y los adolescentes sostengan una actividad que tenga larga duración en el tiempo (por ejemplo: un taller que necesita cierto número de sesiones durante determinado tiempo). Por tanto, lo que se tendría que realizar es un proceso claramente definido, donde cada ocasión de encuentro con los adolescentes tenga consistencia en sí misma y si alguien no regresa a las otras actividades, haya incorporado algún contenido importante.

Las labores que se realicen con adolescentes generalmente no pueden ser en horas de trabajo o de estudio

- Las labores que se realicen con adolescentes generalmente no pueden ser en horas de trabajo o de estudio. Es de resaltar de nuevo que el o la adolescente pobre es un /a adolescente trabajador/a y que, por tanto, todas aquellas actividades que se lleven a cabo en las horas en que la institución ha contratado a su personal lo único que nos garantiza es la no asistencia de las y los adolescentes; lo mismo puede ocurrir con adolescentes dentro del sistema escolar, que no permitan la interrupción de lecciones. Por ello es necesario que se tenga en cuenta que si algún personal de salud trabaja con este tipo de adolescentes no puede regirse con su horario institucional (de allí la flexibilidad que debe existir en el personal y en sus jefaturas alrededor del horario).

Las intervenciones moralizantes provocan rechazo

- Las intervenciones moralizantes provocan rechazo.: De acuerdo a cómo ellos/as viven y conciben su adolescencia, las estrategias deben apuntar a que no se sientan juzgados/as sino que por el contrario que sientan que existe una gran apertura de parte de aquellos que desean colaborar en el mejoramiento de su salud integral.

Son adolescentes. Se debe insistir que las y los adolescentes, especialmente los de comunidades pobres no son adultos/as jóvenes, esto principalmente porque en apariencia algunos(as) realizan las mismas acciones de los adultos(as), sino que son adolescentes y que también se encuentran en un momento de búsqueda. Por tanto, no se les debe excluir por el hecho de estar casados/as, unión libre, con hijos(as) y trabajando.

Conocer sobre el y la adolescente, es un reto que va más allá de manejar estadísticas sobre ellos y ellas; implica adentrarse en un reconocimiento real y concreto, para que así puedan acceder a las acciones que llevan a cabo en el Sistema Nacional de Salud. Para que la detección, pueda darse hay que revisar las siguientes acciones:

- **Conocer la cantidad de adolescentes que hay en su Sector o Área de Salud.**
- **Conocer la distribución por sexo, edad y estado civil.**
- **Conocer los diferentes lugares donde trabajan**
- **Conocer los diferentes grupos de adolescentes y dónde se reúnen**
- **A través de la visita domiciliaria saber dónde viven**
- **Tener un registro de todo lo anterior que esté en un documento de fácil acceso a las y los funcionarios/as que trabajan con las y los adolescentes**



Luego como segundo paso se debería hacer una consulta a las y los adolescentes para conocer sus intereses, necesidades (de prevención y atención de la salud integral) y formas de convocarlos.

Para esto se puede reunir a un grupo de hombres y otro grupo de mujeres, (entre 6 y 8 personas), cada uno por aparte, de tal forma que permita recavar la información que se necesita y a su vez los enlaces para tener contacto con el resto de las y los adolescentes. Para llevar a cabo el grupo, se sugiere la siguiente guía de consulta, que no necesariamente se tiene que llevar a cabo en forma completa, sino que se seleccionan aquellos aspectos que se consideren como los más relevantes para ser conocidos por el equipo o funcionario(a) que trabaja con adolescentes.

Guía de Grupo

I. Adolescencia.

- Crecimiento y desarrollo: hablar sobre los cambios corporales y ¿cómo se han sentido frente a esos cambios?
- Relaciones con grupo de pares: ¿cómo son las relaciones con los amigos(as)?, ¿cada cuánto se ven?, ¿qué hacen cuando están juntos?, entre otros.
- Recreación: ¿qué hacen para divertirse?, ¿existen lugares para divertirse?, etc.
- Relaciones familiares: ¿cómo perciben su la familia?, ¿cómo se maneja la autoridad?, ¿cómo se sienten en su familia?, etc.
- Relaciones de pareja: ¿cuántas? ¿qué han aprendido en ellas?, ¿qué se espera de una relación de pareja?, etc.
- Proyecto de vida y elección vocacional: ¿cómo se ven a futuro?, ¿qué les gustaría hacer o estudiar?, ¿cuáles son las metas que tienen?, etc.
- Espacio laboral: ¿trabajan?, ¿en qué trabajan?, ¿cómo se sienten en su trabajo?, etc.
- Percepción de inicio y final de la adolescencia: ¿cuándo sentí que dejé de ser niño(a)?, ¿cuándo se es adulto(a)?, etc.
- Percepción de su situación socioeconómica: ¿cómo me clasificaría en cuanto a la condición socio-económica?, ¿cómo me gustaría vivir?, ¿cómo me siento con lo que tengo?, etc.

II. Masculinidad y Feminidad

- Visión de la paternidad y la maternidad: ¿qué es para mí un papá o una mamá?, ¿qué deben hacer un papá o una mamá?, cómo me siento siendo o como me sentiría si yo fuera papá o mamá?, etc.
- Actividades masculinas y femeninas: ¿qué cosas son las que solo los hombres o mujeres hacen?, ¿qué cosas una mujer o hombre no debería hacer?, etc.
- Ritos de demostración de la masculinidad y la feminidad en la adolescencia: ¿qué es

lo que tengo que hacer para que vean como hombre o mujer?, ¿qué cosas no debo hacer para que no duden de mi masculinidad o feminidad?, etc.

- Auto-percepción de la feminidad y la masculinidad en la adolescencia: ¿cómo me siento yo siendo hombre o mujer?, ¿qué cosas me agradan de ser yo hombre o mujer?, etc.
- Masculinidad y feminidad y ejercicio de la sexualidad: ¿cómo debería ser un hombre o una mujer en cuanto a: cuándo tener las relaciones sexuales, con quien tener las relaciones sexuales, con cuántas personas tener las relaciones sexuales, etc.?
- Forma de expresión del afecto: ¿los hombres y las mujeres expresamos el afecto igual o diferente: qué piensan?, ¿por qué?,
- Ideal de hombre y de mujer: ¿cuál sería el ideal de ser hombre para los hombres y el ideal de ser mujer para los hombres?, ¿cuál sería el ideal de ser mujer para las mujeres y el ideal de hombre para las mujeres?

III. Sexualidad

- Aprendizaje de la sexualidad en: sistema escolar, calle, iglesia, familia, amigos, medios de comunicación, comunidad. En términos generales ¿qué nos enseñan sobre sexualidad en cada uno de esos lugares?, ¿cómo nos enseñan sobre sexualidad?, ¿en qué estamos de acuerdo o en desacuerdo?, ¿qué practicamos de lo que nos enseñan?
- Percepción de la posibilidad de diálogo sobre temas de sexualidad con: padres, maestros, amigos, instituciones, con la propia pareja. Para todos los grupos, ¿se puede hablar sobre sexualidad?, ¿de qué se puede hablar sobre sexualidad?, etc.
- Percepción de problemáticas asociadas a la sexualidad: ¿qué riesgos se puede tener cuando se es activo sexualmente?, ¿qué consecuencias se puede tener cuando se es activo sexualmente?, etc.

IV. Estrategias para los servicios

- Lugares de información sobre aspectos relacionados con la adolescencia y la salud sexual y reproductiva: ¿dónde podemos conseguir información sobre sexualidad?, ¿toda la información es válida?, ¿por qué sí o por qué no?, etc.
- Conocimiento de los servicios en general y de salud sexual y reproductiva en particular, que ofrece la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) a los y las adolescentes: ¿conoce las clínicas del adolescente?, ¿Qué servicios ofrece la CCSS específico para adolescentes en Salud Sexual y Reproductiva?, ¿si usted tiene dudas o preguntas sobre sexualidad le ofrece la CCSS un lugar específico para adolescentes donde usted puede acudir pronta y profesionalmente?, etc.
- Acceso a los servicios de salud: ¿a los adolescentes cuando quieren aclarar dudas sobre sexualidad hay un establecimiento de salud cerca?, etc.
- Barreras para acceder a los servicios en general y de salud sexual y reproductiva en particular, de la Caja Costarricense de Seguro Social: ¿cuáles problemas se encuentra el o la adolescente para ser atendido en los establecimientos de salud?, etc.
- Percepción de los y las profesionales que brindan los servicios de salud en general y de Salud Sexual y Reproductiva en particular, en la Caja Costarricense de Seguro Social: ¿de que manera lo atienden las y los profesionales en los establecimientos de la CCSS?, ¿cómo calificaría la atención que brindan las y los profesionales a las y los adolescentes?, etc.
- Ideal de un servicio de salud en general y de salud sexual y reproductiva en particular, dirigido a ellos y ellas: ¿cómo les gustaría que fuera un servicio de atención específico para adolescentes en

salud sexual y reproductiva?, ¿qué características deberían tener: en cuanto a la estructura física, en cuanto a quienes deberían atenderlo, dónde debería ubicarse dentro del establecimiento de salud, qué horarios deberían tener, confidencialidad, etc?

- Actividades a las que ha asistido de Salud Sexual y Reproductiva brindadas por los servicios de salud de la Caja Costarricense de Seguro Social: ¿qué actividades hacen en los establecimientos de salud de la CCSS a los cuales usted haya sido invitado(a)?, ¿qué le ha parecido esas actividades?, etc.
- Los métodos anticonceptivos (percepción, uso y facilidad de acceso fuera y dentro de la Caja Costarricense de Seguro Social): ¿cuál sería la mejor forma de que obtengan los anticonceptivos los y las adolescentes?, ¿qué se tendría que hacer para que realmente usaran los anticonceptivos los y las adolescentes sexualmente activos desde la primera relación sexual?, etc.

El trabajo que se propone se hace desde la lógica de comunidades pobres pero puede ser adaptado a cualquier población, guardando las particularidades de cada población

Además, también se debe llamar a un grupo de padres y madres en condición de pobreza, para realizar una consulta similar, ahondando en la percepción que se tiene de las y los adolescentes (no solo de los factores de riesgo, sino también de los protectores; valga decir, no solo de la problemática sino de los aspectos positivos), y de las sugerencias que brindarían para promover una salud integral en las y los adolescentes. Además podemos ver las estrategias para constituir un grupo de padres y madres que realicen acciones con otros padres y madres, que brinden apoyo a los grupos de adolescentes que se constituyan



El **tercer paso** está asociado con lo que se ha descubierto en el punto anterior, pero a su vez se recomienda se establezca una estrategia donde para las actividades que se realicen se planteen invitaciones en forma directa, valga decir, en una carta dirigida a cada adolescente con su nombre completo. Para ello, se puede diseñar un “machote general”, donde se le agregue el nombre del adolescente y esto puede hacerse, ya sea con adolescentes contactos o con adultos(as) u organizaciones comunitarias, que quieran colaborar.

De igual manera se realiza invitación a padres y madres con hijos/as adolescentes para que asistan a una primera actividad, organizada por las y los funcionarias de salud.



El **cuarto paso** es la realización de una primera actividad, donde lo que se busca fundamentalmente es modificar la práctica de los Servicios de Salud como no promotores de salud, o que solo se habla de sexualidad genitalizada, para ser promotores de salud integral. Esto con el fin de cambiar la visión del funcionario(a) distante, por el de una persona cercana y que se le puede llamar por su nombre y no por su título (doctor(a), licenciado(a), señor(a), etc.). Esto implica que en esta primera actividad se busque utilizar la metodología participativa como el elemento fundamental, además de hacer una “pequeña actividad propia de la adolescencia”, que sabemos que es de interés para ellas y ellos. Se busca promover de esta forma, la constitución de un pequeño grupo de adolescentes protagonistas, que en conjunto con ellos y ellas continúen planeando actividades en lo sucesivo, que sean de su interés.

Con los padres y madres se realiza una primera actividad, con objetivos similares a la de las y los adolescentes, para de esa forma constituir un grupo de diálogo y formación de padres y madres con hijos(as) adolescentes, que permita

sensibilizarlos en forma permanente ante las acciones que tienen que hacer con sus hijos e hijas, pero además que permitan ser un apoyo a las actividades de los y las adolescente protagonistas, así como capacitadores(as) de otros padres y madres, con quienes puedan realizar actividades también.



El **quinto paso** consiste en acompañarlos/as para que el grupo de adolescentes protagonistas pueda realizar acciones con los demás adolescentes, donde necesariamente debemos apoyarlos/as en:

- Brindarles el lugar donde reunirse
- Respaldarlos en las actividades que programen: comunicando que son el grupo de adolescentes de la Clínica del Adolescente, haciendo cartas ante organizaciones donde sean presentados o donde se les pueda apoyar
- Capacitarlos en diferentes temáticas, desde cómo planear una actividad hasta sobre aspectos de Salud Sexual y Reproductiva, para que puedan hacer actividades o capacitar a otros(as) adolescentes.
- En caso de que exista la posibilidad, en la consecución de recursos para la ejecución de sus actividades
- En momentos de crisis, propios de los grupos y de la adolescencia

De igual manera, es importante acompañar al “Grupo de diálogo y formación de padres y madres con hijos(as) adolescentes”, sobretodo de los puntos reseñados anteriormente queremos resaltar la capacitación, como eje fundamental.



El **sexto paso** es brindarles la capacitación específica para las diferentes acciones que realicen, aprendan a detectar a adolescentes con dificultades y se establezca un

mecanismo de detección temprana y de referencia al Establecimiento de Salud o a otras instituciones para que puedan ser atendidos por los y las funcionarios(as) pertinentes, valga decir, que no sean rechazados/as.

Para ello hay que facilitarles un directorio que contemple: institución, dirección, teléfono, servicio que brinda, nombre de persona o personas contactos. En ese sentido, es valioso que los funcionarios y funcionarias puedan compartir “pequeños momentos” en las actividades permanentes que realicen los grupos de adolescentes protagonistas, para que **sean conocidos personalmente** y se les tenga **confianza**.

En este último paso, a los “grupos de diálogo y formación de padres y madres con hijos(as) adolescentes”, se deben establecer mecanismos similares, para que ellos puedan detectar y referir a las instancias pertinentes.

Es relevante, subrayar que en este proceso, debe existir una participación activa de los y las funcionarias de salud, sobre todo en los primeros pasos, pero una vez constituidos los grupos de adolescentes protagonistas de manera estable y los grupos de diálogo y formación de padres y madres con hijos(as) adolescentes, el tiempo destinado es el mínimo, pero el beneficio en cuanto a detección y captación, es bastante importante.

El trabajo preventivo con adolescentes a partir de redes de apoyo⁷



El Sistema Nacional de Salud, parece responder a una visión atomista y fragmentada, que parece seguir el lema “divididos trabajamos mejor”. Sin embargo, la evidencia de la gestión en los sistemas de salud, nos muestran que la eficiencia y eficacia está directamente relacionada con el trabajo en equipo y el trabajo en red.

La importancia del trabajo en red es fundamental para el abordaje de la Salud Sexual y Reproductiva con énfasis en la prevención del

VIH/SIDA, y es la perspectiva que se ajusta no solo al modelo readecuado de salud, sino a la lógica desde la cual estamos presentando este protocolo y a la puesta en práctica del mismo.

Veamos el siguiente esquema (MacDonald, 2005, citando a Rovere, 1998), que resume en forma didáctica los elementos centrales que se propone cuando se trabaja en red.

NIVEL	ACCION	VALOR
1. RECONOCER	Destinadas a reconocer que el otro existe	Aceptación
2. CONOCER	Conocer de lo que el otro es o hace	Interés
3. COLABORAR	Prestar ayuda esporádica	Reciprocidad
4. COOPERAR	Compartir actividades y recursos	Solidaridad
5. ASOCIARSE	Compartir objetivos y proyectos	Confianza

⁷ Texto tomado de: Macdonald, J.(2005) Salud Mental y Violencia Intrafamiliar. Costa Rica: Ministerio de Salud

El cuadro nos muestra los diferentes niveles en los que se debe avanzar en el funcionamiento en red en los servicios de salud.

BÁSICO

El nivel más básico corresponde a que los y las funcionarias que forman parte de una red, lo primero que tienen que hacer es generar un directorio, donde se consigne las personas que participan en la red y formas de contactarlos; además de conocerse personalmente como aspecto idóneo. Así se facilita la referencia y contrarreferencia, ya que existe un contacto previo y se sabe a quien realizarla y que sea tomada en cuenta.

SEGUNDO

El segundo nivel nos propone que se avance, luego de conocerse, a saber qué hace el otro. Esto permite que las referencias y contrarreferencias se realicen en forma precisa, ya que se tiene una idea clara de las capacidades personales e infraestructurales de cada una de las personas que conforman la red.

TERCER

Como tercer nivel se muestra, que la ayuda que se pueda brindar en determinadas ocasiones en forma recíproca entre los que conforman la red, puede permitir aumentar la capacidad resolutive de la misma. Es decir, ya no solo la referencia y la contrarreferencia, sino incluso la interconsulta como un aspecto de iniciativa de algún miembro de la red. De tal forma, ningún miembro de la red se sentiría y abordaría una situación solo(a), sino que sabría que otro(a) miembro de la red estaría en disposición de ayudarlo(a).

CUARTO

El cuarto nivel, permite avanzar hacia la coordinación de actividades en común, tales como capacitaciones, actividades de prevención, educación, entre otros. Implica que las y los miembros de la red están dispuestos(as) ya no solo a prestarse ayuda esporádicamente, sino que se da la planificación y ejecución de actividades en común, facilitándose recursos humanos y materiales.

QUINTO

El quinto y último nivel, ya es el planeamiento de proyectos en conjunto, donde la confianza es lo cotidiano en todos los miembros de la red, implica un contacto permanente y estrecho del quehacer, en todos los aspectos, referencias, contrarreferencias, interconsulta, capacitaciones, actividades, etc.

El funcionamiento en red, visto de esta forma aumenta la capacidad y eficiencia de las acciones e implica abandonar formas de actuar en el Sistema Nacional de Salud, en donde se utilicen consignas como “a mi no me toca”, “quién me envió esto no sabe nada”, además del envío de referencias si contactos previos o posteriores a la misma entre los niveles; y avanzar a formas de organización más modernas y eficientes, donde los beneficiados son todos: funcionarios(as), y población en general, pero sobretodo, los que puedan presentar problemas en relación con su salud sexual y reproductiva

III UNIDAD:

Consejería en Salud Sexual y Reproductiva para jóvenes

OBJETIVOS

Proporcionar herramientas conceptuales y metodológicas que le permitan a la persona que trabaja con adolescentes y jóvenes apoyarlos/as en:

- La toma de conciencia sobre cómo prevenir el VIH, las ITS y el embarazo no deseado**
- Cómo buscar servicios de salud**
- Cómo cambiar los comportamientos sexuales para alcanzar y mantener una sexualidad sana**



a) El Modelo P-IL-SE-TI⁸

El modelo Pilseti, es un método básico de trabajo y consejería para funcionarios/as en el trabajo con adolescentes. Recibe su nombre producto de los cuatro elementos que lo conforman, a saber:

P:

DAR PERMISO

IL:

INFORMACION LIMITADA

SE:

SUGERENCIAS ESPECIFICAS

TI:

TERAPIA INTENSIVA

(Annon, 1976, Rosser, Coleman & Ohmans, 1993)

A continuación se explica y operacionaliza la forma de actuar en cada una de las fases del modelo.

**Dar Permiso, valorar las emociones y
normalizar la experiencia (P)**

El consejero/a o funcionario/a, crea un clima confortable y acogedor (permisivo, facilitador) para que el/la joven trate las inquietudes sexuales, a menudo introduciendo el tema de la sexualidad, de ese modo validando la sexualidad como un tema de salud legítimo.

⁸ Texto tomado de: Vega, A. (2004). Consejería en Salud Sexual y Reproductiva para jóvenes. Washington: OPS/OMS, documento de uso interno.

Estrategias para dar el permiso

- Escuche sin prejuicios
- Entienda sin juzgar
- Tenga empatía
- Detecte los sentimientos y significados personales del joven
- Respeta al joven
- Proteja la autonomía y la auto-dirección y elección del joven
- Sea sensible a cómo el/la joven se siente acerca de aprender nuevos comportamientos
- Sea genuino, real y congruente –sea si mismo
- Sea positivo
- Acepte al joven como es- este clima de la aceptación (confortable, acogedor, permisivo) facilitara cambio de comportamiento sexual

Información Limitada (IL)

- El/la profesional crea un clima confortable y de permisividad para los jóvenes al tratar las inquietudes sexuales específicas e introduce el tema de la sexualidad, validándolo como tema de salud legítimo
- Intenta corregir los mitos y la información incorrecta

Estrategias de información limitada (IL)

- Dé importancia a cómo el joven entiende la situación
- Crea en el joven
- Responda sus preguntas
- Dé información basada en conocimiento preciso
- Descubra los deseos y las necesidades del joven
- Proporcione al joven recursos bibliográficos
- Usa un idioma que el joven puede entender, evite el lenguaje profesional
- Muchos problemas en salud sexual y reproductiva se pueden resolver con información básica
- El conocimiento puede empoderar a los jóvenes
- Responda a las necesidades emocionales del joven
- Muchos consejeros se sienten incómodos discutiendo la variedad de emociones y sentimientos de jóvenes al tratar los temas de salud sexual y reproductiva
- Por ejemplo, los proveedores en clínicas médicas quizá prefieran centrarse sólo en las necesidades biomédicas del joven
- Cuando no se establece una armonía terapéutica el joven tiene probabilidad de permanecer centrado en temas emocionales que interfieren con el entendimiento de la información, negociación y toma de decisiones
- Sea conciente a su mismo valores – respeta el tema y las decisiones del joven

Sugerencias Específicas (SE)

- El profesional evalúa una historia sexual o perfil del joven:
- 1). Definiendo los temas y las inquietudes del joven
- 2). Determinando el curso de cómo los temas han evolucionando con el transcurso del tiempo
- 3). Facilitando la comprensión del joven de los temas principales y proporcionando opciones para la resolución
- 4). Ayudando al joven aclarar sus percepciones e ideas acerca de las fuentes de estas inquietudes y en desarrollo de metas realistas y apropiadas y planes de solución
- Necesitamos reconocer cuándo es necesario la ayuda de profesionales para poder recomendarla

Terapia Intensiva (TI)

- El consejero/a o funcionario/a proporciona tratamiento especializado en casos que son complicados por la coexistencia de otros temas complejos de vida tales como:
- diagnósticos psiquiátricos como la depresión
- los trastornos por ansiedad

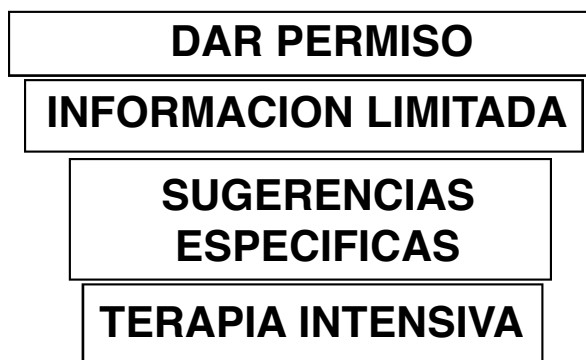
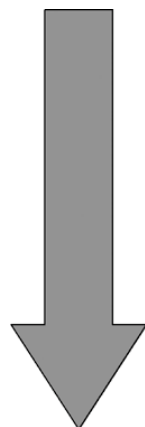
(incluido trastorno obsesivo-compulsivo)

- trastornos de la personalidad
- abuso de sustancias
- conflictos interpersonales o intrapersonales
- Los consejeros de sexología se especializan en identificar las situaciones que requieren terapia intensiva y en hacer las referencias apropiadas

La manera de dimensionar las características de cada caso en particular es muy importante para este modelo. De esta forma, es fundamental determinar el grado de patología que se aprecia en la intervención para poder vislumbrar el grado de alcance al que se quiere llegar con la intervención

En este sentido, la atención en Salud Sexual y reproductiva se irá especializando proporcionalmente al nivel de patología que sea percibido, como se observa en el siguiente gráfico:

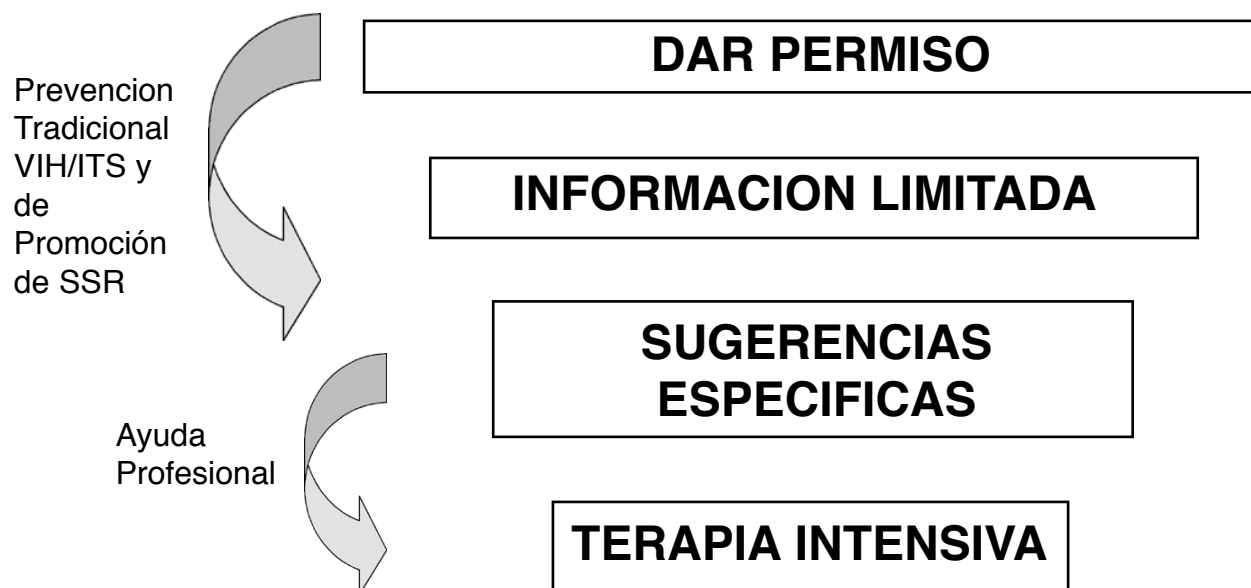
Menos patológico/ problemático



Más patológico/problemático

Por otro lado, y a diferencia de los modelos tradicionales de atención, el modelo PILSE TI, permite profundizar más en las temáticas relacionadas con la prevención del VIH/SIDA y de la promoción de la Salud Sexual y Reproductiva,

ya que permite dar mayor profundidad a la intervención dependiendo de los requerimientos específicos a cada caso, como se observa en el cuadro siguiente:



B) CONSEJERÍA TELEFÓNICA⁹



FUNCIONES DEL OPERADOR O LA OPERADORA

- Escuchar activamente la demanda
- inquietud que presenta el usuario
- la usuaria del servicio.
- Brindar atención, consejería, apoyo y contención a los y las adolescentes y demás personas consultantes.
- Explorar en la demanda que presenta la persona que consulta.
- Brindar la información que se requiera para satisfacer las consultas recibidas.
- Algunas preguntas básicas que se pueden realizar para orientar la resolución de la llamada son:

• ¿Cuál es el problema?

• ¿Qué ha hecho ya para tratar de solucionar el problema, y qué no ha funcionado?

• ¿Qué otras alternativas podrían ser funcionales?

• ¿Cuáles alternativas están en disposición de aplicar?

• En caso de que una alternativa no haya funcionado, analizar el motivo.

• En aquellos casos muy especiales, en los que el funcionario o funcionaria ha detectado un alto nivel de riesgo en el o la adolescente, éste puede hacer una referencia escrita al servicio de la CCSS más adecuado y accesible para que los y las consultantes puedan obtener ayuda.

⁹Texto tomado de: Programa Atención Integral a la Adolescencia (2005) Manual de Inducción para las y los operadores de la Línea Telefónica Cuenta Conmigo. San José, Costa Rica: PAIA/CCSS. Documento de uso interno.

Partiendo de lo anterior, queda manifiesto que **los objetivos** de los operadores y operadoras con las llamadas recibidas son:

1. Realizar un diagnóstico oportuno durante la llamada en crisis,
2. determinar la gravedad de la situación y
3. ayudar a los usuarios y usuarias a desarrollar un plan de acción para manejar su situación.

Debe quedar claro que la función de quienes atienden la línea es servir como auxiliar durante la situación crítica. Establecer un contacto u orientar a jóvenes hacia servicios de apoyo que existen en su comunidad o hacer contacto con miembros de su familia u otro adulto(a) que lo pueda apoyar.



**En promedio la llamada
no debería sobrepasar
los 45 minutos...**

En promedio la llamada no debería sobrepasar entre los **30 y los 45** minutos, comprobando que se hayan abarcado todos los elementos que hay que explorar y que se desarrollan a continuación. Durante la llamada debe establecerse una relación empática que ayude a que los usuarios o las usuarias sean motivados a buscar ayuda para resolver su conflicto y en caso que requiera atención psicológica, médica, psiquiátrica, entre otras, facilitar el establecimiento de una relación de apoyo más duradera con la institución de ayuda a la que sean referidos.

Cada llamada debe ser vista como una forma de pedir ayuda. Algunas personas necesitan llamar en varias ocasiones antes de que acudan al servicio al que puedan ser referidos. Sin embargo,

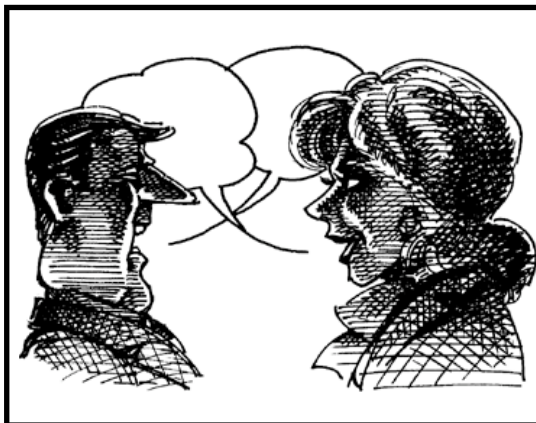
es importante no permitir que se desarrollen relaciones de dependencia, ya que esto dificulta que el o la adolescente busquen la ayuda que realmente puede ser efectiva en su situación.

El servicio que se ofrece, por su naturaleza, no puede ser sustituto ni de una consulta médica, psicológica, ni de una valoración social, ni mucho menos de un proceso psicoterapéutico; por tanto, las llamadas muy extensas o consultas repetidas, no pueden ser estimuladas, pues inhibirían a la persona para que recurra a los profesionales o servicios que pueden dar una solución real a su problemática.

En aquellos casos en que el usuario o usuaria requiera de una atención profesional, el operador u operadora deberán referir el caso a la instancia correspondiente, haciendo uso de un directorio de instituciones y profesionales que se tiene que tener a lo interno de la Línea.

Cuando se establece un plan con el o la joven, el operador u operadora debe de plantear como primera opción los familiares, cuando la situación está relacionada con la fuga y el regreso a la casa. Para estos casos se indicarán estrategias que favorezcan la relación familiar. Para los casos en que no están listos para regresar al hogar en el momento en que se realiza la llamada, entonces se les da la opción de un albergue, institución o profesional que le pueda proveer seguridad mientras se resuelve su situación.

HABILIDADES DE ESCUCHA ACTIVA



METAS

- Poner en práctica principios básicos de la Terapia Centrada en el Cliente en la atención al usuario de la Línea Telefónica.
- Identificar y demostrar una escucha activa.
- Identificar las posibles dificultades en los y las usuarias para expresar su situación y tratar de superar estas dificultades.

Dentro de las funciones de la Línea, la escucha activa es un elemento de especial relevancia para la atención telefónica. Mediante ésta los y las usuarias reciben atención, contención, apoyo e interés. La sensación de sentirse escuchados(as) les da la posibilidad de ayudarse y entenderse.

ELEMENTOS A TOMAR EN CUENTA

1.- Igualdad en la relación (horizontal)

No se trata de asumir roles de poder. Se recomienda que quien atienda, no asuma una posición de mayor rango o autoritaria. Se debe trabajar, dentro de lo posible, en un mismo nivel; el objetivo es apoyar a la persona para que logre entender mejor su situación y ayudarlo a buscar recursos que le permitan encontrar una posible solución.

2.- Los usuarios y las usuarias pueden determinar su propio ritmo, y tomar sus propias decisiones

Esto se refiere a que los operadores y operadoras, deben partir de la concepción de que los usuarios y usuarias son personas competentes y capacitadas, que conocen mejor que nadie su vida, y que por lo tanto están mejor equipados para hacer que sus decisiones se lleven a cabo. Permitir que tomen sus propias soluciones de acuerdo a sus posibilidades. Cada persona tiene su propio ritmo de cambio.

3.- Aceptación

Significa no adoptar o emitir juicios, ya que esto perjudica al usuario o usuaria. No favorece, ni ayuda, ni facilita la situación de la persona demandante. Debe darse un respeto aunque no se esté de acuerdo con sus valores y creencias. Si estas perjudican la salud física o

emocional, entonces el papel del operador(a) es que el usuario o usuaria visualice las consecuencias que eso tiene para su vida y no así debatir o forzar a cambiarlas.

4. - Respeto

El respeto ayuda a que se dé y se fomente una relación de igualdad y de confianza con el usuario y la usuaria en la toma de decisiones. Algunas personas pueden sentirse amenazadas al tener que hablar de sus necesidades y sus problemas por lo que podrían estar en un estado de alerta o defensivo y mostrarse un poco toscos. A pesar, de que muchas veces, se reciben llamadas en que el profesional es irrespetado, se debe evitar faltar el respeto a la persona que utiliza el servicio.

5. - Empatía

La empatía es el entendimiento de los sentimientos básicos del usuario o usuaria. No es lo mismo que la simpatía. La empatía le ayuda al usuario o usuaria a sentirse entendido (a) y, que los operadores y operadoras del servicio, están en capacidad para comprender sus sentimientos. Esta actitud va a permitir una adecuada escucha, además de transmitirle al usuario o usuaria respeto e interés ante su situación.

6. - Esperanza/Confianza

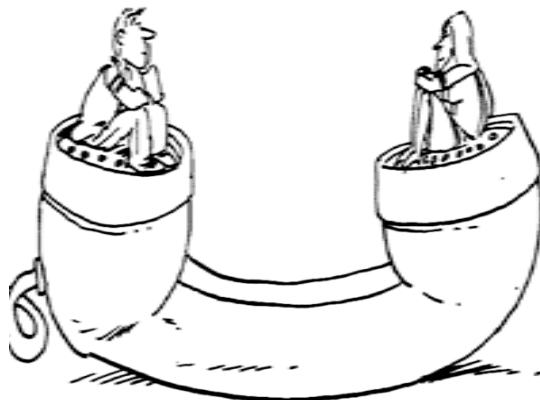
La esperanza y la confianza hacen referencia a la firme creencia en la habilidad de todas las personas para sobrevivir y recuperar el control de sus vidas. Lo cual requiere de estar convencidos de que la persona con quien se está hablando posea las herramientas necesarias para hacer frente a sus problemas.

ESTRATEGIAS PARA UNA ESCUCHA ACTIVA

A. Silencio o uso del silencio

El uso adecuado de los silencios es una herramienta que en nuestro trabajo se puede emplear para:

- Brindar un espacio para que el usuario o usuaria reflexione de su situación.
- Demostrar respeto en el proceso de reflexión y búsqueda de alternativas de la persona que llama.
- Impulsar al usuario o usuaria a dar más información.
- Clarificar y formular sus mensajes de forma más concisa.
- Determinar que tanta dificultad tiene la persona que está llamando para hablar de su situación. Esto podría responder a que representa una carga emocional que él o ella se esté esforzando por expresar. También podría responder a momentos de ambivalencia, en las que el usuario o usuaria trata de decidir sobre cómo afrontar la situación. Otra razón por la que podría tener dificultad es por considerar el tema como tabú o difícil de creer.
- El operador u operadora puede utilizar el silencio para cerrar la conversación.



Se debe de tener cuidado con el uso del silencio, porque si bien es cierto que puede funcionar en los puntos antes mencionados, también podría ser desfavorable si el silencio se extiende por largos periodos de tiempo. Se vuelve particularmente problemático cuando el operador u operadora no entiende el significado del silencio y lo utiliza como una reacción negativa o una resistencia ante la dificultad que presenta el usuario o la usuaria y por tanto le genere ansiedad y poca claridad para presentar su dificultad y encontrar una posible solución.

B. Reflejar los sentimientos

Reflejar a la persona que llama sus sentimientos permite comunicarle que se le está expresando, que se tiene interés y respeto por lo que le sucede y siente. A modo de "espejo", se le presenta a la persona sus sentimientos, con el fin de que comprenda su emoción.

Además el reflejo de sentimientos permite:



- Aliviar la tensión.
 - Que el usuario o usuaria se sienta comprendido (a) y valorado(a).
 - Que el usuario (a) ponga atención a sus propios sentimientos, ayudando a poner en palabras sus sentimientos, lo que ayuda a aliviar la tensión.
 - Fomentar una relación basada en la confianza, lo que puede ayudar a que se de una mayor disposición de conversar.
 - Puede iniciarse una relación con quienes no se simpatiza en un inicio por diversas razones.

C. Repetir

Reflejar a la persona que llama sus sentimientos permite comunicarle que se le está expresando, que se tiene interés y respeto por lo que le sucede y siente. A modo de “espejo”, se le presenta a la persona sus sentimientos, con el fin de que comprenda su emoción.

- **Un usuario o usuaria comparta algo con nosotros, pero que en realidad no se esté escuchando a sí mismo. Esta técnica ayuda para que la persona finalmente pueda escuchar los eventos de su situación y pueda ir hacia un mejor entendimiento de su problemática.**
- **Se puede reestructurar la forma en que el usuario está viendo su problemática. Por ejemplo, podemos decir a una adolescente que por lo que ella está indicando, PROBABLEMENTE en su relación de pareja está siendo violentada en su relación con su pareja. Poniendo su situación más objetiva.**

D. Parafraseando

Se refiere a los intentos por resumir y ordenar el mensaje del cliente resaltando los principales puntos a tratar. Esto puede hacer que un mensaje largo y detallado se vuelva preciso y corto, centrándose en los eventos importantes del suceso.

E. Resumir

Se refiere a la síntesis de todos los eventos y sentimientos que el usuario ha compartido con nosotros. La principal ventaja de esta técnica es que el usuario o la usuaria pueda observar que estamos siguiendo el hilo de la conversación

F. Clarificación

Se refiere a ver las conexiones de eventos que aparentemente no se observaban. Cuando algo no está claro para nosotros no podemos esperar que para el cliente sí lo este.

D. Compromiso

Es la habilidad para hacer que las y los usuarios puedan expresar más. Pueden usarse comentarios que inviten a los usuarios a hablar y elaborar su discurso, frases tales como: "Dime un poco más sobre..." También pueden ser frases cortas o expresiones cortas que pueden tener los mismos efectos que los comentarios, tales como "Mm-hmm "Continúa".



C) ENTREVISTA CON ADOLESCENTES



Entrevista bio-psico-social con adolescentes.¹⁰

La entrevista médico-psicológica es una entrevista clínica que tiene por objetivo valorar la situación física y emocional del y la adolescente.

Las condiciones y parámetros en que ocurre esta entrevista están determinados por distintos aspectos, como son el paradigma y los enfoques con los que se trabaja con la población adolescente.

Además, es esencial la calidez, preparación y experiencia profesional de la persona que realiza la entrevista, y como indica Maddaleno (1992: 3)

"Atender adolescentes requiere interés, tiempo y experiencia profesional. Para lograr un cuidado efectivo y una buena relación es fundamental que al profesional le gusten los adolescentes, pues estos tienen una sensibilidad exquisita para identificar el rechazo, por tanto, si al profesional no le agradan o se siente incómodo brindándoles atención, es preferible que los refiera a otro profesional".

La entrevista clínica de adolescentes impone un reto especial a las y los funcionarios de Salud encargados de su abordaje, en el sentido de tener presente los enfoques y paradigmas con que trabajamos el marco legal vigente, y las

limitaciones tanto institucionales, como las propias en cuanto a preparación y experiencia. En los servicios de salud de nuestro país, este reto es mayor en el sistema vigente que no permite, en la mayoría de los casos, ni al usuario ni al profesional la posibilidad de escogencia; en otras palabras, ni el y la adolescente puede escoger al o la profesional que lo(a) atiende, ni el(la) profesional tiene opción de referirlos a otra persona si siente que él o ella no son los idóneos para la intervención.

Contexto general de la consulta

En nuevo marco de derechos establecido en el Código de la Infancia y la Adolescencia (ley 7739) establece que los y las adolescentes son sujetos con derechos plenos, que incluyen el acceso a los servicios de salud para todos los menores de 18 años sin ningún tipo de distinciones en cuanto a su nacionalidad, religión, grupo étnico, condición socio-económica, etc.

Este marco jurídico señala el derecho de los y las adolescentes a la información y la atención, incluyendo tratamientos, aún sin el consentimiento de sus padres. Este último aspecto está basado en el concepto del "interés superior", que establece que cualquier acción médica debe

¹⁰ Dr. Marco Díaz Alvarado. Médico Psiquiatra con especialidad en Adolescencia, Master en Salud Pública con énfasis en adolescencia, Director del Programa de Atención Integral al Adolescente-C.C.S.S.

basarse en lo que es de mayor conveniencia para el bienestar físico y psicológico del menor de edad (artículo 5° del código)

El código también establece los derechos de las y los adolescentes a la integridad, la privacidad, protección ante peligro grave, la educación, etc.

El contexto de la consulta incluye que los servicios para adolescentes deben ser diferenciados y específicos para ellas y ellos, distintos a los de las niñas y los niños, y por supuesto a los de los y las adultas. Estos servicios idealmente deberían ser amigables, con personal capacitado que abarque desde personal de seguridad, secretarías y recepcionistas, hasta el personal profesional. Los horarios de atención y la decoración deben ser adecuados para ellas y ellos.



El personal de salud

Debe sentirse cómodo y desear trabajar con adolescentes, tener una capacitación sólida en diversas áreas como desarrollo y crecimiento, desarrollo psicosexual, aspectos básicos de psicología, y técnicas de comunicación y entrevista con adolescentes.

Se debe haber trabajado en la resolución de los conflictos vividos en la propia adolescencia, los mitos y tabúes con que se desarrolló la sexualidad propia, y capacidad de analizar el grado de satisfacción de la propia vida sexual.

Se debe tener conciencia desde qué paradigma se trabaja con adolescentes, ya que si este es

tradicional (preparatorio) o transicional (adolescentes como problema) determinarán una relación de atención vertical, con el profesional como experto poseedor del conocimiento, y el y la adolescente como sujeto pasivo de intervención. Por otro lado, el paradigma moderno, que considera a las y los adolescentes como ciudadanos(as) y actores estratégicos del desarrollo, favorece una intervención más horizontal e integral.



La entrevista



En la consulta toda comunicación y toda interacción tienen sentido terapéutico y puede servir tanto al adolescente como a sus padres para sentirse reafirmados o establecer los cambios que sean pertinentes (Díaz, Sequeira y Garita, 2000).

Entonces, tiene enorme trascendencia el tiempo que se tiene para la intervención, el considerar si se atiende al adolescente solo o en compañía de sus padres, cómo se manejará la confidencialidad, etc.

De gran importancia es que exista un encuadre adecuado que incluya los puntos anteriores y que facilite al profesional trabajar inicialmente con el

objetivo de establecer un buen rapport o relación con el o la paciente, antes de pretender obtener cualquier información clínica. Si este rapport no se establece, no se logrará avanzar en la obtención de información y menos aún en el objetivo principal, cual es el favorecimiento del desarrollo integral del adolescente y trascender en su situación de vida particular.

Los **contenidos de una entrevista médico-psicológica** adecuada deben incluir, entre otros, los siguientes (partiendo de que se establece una relación buena, de respeto mutuo, con un lenguaje adecuado y una técnica idónea):

- Motivo de consulta
- Antecedentes mórbidos personales
- Antecedentes mórbido familiares
- Historia escolar
- Relación con los pares (socialización)
- Historia laboral
- Hábitos y estilos de vida (incluye consumo de sustancias)
- Estructura y dinámica familiar
- Vivienda y nivel socioeconómico



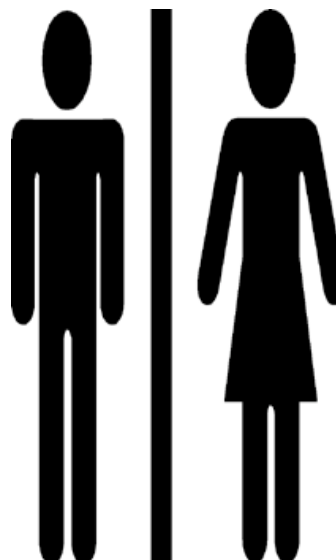
Aspectos específicos de exploración:

- Crecimiento y desarrollo
- Autoestima
- Fracaso escolar
- Depresión
- Grupo de pares (aceptación, aislamiento)
- Comunicación y relación familiar
- Información sobre sexualidad
- Comportamientos sexuales (noviazgo, relaciones sexuales, uso de protección, tipo de vínculo, edad de su pareja, número de parejas)
- Proyecto de vida

En síntesis, la entrevista con el o la adolescente debe tener además de una apertura y un desarrollo, un cierre, con la meta de que el y la adolescente puedan llevarse alguna información, educación y orientación que se adapte a sus necesidades y prioridades particulares del momento histórico en el que el o ella se encuentran, y que se favorezca su desarrollo integral. Pero especialmente, lo que buscamos es trascender en la vida de ese o esa joven de acuerdo a su situación única, con la esperanza de que la experiencia de la consulta haya sido adecuada al menos en el sentido de que regrese a una nueva consulta ya sea con uno(a) mismo(a) o con otro(a) funcionario(a) de salud.



D) MÉTODOS DE PROTECCIÓN EN LA SEXUALIDAD GENITAL¹¹



Son todos aquellos métodos que nos protegen de las enfermedades de transmisión sexual (ITS) y de embarazos no deseados. Entre estos se encuentran la abstinencia, el condón (femenino y masculino), las pastillas anticonceptivas, los dispositivos intrauterinos (el DIU y la "T" de cobre), las inyecciones y los métodos naturales.

Al brindar información sobre estos métodos a un o una adolescente, es fundamental asegurarse que la información brindada sea amplia y adecuada y les quede lo suficientemente clara. Debe contemplarse hablar sobre:

- la eficacia de los distintos métodos para la protección de las ITS y de los embarazos no deseados
- las ventajas y desventajas de los métodos; de los posibles efectos colaterales y complicaciones;
- la forma en que se utilizan los distintos métodos
- el momento en que se debe volver a visitar el médico para un control de la salud

En general, al hablar de los métodos de protección en la sexualidad genital es fundamental resaltar dos aspectos. Primero, de todos estos métodos,

sólo dos nos protegen efectivamente contra las ITS y el embarazo: el preservativo o condón y la abstinencia. Segundo, no existe ningún método que brinde 100% de protección a la persona, ni en prevención de embarazos ni en prevención de ITS.

Cuando una persona decide utilizar métodos anticonceptivos, es importante que visite y le consulte a un médico, con el fin de que le asesore y le dé la información necesaria para que elija el método anticonceptivo más adecuado (Salud Integral de la Mujer, s. f.), pues siempre buscará proteger la salud e integridad de la persona, sea mujer u hombre.

Entre los métodos anticonceptivos se encuentran los métodos naturales, que en general son muy poco seguros y que además requieren que la persona conozca bien su cuerpo y los procesos que se producen en el mismo. Por esta razón, si se decide utilizar estos métodos, es fundamental que se conozca con detalle toda la información necesaria sobre los mismos, como por ejemplo, que hay días en los que no se puede tener relaciones sexuales (los días fértiles), pues es muy probable que la mujer resulte embarazada.

¹¹ Texto tomado de Valverde, O; Vega, M; Rigioni, M; Solano, A; Solano, E. (2002). Toques para estar en todas. Módulo socioeducativo para el fortalecimiento de conductas protectoras y la prevención de conductas de riesgo en los y las adolescentes. Costa Rica: PAIA/CCSS.



•Método del ritmo

Es un método que solo puede ser usado por las mujeres que tienen ciclos menstruales muy regulares, o sea que les viene la regla cuando ellas lo esperan, pues tienen ciclos que van de 28 a 30 días. En estos ciclos, la ovulación se produce entre el día 14 y 15 del ciclo. Este dato es muy importante conocerlo, pues no se deben tener relaciones sexuales cuatro días antes y cuatro días después de la ovulación, que son los días en que la mujer es fértil, o sea, los días en que puede quedar embarazada (Salud Integral de la Mujer, s. f.).

Si se decide utilizar este método, hay que tomar en cuenta varios aspectos (Salud Integral de la Mujer, s. f.):

- Hay que apuntar por lo menos durante doce meses las fechas del ciclo menstrual. Generalmente, en la mayoría de las mujeres el momento de mayor fertilidad es en el día catorce, que se determina contando a partir del primer día que vino la regla.

- A partir de este, se deben contar siete días, que son en los que es más posible que la mujer quede embarazada.

Complementariamente, es importante conocer que el óvulo tiene una vida de 12 horas, mientras los espermatozoides pueden vivir de 48 a 72 horas en el interior del útero de la mujer. Debido a esto, no se deben tener relaciones sexuales en los días de ovulación (Salud Integral de la Mujer, s. f.)

Como hay que hacer tantos cálculos, este método no es muy recomendado, pues se tiene que tener mucha claridad y seguridad de que los cálculos se hicieron bien. Además, si se tienen deseos de mantener relaciones sexuales un día fértil, se debe abstenerse de las mismas, afectando la espontaneidad sexual (Salud Integral de la Mujer, s. f.).

Otro aspecto que es de vital importancia conocer, es que este método no protege a las personas de las enfermedades de transmisión sexual, por lo que si se utiliza es bueno tener certeza de que ninguna de las dos personas que participa en la relación sexual es portadora de alguna ITS.



•Método del moco cervical o Billings

Se basa en conocer cuáles son los días fértiles a partir de la observación de los cambios que se producen en el moco cervical, que es una sustancia mucosa que se produce en la vagina de la mujer, de color como transparente o blancusco.

Cuando le llega la regla a la mujer, pasan varios días sin que haya moco cervical. Luego empieza a aparecer una sustancia mucosa y pegajosa, que provoca una sensación de humedad (Salud Integral de la Mujer, s. f.), y que significa el comienzo del periodo fértil. Conforme pasan los días, el moco se hace más elástico y más lubricante, situación que indica que la mujer se encuentra en los días de mayor fertilidad, por lo que en estos la probabilidad de embarazo es muy alto, debiendo evitarse la relación sexual. Después de estos días, el moco se vuelve más opaco y pegajoso. Es en estos días cuando la mujer es menos fértil (Salud Integral de la Mujer, s. f.).

Es muy importante que la persona sepa que si se emplea este método, NO se puede utilizar ninguno otro, como preservativos, pastillas anticonceptivas, cremas espermicidas, diafragmas o DIU, pues si se emplean producen alteraciones en el moco, pudiendo confundir a las personas que lo utilizan.

Este método tampoco es un método que resulte muy seguro para la prevención del embarazo, pues la aparición o estado del moco puede ser afectado por varios factores. Además, se ha visto que el estrés y los viajes pueden alterar la ovulación, retrasándola o incluso eliminándola (Salud Integral de la Mujer, s. f.).

Al igual que el método del ritmo, este tampoco brinda ningún tipo de protección contra las ITS, por lo que es muy importante tener claridad de si la pareja está libre de las mismas.

•La abstinencia

Este es uno de los únicos métodos –junto con el condón– que brindan protección tanto de embarazos como de ITS. Entre sus ventajas está que es relativamente fácil de aplicar, pues solo se debe evitar mantener relaciones sexuales; por esto mismo, no requiere un conocimiento especializado ni la utilización de ningún aparato para impedir la concepción. Además, no requiere ninguna inversión económica en particular.





Su inconveniente es que en la realidad, pocas personas lo utilizan, pues implica no tener ningún tipo de relación sexual con penetración, lo cual muy pocas personas están dispuestas a hacer. Además, vivimos en una cultura que ha hecho pensar a la gran mayoría de personas que si se tiene algún tipo de contacto sexual, siempre debe culminarse con la penetración, haciendo aun más difícil que las personas practiquen la abstinencia con rigurosidad.

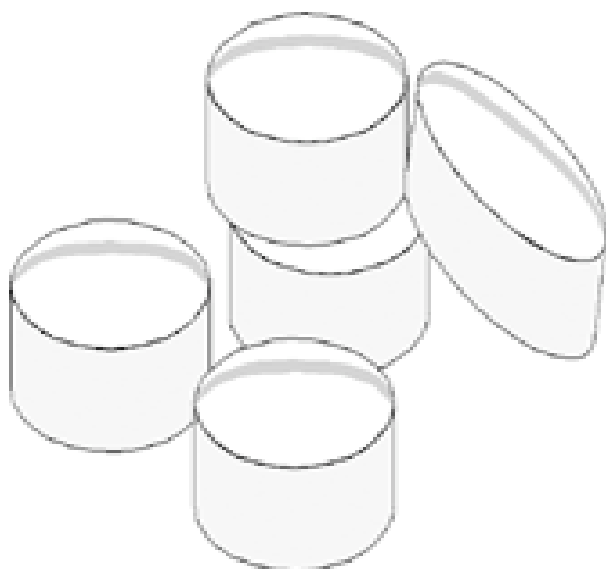
Además de los métodos naturales, también existen otros métodos que recurren a la utilización de sustancias y aparatos que impiden la fecundación.

•El condón o preservativo

Consiste en “una pequeña bolsa de hule lubricado que se coloca en el pene, antes de la relación sexual” (Salud Integral de la Mujer, s. f. p. 32). El condón impide que el semen con los espermatozoides del hombre entren en la vagina de la mujer. Aunque parece relativamente sencillo de utilizar, es importante que las personas sepan colocarlo, pues entre otras cosas, debe ponerse cuando el pene está erecto y hay que evitar que quede aire, lo que puede hacer que se derrame el semen o que se rompa el condón. Más adelante, se describe con detalle cómo se pone adecuadamente un condón, además de los cuidados que se debe tener si se quiere utilizar.

Si se utiliza adecuadamente es uno de los métodos más seguros para prevenir embarazos y prevenir el contagio de ITS, además de la particularidad de que es “uno de los poquísimos anticonceptivos que existen para los hombres” (Salud Integral de la Mujer, s. f.).

Generalmente, no produce trastornos en la salud, aunque a algunos hombres y a algunas mujeres les produce una reacción que usualmente consiste en un ardor o picazón en el pene o la vagina, en cuyo caso debe dejar de utilizarse, debiendo consultar con un médico.



Además de tener la ventaja de que es relativamente fácil de usar, es muy fácil de conseguir, pues se puede obtener en clínicas y hospitales, además de poder comprarse en farmacias, pulperías y supermercados a un precio bastante accesible. En este sentido, es importante que las y los adolescentes sepan que en ningún lugar pueden negarse a venderles un condón, tienen que dárselo o vendérselo.

De esta forma, el condón tiene la ventaja de que al proteger tanto del embarazo como del contagio de las ETS, permite disfrutar de la vida sexual activa sin exponerse a grandes riesgos.

•Las pastillas anticonceptivas

Son medicamentos que evitan que los ovarios de la mujer produzcan los óvulos, impidiendo que la mujer quede embarazada. Están compuestos por dos sustancias llamadas estrógeno y progesterona, que son sustancias similares a las hormonas femeninas.

La forma en que funcionan es la siguiente. Cuando la mujer toma la pastilla, las sustancias que la componen se distribuyen por el cuerpo a través de la sangre, llegando a los ovarios donde dan una especie de “orden” de que no se produzcan más óvulos.

Bien utilizadas son un método muy efectivo para evitar el embarazo, pues por la forma en que funcionan la posibilidad de un embarazo es muy baja. Tienen la ventaja de que regulan la menstruación y los sangrados abundantes. Sin embargo, no brindan protección contra las ITS.

Si se deciden utilizar, las pastillas anticonceptivas funcionan de la siguiente forma:

- Se consiguen en paquetes con 21 pastillas.
- La primer pastilla se debe tomar al quinto día de la menstruación o regla, “contando como el día número uno el primer día de sangrado” (Salud Integral de la Mujer, s. f.)
- Las siguientes pastillas se deben tomar una cada día, siempre a la misma hora.



Cuando se termina de tomar todas las pastillas de un paquete, se deja de tomarlas durante siete días, periodo en el cual aparece la menstruación. A partir del séptimo día, se empieza a tomar las pastillas del siguiente paquete. Es importante saber que en la semana en que no se toman pastillas, la mujer sigue estando protegida de los embarazos.

En caso de que a la mujer se le olvide tomar la pastilla a la hora correspondiente, debe tomarla en las doce horas siguientes, o bien tomar dos pastillas al día siguiente a la hora acostumbrada (Salud Integral de la Mujer, s. f.).

Es importante mantener la constancia al tomarlas, pues si se dejan de tomar por más de dos días, se pierde la protección contra el embarazo. Ante este caso, lo conveniente es terminar de tomar las pastillas del paquete, y utilizar un método anticonceptivo complementario durante ese mes.

Si se utilizan las pastillas como método anticonceptivo, se debe hacerlo bajo estricta supervisión médica, pues existen varios tipos de pastillas con distinta cantidad de hormonas. Es el médico(a) quien aconsejará cuál es la pastilla más adecuada para cada mujer.

Debido a que son medicamentos, este control médico es fundamental. De hecho, las mujeres que tienen “trastornos circulatorios y cardiovasculares, o con padecimientos de várices, vesícula, hígado, algún tipo de cáncer, diabetes, presión alta, problemas del corazón, deberán ser evaluadas por un médico especialista antes de tomar pastillas anticonceptivas” (Salud Integral de la Mujer, s. f.).

Algunas mujeres presentan reacciones secundarias al tomarlas en los tres primeros meses, como lo son sentir mareos o ganas de vomitar, pero estas son pasajeras. Sin embargo, existen otra serie de síntomas a los que las mujeres deben prestar una atención especial, como lo son la presencia de sangrados entre regla y regla, disminución del deseo sexual, dolor en los pechos, aumento de peso, fatiga. Si esto sucediera, hay que ir al médico(a) de inmediato para que cambie las pastillas, o bien, para que aconseje sobre cuál es el método de planificación más adecuado al que se debe cambiar (Salud Integral de la Mujer, s. f.).

Asimismo, hay algunas situaciones en las que no es conveniente tomar las pastillas anticonceptivas, como cuando se toma alguno de los siguientes medicamentos (Salud Integral de la Mujer, s. f.):

- Ampicilina, que es un antibiótico
- Rifampicina, que es un antituberculoso
- medicamentos barbitúricos
- medicamentos antiepilépticos.

* Siempre que se está tomando algún otro medicamento, cualquiera que sea, incluso los que se pueden comprar en las pulperías y supermercados, se debe decirle al médico(a), para que éste o esta determinen si hay algún inconveniente si se van a tomar pastillas anticonceptivas.

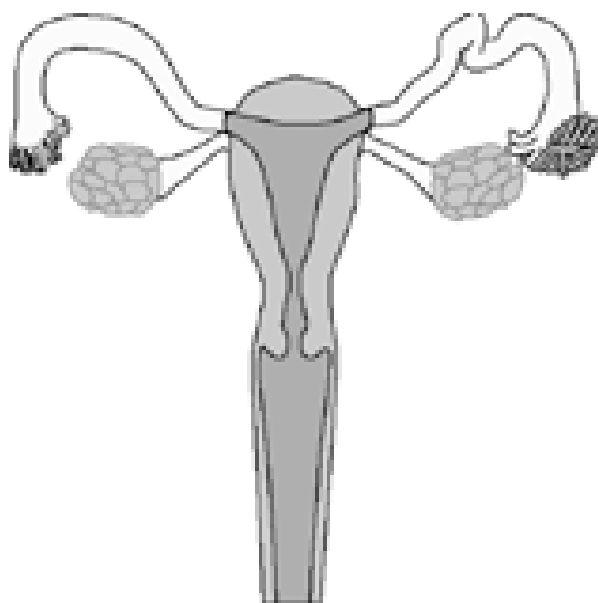
Tampoco es conveniente el uso de estas pastillas a partir de los treinta y cinco años, sobretodo si es una mujer que fuma o que es obesa (Salud Integral de la Mujer, s. f.).

•El DIU o Dispositivo IntraUterino

Estos son unos aparatos especiales que se introducen en el útero o matriz de la mujer, y que evitan que “el óvulo de la mujer se una al espermatozoide del hombre” (Salud Integral de la Mujer, s. f., p. 29). Un tipo de DIU muy utilizado es la T de cobre.

Tiene la ventajas de ser un método muy eficaz y seguro en términos de prevenir embarazos, además de ser económicamente accesible. Si se utiliza, no es necesario utilizar ningún otro método si lo que se quiere es prevenir el embarazo. Sin embargo, no brinda ninguna protección contra las ITS. Debe ser colocado y retirado por un médico(a), no por cualquier persona, pues para que funcione bien y evite los embarazos debe quedar bien colocado.

Otra de sus ventajas radica en que puede proteger durante ocho años a la mujer, y en caso de que desee quedar embarazada, se puede quitar fácilmente.



Su colocación se hace durante la menstruación, entre el segundo y quinto día, pues en este tiempo hay seguridad de que no hay embarazo, además de aprovechar una situación particular, como lo es que el cuello del útero está más abierto (Salud Integral de la Mujer, s. f.).

Como lo señala el programa Salud Integral de la Mujer (s. f.). Es posible que durante los tres primeros meses después de su colocación, algunas mujeres presenten reglas más abundantes e incluso más molestas de lo habitual, lo cual es normal; incluso después de ese periodo la mujer vuelve a tener sus reglas de la forma usual.

Como cualquier método anticonceptivo, el DIU requiere cuidados muy particulares. Por ejemplo, se debe ser muy estricto en controlar la aparición de infecciones vaginales, debiendo estar atentos a la presencia de flujos mal olientes o ardores en la vagina, situaciones en las que se debe ir al médico. De hecho, cuando se utiliza el DIU se recomienda ir al médico(a) cada seis meses, principalmente para revisar que esté bien colocado (Salud Integral de la Mujer, s. f.).

Como no brinda protección ante las ITS, solo es recomendable si se tiene una pareja sexual estable (que también debe tener solo una pareja sexual estable), que además esté libre de ITS. Según el programa Salud Integral de la Mujer, s. f., p. 31), el DIU no es recomendable para las mujeres que “padecen infecciones vaginales constantes, las que tienen tumores malignos en los órganos sexuales, las que han tenido embarazos ectópicos (fuera del útero), y cuando existen defectos en el útero”.

•Las inyecciones

Son sustancias químicas basadas en hormonas y que se aplican en la mujer. Su forma de trabajar es evitar que se produzcan óvulos y hacer que el moco cervical se vuelva más espeso, pues esto hace más difícil a los espermatozoides entrar en el cuello de la matriz, por lo que el embarazo se hace todavía más difícil (Salud Integral de la Mujer, s. f.).

Tienen la ventaja de que la mujer no debe estar tomando cada día una pastilla a la misma hora siempre, pues dependiendo del tipo de inyección, algunas se aplican cada mes, mientras que otras cada tres meses, lo cual es mucho más práctico para muchas mujeres. Es un método muy seguro para prevenir embarazos, pero no brinda protección frente a las ITS.



Al ser sustancias muy especiales, las mismas deben ser utilizadas y recetadas siempre bajo control de un médico, a quien debe consultarse inmediatamente si se presenta algún inconveniente o malestar.

•Espermicidas

Son un método de planificación que no es muy recomendado, pues fallan en gran cantidad de oportunidades. Consisten en productos químicos que buscan eliminar los espermatozoides. Se deben aplicar e introducir en la vagina diez minutos antes de mantener la relación sexual.

Las presentaciones en que pueden ser conseguidos varían, existiendo cremas, geles e incluso, óvulos vaginales.

Además de su baja efectividad en la prevención del embarazo, tampoco brindan una protección adecuada ante las ITS.

•El diafragma

Consiste en una especie de “tapita de hule flexible que se introduce en la vagina” (Salud Integral de la Mujer, s. f., p. 35), y que busca cubrir el cuello del útero, de forma que “tapa” la entrada al útero, con lo que busca impedir que los espermatozoides entren en el mismo y fecunden el óvulo.

Para su uso se recomienda utilizarlo siempre junto con una crema espermicida, debiendo colocarse diez minutos antes de cada relación sexual, y retirarse hasta que hayan pasado ocho horas después de que se haya tenido la relación.

Existen varios tamaños de diafragmas, por lo que para saber cuál es el indicado, se debe consultar con un médico, quien orientará sobre el tamaño apropiado para cada mujer, así como cuál es la manera correcta de colocarlo, lo cual es fundamental. Después de utilizarse, se recomienda lavarlo con agua y jabón, así como secarlo bien cuando se vaya a guardar.

Entre los inconvenientes está el que es un método que requiere conocer con mucho detalle el cuerpo propio, así como saber colocarlo adecuadamente (Salud Integral de la Mujer, s. f.). Además, se debe saber que este método no brinda protección frente a las ITS, sino que solo protege del embarazo.

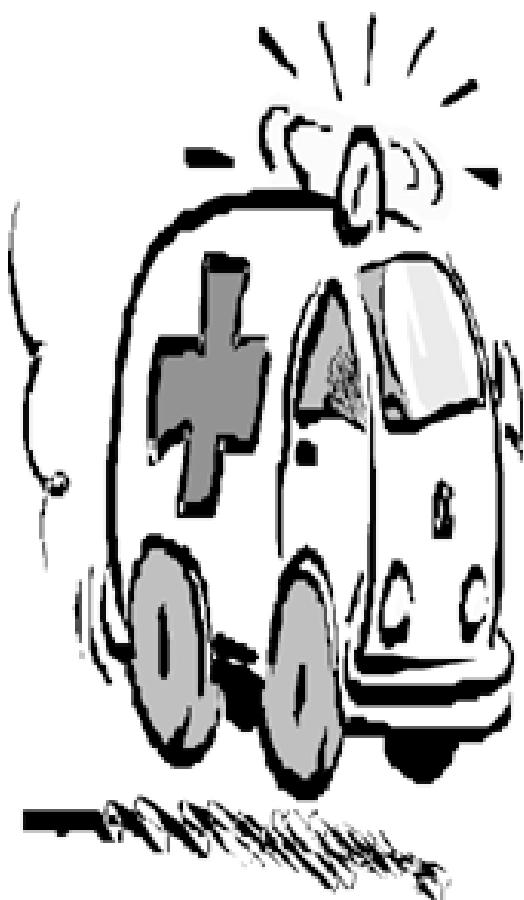
Es importante saber que también existen algunas prácticas que no son métodos anticonceptivos, aunque algunas personas así lo creen (Salud Integral de la Mujer, s. f.). Por ejemplo, utilizar duchas vaginales después de la relación sexual, práctica con la que algunas personas creen que pueden eliminar a todos los espermatozoides, cuando en realidad estos se desplazan más rápido de lo que piensa la gente, por lo que fácilmente pueden escapar de los efectos de la ducha.

Mantener relaciones sexuales durante la regla o menstruación, periodo en donde hay pocas probabilidades de embarazo. Sin embargo, la posibilidad de embarazo sí existe, es real.

Otra práctica muy común es el coito interrumpido, que consiste en que “el hombre retire el pene de la vagina antes de eyacular” (Salud Integral de la Mujer, s. f., p. 19). Lo que muchas personas desconocen es que antes de la eyaculación por el pene también sale un líquido lubricante, en el cual puede haber presencia de espermatozoides, siendo posible que alguno de estos logre fecundar al óvulo. Además del alto riesgo de embarazo, este método puede provocar problemas de salud a nivel sexuales y psicológicos, debido a la presión de tener que retirarse antes de eyacular, obstaculizando el disfrute del acto sexual.

Al hablar con los y las adolescentes sobre los métodos anticonceptivos, es fundamental explorar y aclarar los mitos, prejuicios e informaciones erróneas que ellos y ellas manejan, que con frecuencia son altos, pues interfieren en el proceso de aprendizaje de los métodos que sí sirven, y dejan la posibilidad de que por alguno de esos mitos o informaciones mal fundamentadas, puedan exponerse a un embarazo adolescente o a un contagio de una ITS, incluyendo el VIH-SIDA.

Entre los mitos comentados están que echando vinagre en la vagina se matan los espermatozoides, o que poniendo una pastilla anticonceptiva en la vagina después de la relación sexual sin protección, es suficiente para evitar el embarazo; que tomando dos pastillas anticonceptivas después de la relación sexual —no como parte de la planificación con pastillas, sino de forma aislada— es suficiente para evitar el embarazo; que el preservativo le impide al hombre sentir igual, sentir el mismo placer que sin condón.



De esta forma, es importante preguntarles qué piensan de los métodos anticonceptivos, qué saben sobre estos, qué han escuchado, qué les han comentado, cómo creen que se utilizan, qué tan efectivos son para la prevención del embarazo y las ITS, entre otros puntos. A partir de sus respuestas, se puede formar una idea de cuál es la información que manejan, qué tan exacta es y cuáles aspectos deben ser corregidos o mejorados. A la hora de abordar sus mitos, informaciones y creencias erróneas, es importante que las explicaciones que se les dan sobre por qué eso que creían no es correcto, les resulten a ellos y ellas bastante claras. Esto con el fin de evitar que sigan pensando que la información errónea que manejan y que han escuchado es verdadera.

ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA

Son los métodos anticonceptivos utilizados en situaciones de emergencia a los que las mujeres pueden recurrir para prevenir embarazos no deseados. El método anticonceptivo de emergencia está indicado

La anticoncepción de emergencia funciona de la siguiente manera:

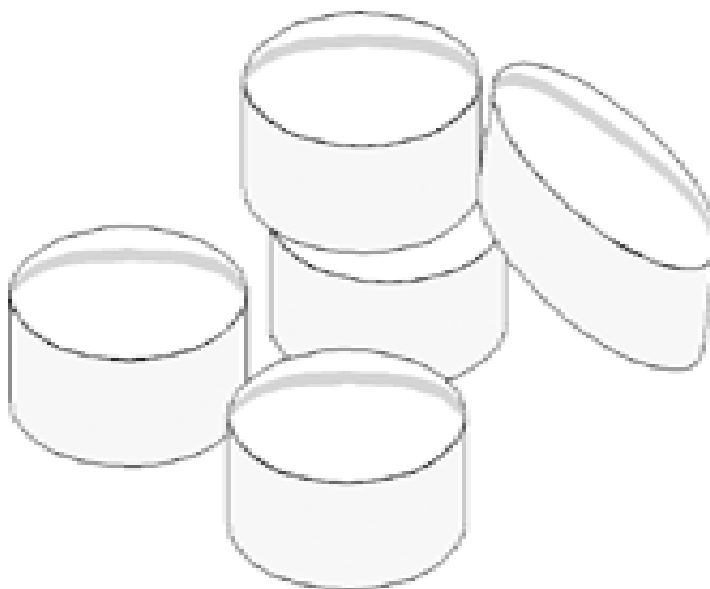
- Detiene o retrasa la liberación del óvulo
- Previene que los espermatozoides lleguen al óvulo
- No hay evidencia científica de que inhiba la implantación del óvulo fecundado en el endometrio, valga decir no es abortivo

La anticoncepción de emergencia trabaja en los eventos previos a la fecundación; si ya la mujer está embarazada, no va a producir daño en el feto ni va a provocar un aborto.

Los siguientes productos son los que están disponibles en Costa Rica:

PRODUCTO	1era. Dosis (lo antes posible dentro de 72 horas después de la relación sexual coital)	2da. Dosis (dentro de las 12 horas siguientes)
Lo – femenil Microgynon Nordete Norgylen Marvelon	4 pastillas	4 pastillas
Norgyln Ovral	2 pastillas	2 pastillas

Efectos secundarios : náuseas (50%),
vómito (20%)





MANEJO Y USO ADECUADO DEL PRESERVATIVO



Aspectos que se deben seguir y observar para garantizar la calidad del condón:

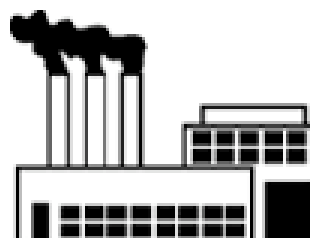


A. EMPAQUE-FABRICACIÓN

B. ALMACENAMIENTO

C. USO CONSISTENTE Y CORRECTO DEL PRODUCTO

A. ¿CÓMO SE REALIZA LA FABRICACIÓN Y EL PROCESO DE EMPAQUE?



- La fabricación del condón se hace con procesos químicos de oxidación y vulcanización especiales.
- La envoltura o empaque debe estar íntegra
- El material debe ser de latex
- Debe estar registrado en el país y regulado por la FDA (Administración de Drogas y Alimentos)
- Tener la fecha de expedición

B. ¿CÓMO DEBE SER ALMACENADO?



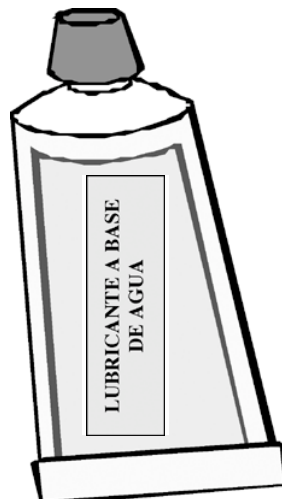
- No exponer al calor, al sol o a la humedad



- No depositar en bolsillos, billeteras o guanteras por períodos de tiempo prolongados

C. PARA ASEGURAR EL USO CORRECTO USTED DEBE:

- Fijarse en la fecha de vencimiento.
- Abrir con cuidado la envoltura.
- El condón debe estar en buenas condiciones no reseco
- No dejar penetrar aire en el extremo superior, presionando la punta del condón
- Poner el condón una vez que el órgano masculino esté erecto
- Desenrollar el condón hasta la base del órgano genital masculino



- Si usa lubricante que este sea a base de agua, no use crema de manos aceite u otros, por que podría deteriorar el condón y facilitar el rompimiento.

D. ¿CÓMO DEBE RETIRARLO?:

- Retirarlo después de la eyaculación, con el órgano genital aún erecto, cuidando de no derramar el semen
- Sostenga el condón desde la base del pene hasta que haya salido completamente para evitar el contacto o penetración del semen con el sitio de la penetración
- Cierre el extremo abierto del condón
- **Arrojelo a la basura**
- Usar el condón en el **100%** de las relaciones sexuales

- No reutilizar



E. ASPECTOS QUE INTERVIENEN EN EL ROMPIMIENTO :

La mayoría de las personas creen que cuando el condón se rompe es de mala calidad, sin embargo hay que considerar otros aspectos como:

- Fallas en la fabricación del producto
- La forma incorrecta de abrirlo como el uso de tijeras, dientes y otros



- Uso de lubricantes que no son a base de agua
- Dejar que penetre aire en el extremo superior
- Desenrollar el condón previo a la colocación

En promedio la tasa de rompimiento está entre el 0.3 y el 3% y la eficacia entre el 97 al 99%

¿ES EL CONDÓN UN MÉTODO TOTALMENTE SEGURO PARA EVITAR EL SIDA?

En realidad no existe un método 100% seguro para evitar la transmisión del VIH/SIDA. Ciertamente es que el condón, en estudios que se han realizado, redujo el riesgo de infección a niveles casi de cero. Sin embargo, estos insumos pueden fallar por problemas de fabricación (prácticamente no existen), y sobre todo, por desconocimiento en el uso correcto o por la falta de habitualidad en su utilización.

IV UNIDAD:

Consejería en prevención, tratamiento y atención de adolescentes con VIH/SIDA

OBJETIVOS

Explorar los elementos principales de consejería en prevención, tratamiento y atención de adolescentes con VIH/SIDA, así como los conocimientos básicos acerca de ITS, VIH y SIDA.



CONSEJERÍA VIH/SIDA/ITS

I- OBJETIVO:

Brindar elementos básicos que le permita al personal de salud identificar a los (las) adolescentes con riesgo para VIH/ITS y hacer un manejo adecuado de las situaciones encontradas. Así mismo, se dan los lineamientos básicos del proceso de consejería antes y después de un examen para la detección de anticuerpos para VIH.



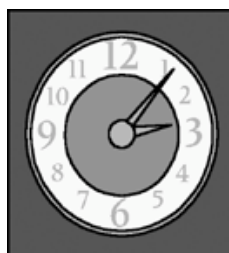
II- Definición operacional:

La consejería en VIH/SIDA/ITS se debe de entender como un proceso de diálogo e interacción. Debe de ser considerado como un espacio educativo, de orientación y de apoyo, que busca promover cambios de actitudes y comportamientos para la prevención y/o control del VIH y/u otra infección de transmisión sexual, donde se debe de proporcionar apoyo psicosocial en los momentos de crisis y ayudar a las personas a asimilar información con respecto al VIH/SIDA/ITS.

III- Elementos a considerar en el proceso de Consejería VIH/SIDA/ITS.

En el abordaje a nivel individual con adolescentes, hay que considerar una serie de elementos que van a facilitar el proceso. A saber:

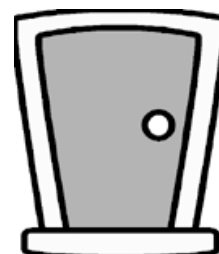
1- Confidencialidad y respeto: El punto de partida es el establecimiento de una relación de empatía, que le permita a la y el adolescente expresarse libremente, sabiendo que cuenta con un espacio enmarcado dentro de la **confidencialidad** (a menos que se encuentre en una situación de peligro) y **respeto**. En muchas ocasiones consultan con ansiedad, incertidumbre, con desconcierto. Se debe de hacerlos sentir cómodos, seguros, atendidos en forma adecuada y por derecho propio. Hay que demostrar que se está interesado y preocupado por la situación, que se es capaz de comprenderlo, aceptarlo y respetarlo, sin emitir censura, juicios críticos y que es sincero ante sus dudas y temores. Sin embargo el adolescente es el responsable de su propia salud y debe de asumirla.



2- Tiempo: Se requiere de tiempo para considerar y tratar los motivos de consulta de los adolescentes. Se debe de ajustar a las necesidades de las personas que solicitan el servicio.

3- Espacio físico y ambiente cálido:

El lugar debe de garantizar privacidad y confidencialidad .



4- Comunicación interactiva: Hay que partir de la experiencia, conocimientos, temores, dudas de la y el adolescente. Prestar atención al lenguaje tanto verbal como no verbal. Recuerde, cada persona es única y diferente.

5- Manejo de información: El personal de salud debe de manejar información clara, precisa, breve sobre adolescencia, Salud Sexual, Salud Sexual Reproductiva, y sobre VIH/SIDA/ITS. Evite el exceso de información y parta de los temores y preocupaciones del adolescente. Hay que brindar respuestas técnicamente válidas y adecuadas a las necesidades y circunstancias personales.

6- Lenguaje sencillo: Utilice un lenguaje adecuado y comprensible. Adáptelo a cada caso y situación en particular.

7- Saber escuchar: Habilidad que requiere el personal de salud que va a brindar consejería. Hay que prestar atención a todo lo que dice, hace y expresa la persona que consulta. Así mismo, sintetizar lo interpretado y entendido para asegurarnos su comprensión.

IV- Momentos de la Consejería VIH/SIDA/ITS.

El proceso de Consejería VIH/SIDA/ITS tiene dos momentos:

A- Consejería Pre- examen

B- Consejería Pos-resultado

A. Proceso de Consejería Pre – examen:

Antes de iniciar el proceso de consejería Pre – examen es importante considerar la posibilidad de que la consulta que haga el adolescente puede ser la última o única oportunidad que tiene el equipo de salud para intervenir, orientar, asesorar, diagnosticar o tratar un problema. Por lo tanto es una forma de detectar y atender adolescentes con conductas de riesgo para poder así educar y prevenir con respecto a la transmisión del VIH/SIDA y otras Infecciones de Transmisión Sexual.

MOTIVO DE LA CONSULTA

Para iniciar el proceso, es fundamental determinar el **motivo de la consulta**, ya que dependiendo del análisis de ésta se define la intervención a realizar.

EVALUACION DEL RIESGO

Como una de las partes más importantes está la **identificación o evaluación del riesgo** para cada caso en particular, la cual consiste en indagar y analizar aquellas situaciones y conductas que pudieran poner a la persona que consulta en riesgo para adquirir y/o transmitir el VIH y otras Infecciones de Transmisión Sexual. La evaluación

del riesgo es una acción que no sólo permite conocer las conductas de riesgo del solicitante sino también el de la(s) pareja(s), dificultades o barreras que hay para el cambio, posibilidades reales de modificación, reducción o eliminación del riesgo.

El VIH se transmite principalmente por medio del contacto sexual, por lo que es recomendable dar énfasis a la identificación de los factores de riesgo en ésta área.

HISTORIA SEXUAL:

- **Identificar si el o la adolescente que consulta tiene o ha tenido relaciones sexuales coitales**
- **Edad de inicio de las relaciones sexuales coitales**
- **Número de parejas sexuales anteriores y/o actuales**
- **Tipo de vínculo con la pareja (novio – amigo con derechos, otros)**
- **Tipo de prácticas sexuales**
- **Orientación sexual**
- **Antecedente de Infección de Transmisión Sexual**
- **Actualmente presenta síntoma relacionados a Infecciones de Transmisión Sexual**
- **Intercambio de sexo por drogas y/o dinero**
- **Uso sistemático del condón**
- **Conocimiento sobre el uso correcto del condón**
- **Uso de métodos anticonceptivos**
- **Número de embarazos/ abortos**

A continuación se presenta una serie de prácticas sexuales que van a permitir la evaluación del riesgo en la actividad sexual. Para fines prácticos se van a clasificar en dos grupos:

1- Aquellas que impliquen un riesgo para VIH

2- Todas aquellas en que **NO** hay riesgo para adquirir o transmitir el VIH.

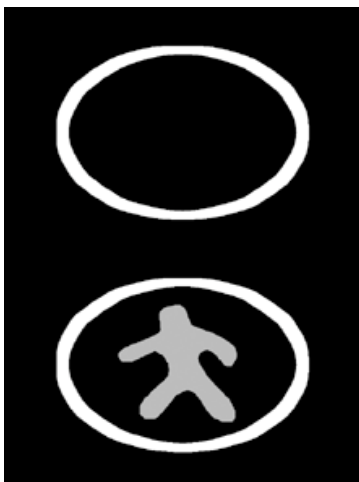
PRACTICAS SEXUALES QUE IMPLICAN RIESGO PARA VIH/ITS:



- Sexo anal o vaginal receptivo sin protección**
- Sexo anal o vaginal penetrativo sin protección**
- Sexo anal penetrativo sin protección**
- Sexo vaginal penetrativo sin protección**
- Relación sexual con lesión genital, rectal, oral**
- Introducción de dedo o mano en vagina/ano sin protección**
- Contacto boca – pene con ingesta de semen**
- Contacto boca – vagina sin barrera de látex**
- Contacto boca – ano sin barrera**
- Compartir instrumentos sexuales (sin cubrir)**

PRACTICAS SEXUALES QUE NO TIENEN RIESGO PARA VIH:

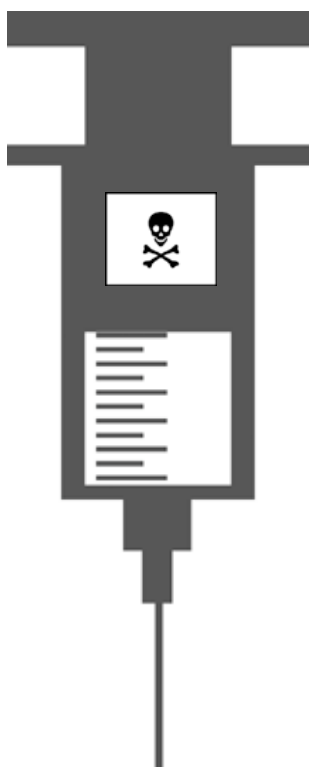
Sexo seguro: Significa evitar entrar en contacto con sangre, semen y fluidos vaginales. Es una forma de que la persona se proteja y pueda proteger a otros. Como prácticas de sexo seguro son consideradas:



- Uso correcto y sistemático del condón**
- Abstinencia sexual**
- Abrazos**
- Caricias**
- Masajes**
- Frotación cuerpo a cuerpo**
- Masturbación compartida o individual**
- Fantasía**
- Besos secos**
- No compartir juguetes sexuales**
- Ducharse juntos**
- Sauna**

Además de la identificación de conductas de riesgo a nivel sexual, hay que considerar la evaluación de otros riesgos para adquirir y/o transmitir el VIH.

CONDUCTAS DE RIESGO NO SEXUALES:



Conocer si ha estado expuesto a sangre, hemoderivados u otros materiales biológicos (transplante de órganos o tejidos).

Conocer si el o la adolescente comparte agujas y jeringas

Uso de material no estéril en tatuajes o acupuntura

Determinar si hay uso y abuso de drogas ilícitas y licor. Es importante resaltar que los efectos sobre la conducta del individuo (alteración de conciencia, disminución del autocontrol y capacidad de decisión) son los que la mayoría de las veces lo colocan ante situaciones de riesgo, es por eso que a pesar de no compartir agujas o jeringas continúan estando en riesgo.

PERFIL DE RIESGO:

Una vez identificados los factores de riesgo, se debe de elaborar perfil de riesgo de la persona, para definir la intervención a realizar, la cual debe de adaptarse a las características y necesidades individuales de cada adolescente, y de si ha iniciado o no relaciones sexuales.

Es importante considerar los siguientes criterios para conocer si el (la) adolescente tiene un riesgo aumentado para la infección por VIH.

- intercambio de sexo por drogas o dinero
- adolescente con síntomas relacionados a una ITS
- parejas que tienen infección por VIH y/o ITS
- prácticas sexuales sin protección
- Uso y abuso de drogas y licor antes o durante la actividad sexual.
- parejas que usan y abusan de drogas / licor
- compartir agujas y jeringas

Personas activas sexualmente (actualmente o en el pasado) con:

- más de una pareja sexual
- múltiples parejas
- monogamia en serie

INFORMACIÓN SOBRE LA PRUEBA:

Una vez elaborado el perfil de riesgo, hay que brindar información sobre la prueba.

Para saber si una persona ha sido infectado(a) con el virus de la inmunodeficiencia humana, se debe de realizar una prueba específica en sangre, la cual va a detectar anticuerpos que el organismo ha producido contra el virus del Sida. Hay que aclarar, que el tiempo entre la adquisición de la infección y la detección de anticuerpos oscila entre 2 semanas a tres meses como promedio. Sin embargo, hay personas cuya respuesta inmunológica es más lenta, y podrían durar hasta 6 meses. Por lo tanto, **la recomendación** es que la persona se realice la prueba seis meses después de la posible exposición al virus (relaciones sexuales sin protección, contacto con sangre contaminada, leche materna). En caso, de que la persona se encuentre muy angustiada, es conveniente enviar la prueba a los tres meses y volver a repetir el examen a los tres meses más, hasta cumplir el período de los 6 meses. Es fundamental que a la persona le quede claro que el período entre la adquisición de la infección y la detección de anticuerpos se conoce como **Período de Ventana** y que cada vez que se exponga al virus (por ejemplo: otra relación sexual sin protección) se abre un nuevo período de ventana.

Procedimientos:

Para la confirmación de la infección por VIH, se deben de realizar varias pruebas de laboratorio. Inicialmente se realiza una primera prueba utilizando el método de ELISA, el cual detecta anticuerpos anti-VIH. Si la primera prueba resulta positiva, es necesario, tomar una segunda muestra de sangre, para efectos de realizar un nuevo ELISA que permita descartar la posibilidad de error humano: confusión, contaminación de muestras, otros. Si ambas pruebas son positivas, se debe realizar una prueba confirmatoria (Western Blot). Si las tres pruebas son positivas, se confirma la infección por VIH. Si el Western Blot es negativo, se descarta el caso. Sin una prueba confirmatoria, no se debe de decir que está infectado (a) con el VIH.

Utilidad de la prueba:

La prueba en ningún momento da información sobre la condición actual del paciente (si tiene o podría llegar a desarrollar Sida, cuánto tiempo tiene de estar infectado). Únicamente, refleja que la persona como reacción a la infección ha producido anticuerpos anti-VIH. Así mismo, puede tener el virus durante 5, 8,10 o más años sin presentar ninguna manifestación de enfermedad, por lo tanto, se hace necesario realizar otros exámenes que permitan determinar su condición; por ejemplo: conteo de los linfocitos CD4, pruebas de carga viral para VIH, otros.

Evaluar posibles reacciones:

Hay que evaluar las posibles reacciones del consultante frente a las implicaciones psicológicas y sociales de los resultados de la prueba. Así mismo, hay que identificar los recursos propios y las posibles redes de apoyo con las que realmente cuenta.

Tiempo de espera de los resultados:

El tiempo de entrega de los resultados es variable, depende del establecimiento de salud. Durante este lapso, es importante que la persona continúe realizando las actividades cotidianas y/o tratar de ocupar el tiempo libre en acciones que generen satisfacción personal.

Plan individual:

Se debe de elaborar un plan individual con respecto a posibles cambios en el estilo de vida, para evitar o para reducir el riesgo de adquirir y/o transmitir el VIH/ITS.

Entre las principales recomendaciones para evitar el contagio para VIH/ITS tenemos:

- Abstinencia
- Relación monógama con una pareja sana, en la medida que ésta última también practique la monogamia.

- Cualquier práctica sexual debe de ser con protección (Uso correcto y sistemático del condón)
- Practicar Sexo seguro
- No compartir agujas y jeringas. Es preferible el uso de equipo desechable. Sison reutilizables, se debe de realizar la adecuada desinfección y esterilización.
- Evitar el uso y abuso de drogas y licor



- Se entrega material escrito
- Si hay posibilidades y de acuerdo a las necesidades de la persona, se debe de entregar condones.
- Hay que dar a conocer el día y lugar donde debe de retirar el resultado y sobre la importancia del mismo.
- En caso necesario, hay que referir a otros servicios.
- Siempre se debe de dejar la puerta abierta para que la persona pueda consultar si precisa más información o ayuda en relación con el tema.

PROCESO DE CONSEJERÍA POS-RESULTADO:

A- Resultado negativo

B- Resultado positivo

C- Resultado indeterminado

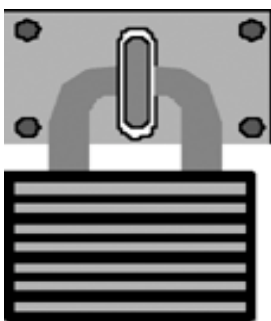
A- RESULTADO NEGATIVO:

Dentro del proceso de consejería pos-resultado; el resultado negativo tiene que ser considerado como uno de los más importantes; ya que lo que se pretende es que el o la adolescente que decidió hacerse la prueba mantenga su condición de seronegativo.

Un resultado negativo significa que los anticuerpos anti-VIH no han sido encontrados en la sangre. Por lo tanto, cuando se obtiene un resultado negativo para estudio por anti-VIH; existen tres posibles explicaciones:

- Nunca estuvo en contacto con el virus.
- Estuvo en contacto con el virus, sin embargo en ese momento no habían condiciones para que el virus del sida entrara al torrente sanguíneo.
- Está infectada(o) con el virus del sida, pero el organismo no ha producido aún anticuerpos contra éste. Esto quiere decir, que se encuentra en Período de Ventana.

Cierre de la sesión:



Es posible que el o la adolescente tenga suficiente y adecuada información, por lo tanto, no se debe de repetir lo que la persona “ya sabe”. Hay que crear un espacio para aclarar dudas, temores, reforzar información sobre VIH/SIDA/ITS.

La importancia de la consejería pos-examen, radica en la discusión e interpretación de los resultados de las pruebas, en el contexto de su perfil de riesgo.

En caso de que la persona se encuentre en período de ventana, hay que considerar:

- Explicar el significado del resultado.
- Se debe de indicar nueva fecha para la prueba de laboratorio para estudio por anti-VIH. En este lapso de tiempo, es fundamental el apoyo que se pueda brindar, ya que el tiempo de espera (hasta seis meses) es un período crítico, de mucha angustia ante la posibilidad de infección por VIH y otras infecciones de transmisión sexual.
- Trabajar en base al plan individual para promover estilos de vida saludables. Hay que reforzar aspectos tendientes al cambio de prácticas por otras más seguras o con menos riesgo.
- Hay que dejar un espacio para aclarar dudas, temores y/o reforzar información con relación al VIH/Sida y otras infecciones de transmisión sexual.
- En caso necesario, referir a otros servicios.
- De acuerdo a las necesidades de la persona, entregar condones.

Hay que recordar que el estar seronegativo no significa estar vacunado contra el VIH y otras ITS. El riesgo existe si no cambia los comportamientos. La exposición repetida con el VIH u otras infecciones de transmisión sexual, aumentan las probabilidades de que una persona se contagie.

B- RESULTADO POSITIVO:

Dar un resultado positivo por anticuerpos anti-VIH no es fácil. Sin embargo, es necesario comunicar al interesado(a) en forma personal, lo antes posible; tanto para efectos de prevención de la transmisión del VIH u otras infecciones de

transmisión sexual; como para efectos de diagnósticos e intervenciones tempranas.

En este apartado, lo que se pretende es brindar elementos básicos que le permita al personal de salud hacer un manejo adecuado de la situación en caso de que alguno de los adolescentes identificados con riesgo para VIH/ITS obtenga una prueba positiva. A continuación se dan a conocer algunas consideraciones generales y recomendaciones para casos específicos.

Como parte del proceso de consejería pos- resultado positivo hay que recordar:

Procedimientos: Hay que realizar dos diferentes ELISAS y la prueba confirmatoria. Hasta que no se tenga el reporte del resultado del Western Blot, no se puede decir al paciente que está infectado(a) con el VIH.

No dar “**lluvia de información**”. Hay que dar tiempo para que se “digiera” la noticia. En este momento, hay que brindar respuestas a inquietudes, temores y miedos.

Programar cita para conocer los resultados de la segunda muestra y prueba confirmatoria. En esta visita se debe sensibilizar al paciente para que regrese a la siguiente cita.

Una vez que se tenga el resultado del examen confirmado, se debe:

1- Explicar significado del resultado:

Un resultado positivo significa que la persona ha sido infectada con el Virus de la Inmunodeficiencia Humana y su organismo ha producido anticuerpos contra éste. El tener un resultado positivo; no significa que tenga SIDA o que vaya a desarrollar la enfermedad. Muchas personas infectadas con el VIH pueden vivir 3, 5,10 o más años sin presentar síntomas o enfermedades indicadoras de SIDA. A estas personas se les llama portadoras del VIH o seropositivos(as). A pesar de no presentar sintomatología, la persona tiene la capacidad de transmitir el virus a través del contacto directo con sangre, semen, fluidos vaginales y leche materna.

En estos momentos es considerada una infección crónica; donde se debe de estimular la esperanza y fomentar medidas de autocuidado (alimentación, ejercicios, evitar drogas-licor, sexo seguro e importancia del control y seguimiento por parte de equipos interdisciplinarios) que permitan mejorar la calidad de vida de las personas.

Ya que en nuestro país la principal vía de transmisión del VIH es a nivel sexual, el énfasis debe de darse a las medidas preventivas desde el punto de vista sexual, considerando su perfil de riesgo. Las recomendaciones básicamente deben de girar alrededor del sexo seguro (evitar entrar en contacto directo con sangre, semen y fluidos vaginales), a fin de que el o la paciente se proteja y pueda proteger a otros(as), y así de esta manera disminuir el riesgo de transmisión del VIH y/o contraer otras infecciones de transmisión sexual.

El estar infectado(a) con el VIH no significa que la persona no pueda o deba tener relaciones sexuales. Hay personas que experimentan sentimientos de culpa, miedo a infectar a la pareja, pérdida de imagen corporal, pérdida de autoestima, otras, que puede generar la aparición de reacciones negativas como conductas temerarias o inhibición en la esfera sexual.

Es importante recalcar que si la pareja también está infectado(a) con el VIH, es recomendable también practicar sexo seguro, a fin de:

- protegerse de nuevas infecciones por VIH que puedan deteriorar más el sistema inmunitario
- posibilidad de infección por otras cepas
- posibilidad de transmisión de resistencia a fármacos
- posibilidad de adquirir otras enfermedades como Hepatitis B y/o C
- evitar embarazos. Las parejas en edad reproductiva se les debe de dar asesoría sobre el riesgo de transmisión de madre infectada a hijo(a) por nacer. (Para mayor información consulte Recomendaciones para la prevención de la Transmisión Perinatal al VIH en Costa Rica).

2- Control y seguimiento:

Una vez que se tenga confirmada la infección por VIH, la persona debe de ser referida a la Clínica VIH/SIDA de acuerdo al lugar de residencia, donde existen equipos interdisciplinarios para la atención y seguimiento de las personas viviendo con el VIH (PVVIH) y sus familias. En estos momentos no existe una cura para la infección por el VIH, sin embargo; hay tratamientos o terapias muy efectivas tendientes a evitar que el virus se reproduzca con tanta facilidad; reforzar o estimular el sistema inmunitario; prevenir y/o curar infecciones oportunistas.

Las diferentes terapias suponen una oportunidad real de aumentar tanto la calidad de vida como la supervivencia de las personas VIH/Sida.

Es importante recalcar, que las terapias actuales **NO** son una cura para la infección por VIH/Sida. Aún cuando la persona se encuentre tomando medicamentos, pueden desarrollar infecciones u otras condiciones asociadas con el VIH.

También, es necesario enfatizar, que cuando se reportan determinaciones de carga viral indetectables, no significa que la persona no pueda transmitir el VIH o que se “haya curado”. Por el contrario, toda persona que se encuentra bajo tratamiento antirretroviral, debe de continuar con prácticas de sexo seguro para evitar adquirir o transmitir posibles cepas de VIH resistentes a medicamentos.

Así mismo, es esencial considerar, que aun cuando la infección por VIH se encuentre en las primeras etapas y la persona se sienta bien, debe de participar activamente en el cuidado de la salud. Muchas personas se sienten “sanas” y rechazan cualquier intervención. Es importante que la persona viviendo con el VIH identifique los síntomas que debe vigilar; los factores que mejoran o empeoran el estado de salud; así como la necesidad de realizar ciertas pruebas que permitan conocer su condición: conteo de las células CD4, carga viral, entre otras para poder determinar cuando iniciar y/o cambiar tratamientos.

3- Notificación a la(s) pareja(s).

Como parte importante de las actividades para la prevención de la transmisión del VIH y otras infecciones de transmisión sexual está la notificación a la(s) pareja(s). Lo ideal, es que la persona infectada comunique su condición a su pareja actual y otros (as) compañeros(as) sexuales, para efectos de que se realicen las respectivas pruebas de laboratorio; que permitan descartar o confirmar la infección por VIH u otras infecciones de transmisión sexual.

Es preferible que sea el mismo paciente el que comunique su situación a los contactos sexuales, para lo cual el consejero(a) debe de “persuadir” y brindar apoyo. En aquellos casos, en que la persona afectada se le haga difícil o no se encuentre en condiciones, el consejero(a) debe de ofrecer la posibilidad de hacerlo. Se debe de garantizar absoluta confidencialidad y un manejo profesional y ético de la situación. (Ver Ley General del VIH/SIDA, artículo 8 sobre Confidencialidad, artículo 17 sobre Notificación a sus contactos sexuales).

C- RESULTADO INDETERMINADO:

Después de una larga y angustiosa espera, no hay nada peor, que tener un resultado que no esclarezca la situación: es decir, que sea **indeterminado**. En estos casos, el proceso de consejería es fundamental; especialmente en lo que se refiere a explicar el significado del resultado y el apoyo psico-social que se pueda brindar para el nuevo proceso que la persona debe de enfrentar.

Cuando se reporta un resultado indeterminado hay que considerar:

- Explicar el significado de un resultado indeterminado, es decir el resultado no puede ser interpretado como positivo o como negativo. Estos casos podrían suceder cuando es una infección reciente y la cantidad de anticuerpos es muy baja. También, hay la posibilidad de que existan otras infecciones que inducen la formación de anticuerpos que originan una reacción “cruzada” en la prueba de Western Blot para VIH.
- Se debe de trabajar en base a la consejería pre-examen, perfil de riesgo elaborado con énfasis a la evaluación de la probabilidad de que la persona haya estado expuesta a la infección por VIH y otras ITS.
- Recomendar la realización de una nueva prueba, en un tiempo no menor a los tres meses. Si después de este lapso de tiempo, se reporta un Western Blot negativo, se descarta la posibilidad de infección por VIH. Si la prueba resulta positiva, se confirma el diagnóstico de infección por VIH.
- Reforzar aspectos tendientes al cambio de conductas que contribuyan a reducir los factores de riesgo.
- Brindar apoyo psico-social al paciente, pareja y su familia.

VIH/SIDA Y EMBARAZO:

Toda mujer en estado prenatal debe de ser informada sobre la prueba, sus beneficios tanto para si misma como para su producto y las complicaciones que pueden ocurrir en el caso de que fuera portadora de la infección por VIH sin saberlo.

La estrategia para la prevención Perinatal del VIH, consiste en realizar a la madre durante su gestación el examen para la detección de anticuerpos para VIH antes del tercer mes de embarazo. Idealmente, es importante que la mujer embarazada se realice otra prueba antes de que finalice el tercer trimestre de embarazo. Sin embargo, puede ser en cualquier momento en que se inicie el control prenatal. Es fundamental realizar la prueba con el consentimiento informado, así como brindar el proceso de la consejería en sus diferentes momentos.

En caso de que una adolescente identificada con riesgo para VIH se encuentre embarazada y se obtenga una prueba positiva para anticuerpos VIH se debe:

Reportar de inmediato al personal de salud que atendió la consulta.

La adolescente debe ser localizada y citada a la mayor brevedad para explicar el significado del resultado

Referir de inmediato a la Clínica VIH/SIDA de acuerdo al área de atracción que corresponda, para efectos de solicitar el segundo ELISA ANTI-VIH, el Western Blot y continúe control y seguimiento por parte del equipo interdisciplinario. La Clínica VIH/SIDA será la encargada de explicar a la futura madre, los resultados de los estudios de laboratorio, posibilidades de transmisión del VIH de la madre al niño, tratamiento con antirretrovirales que se propone y sus beneficios, efectos adversos, contraindicaciones y las ventajas y desventajas para el recién nacido, importancia de la adherencia

al tratamiento propuesto. Se debe de referir al servicio de Obstetricia para el seguimiento prenatal correspondiente.

Dado que el VIH se transmite a través de la leche materna, hay que orientar adecuadamente acerca del riesgo de infección para sus hijos(as) para que puedan tomar una decisión informada para reducir el riesgo de transmisión por esta vía, mediante alimentación de reemplazo, planificación de futuros embarazos y prácticas de sexo seguro.

Es importante recalcar que si la adolescente embarazada no permitiera que se le realice la prueba durante su gestación, es competencia del profesional de salud realizar la prueba al recién nacido sin autorización de la madre. (Para mayor información consulte: Recomendaciones para la prevención de la transmisión Perinatal del Virus de la Inmunodeficiencia Humana en Costa Rica).

V UNIDAD:

Técnicas participativas en la prevención del VIH/SIDA

Objetivo

Proporcionar al lector/a algunas técnicas participativas que le permitan trabajar la temática del VIH/SIDA con población adolescente, así como los elementos principales de la Metodología Participativa.

LA METODOLOGÍA PARTICIPATIVA COMO PROPUESTA DE INTERVENCIÓN: ¿POR QUÉ ES TAN IMPORTANTE EN TEMAS COMO EL VIH?

Para empezar es importante conocer algunas de las características de esta forma de trabajo con población adolescente:

- La metodología participativa tiene un carácter lúdico en lo que al proceso de aprendizaje se refiere. Por tanto, no se considera como un postulado que lo que se aprehende es incorporado como una situación dolorosa o que solo interesa a los y las otros(as).
- La metodología participativa parte de la creencia en la posibilidad del cambio y en el aprendizaje grupal. Significando con ello que las otras personas enriquecen nuestro conocimientos, nuestra vivencias, nuestro aprendizaje. Es así, que se establece como una noción fundamental no solo que los participantes en el proceso realicen actividades en grupo, sino que también quienes llevan a cabo la tarea de facilitar el proceso, también lo realicen en grupo (parejas de facilitadores) en todo su proceso, desde el diseño y planeamiento hasta su ejecución y evaluación.
- La metodología participativa es un proceso de construcción que implica la interacción de tres ámbitos: el afectivo (connotativo), el reflexivo (denotativo) y el informativo (análisis estructural). A estos tres momentos nos referiremos más adelante a profundidad.

Se busca entonces que todos los y las participantes reflexionen, opinen, analicen críticamente y propongan alternativas y soluciones respecto de las situaciones, fenómenos problemáticos o temas que convocan al grupo, en un ambiente creativo, respetuoso, lúdico y abierto.

Es por esto que, en franca oposición a la forma clásica de entender los procesos de enseñanza-aprendizaje, la Metodología Participativa concibe a los y las participantes en estos procesos **como sujetos que poseen aprendizajes previos y que, por lo tanto, llegan al momento educativo cargados de conocimientos y experiencias acerca de la temática, situación o problemática que se aborda.**

Son todos estos conocimientos y experiencias de los y las participantes a partir de los cuales se parte en los procesos educativos y se constituye en otro elemento fundamental de la Metodología Participativa ya que parte de la realidad, para reflexionar sobre ella y volver a ella con una práctica renovada. Consecuentemente con este planteamiento, trabajar desde la Metodología Participativa implica retomar aquellas situaciones que son cercanas a los y las participantes, generando la posibilidad de que ellos y ellas las reflexionen, analicen y re-lean críticamente, rompiendo de este modo con la apatía y la indiferencia ante las situaciones que se viven ya sea a nivel individual, grupal, comunal o nacional, que en muchos casos se impone en la práctica cotidiana e irreflexiva de las personas.

Con esto se busca que las personas participantes en estos procesos, desarrollen una mayor conciencia de sí mismos y de los otros, de las relaciones que establecen con el medio, de las formas en cómo actúan e interactúan de lo que viven y hacen y en fin, de su participación directa en la realidad en la que están inmersos y los elementos de carácter ideológico implicados en ella, las cuales determinan un estado de las cosas que, en muchas ocasiones, resulta perjudicial para la salud de las personas y obstaculizante de su desarrollo.

Para que el espacio de aprendizaje permita la expresión abierta de opiniones, sentimientos y emociones, es necesario crear un ambiente flexible, respetuoso y que integre factores lúdicos a la dinámica de aprendizaje.

La incorporación de **aspectos lúdicos** trae consigo toda una serie de ventajas entre las que se pueden citar:

a. Posibilita trabajar con poblaciones de muy diferentes edades, orígenes y niveles educativos, facilitando la revisión de temáticas que, de otra manera, serían difíciles de trabajar.

b. Genera un ambiente flexible y entretenido –no aburrido– para el aprendizaje (en contra de la rigidez de los procesos tradicionales de aprendizaje). Las actividades de juego bien desarrolladas y orientadas hacia un objetivo pedagógico claro permiten que, los y las participantes mantengan su atención tanto en la actividad como en el proceso. Asimismo, permiten el desarrollo de un nivel alto de dinamismo y movilización lo cual resulta en el trabajo con adolescentes.

c. Ayuda a disminuir las resistencias que puedan tener las personas ante una temática, actividad o proceso que se requiere desarrollar, pues colaboran con el establecimiento de un espacio de juego que disminuye la tendencia a la racionalización y promueve surgimiento de las fantasías, lo cual es de suma importancia pues estas operan en la realidad de forma irracional e inconsciente, disminuyendo la capacidad de conciencia de la población y por tanto, de acción transformadora de la misma.

d. Ligado al punto anterior, promueve la posibilidad de que surjan elementos que de otras maneras, podrían ser reprimidos por los y las participantes.

e. Facilita el aprendizaje de los aspectos tratados en el espacio educativo al transformar la lógica de contenidos curriculares en un enfoque que privilegia los aprendizajes significativos. La creación y el juego, junto con el resto de componentes y fundamentos de la Metodología Participativa, exigen de las personas participantes en los procesos, un mayor involucramiento y compromiso con la tarea de aprendizaje, favoreciendo una mayor apropiación de lo abordado.

f. Genera la posibilidad de que los y las participantes exploren, piensen y practiquen diversas formas de expresión que les permita plasmar y transmitir a otros sus vivencias atravesadas por los propios sentimientos e ideología. Esta propuesta variada flexible y abierta, con frecuencia es bien recibida por las personas (más por los y las adolescentes) puesto que les amplía las posibilidades de expresión.

Como se ha venido planteando, la Metodología Participativa busca partir de la realidad de los y las participantes del proceso educativo, analizarla críticamente para después volver a ella con una práctica renovada.

Para ello, sugiere un proceso de construcción grupal a partir de tres momentos: **el denotativo, el connotativo y el estructural**. Se procura incorporar cada momento a la sesión de trabajo grupal, a fin de poder lograr una secuencia de actividades que partan de lo afectivo para concluir en el análisis y reflexión desde elementos teóricos.

A continuación se explican cada uno de los momentos a tomar en cuenta para las sesiones de trabajo y la lectura de la dinámica grupal:

La **lectura connotativa** consiste en reacatar los aspectos subjetivos que el grupo de participantes desarrolla a partir del núcleo generador (entendemos el núcleo generador como el tema alrededor del que se reflexiona), para lo que se pueden utilizar preguntas o frases que lleven a que los y las participantes expresen sus sentimientos, sensaciones, emociones, recuerdos, ideas, prácticas, valores e incluso, prejuicios y mitos, sin que atraviesen por mecanismos de racionalización. Por esto las técnicas que se seleccionen para iniciar cada sesión (dramatizaciones, murales, cartas, dibujos, etc) buscan de manera creativa que emerjan estos elementos emocionales.

La relevancia de la lectura connotativa radica en que además de ser el inicio del proceso de análisis, lleva a los y las participantes a comprometerse con el mismo, puesto que la expresión subjetiva permite situar a las personas dentro de la realidad y no como sus observadores pasivos (Asociación Demográfica Costarricense e ILPEC, 1985).

Por su parte, la **Lectura Denotativa** permite a las y los participantes realizar un cuestionamiento y revisión crítica de lo que han planteado (lo que ha emergido en el primer momento), de manera tal que los lleve a establecer nexos entre sus planteamientos, su cotidianidad y la ideología social dominante. En otras palabras con esta lectura se realiza una reflexión crítica sobre la realidad, en la que se busca determinar fenómenos, relaciones y aspectos presentes en esa realidad expresada y estudiada.

Para esto resulta fundamental el buen desarrollo de la reflexión crítica. Esta no debe limitarse a enumerar, describir o a ver de forma muy intelectual la realidad. Lo que debe buscar es darle continuidad a los procesos iniciados en la etapa anterior (connotativa), de forma que se realice un enfrentamiento con la realidad, que genere en los y las participantes un proceso de reflexión crítica.

Por último, **La Lectura Estructural**, produce cuando el facilitador o la facilitadora, retomando lo producido por el grupo, realizan un aporte científico que lleva a los y las participantes a una reconceptualización y reconstrucción de su realidad, que los oriente al cambio social.

Conviene agregar a esto, que las tres lecturas deben ir orientadas siempre al fortalecimiento de la conciencia y las capacidades de los sujetos para incidir en su propia realidad con una actitud proactiva de cambio y transformación social que inicie en la esfera individual y trascienda a la esfera de iguales, la familia, la comunidad y la sociedad en general de la cual los y las sujetos forman parte.

Es importante señalar que el proceso grupal se dividió en estos tres momentos para facilitar su comprensión y aplicación, sin embargo, deben ser considerados en interacción dinámica durante todo el proceso. Así pues, por ejemplo un miembro del grupo manifiesta un elemento emocional en el momento estructural, este se incorpora al análisis como parte del proceso y no se censura o se deja de lado.

Hablando de algunas técnicas...

A continuación se ofrecen una serie de técnicas que se sugieren para el trabajo con población adolescente. Sin embargo, es importante aclarar, que la técnica debe considerarse en el marco de un contexto cultural concreto y adaptada a las necesidades de la población con la que se va a trabajar.

¿Cómo usar estas actividades?

Notas para facilitadores/as

La experiencia en la utilización de este material indica que es preferible usar las técnicas en su conjunto y no de forma aislada.

Es interesante que halla, siempre que sea posible, la presencia de dos facilitadores(as).

Se debe usar un espacio adecuado para el trabajo con los hombres jóvenes, propiciando que las actividades sean realizadas sin restricción en la movilidad de ellos.

Se debe proporcionar un ambiente libre, respetuoso, donde no exista juzgamiento o críticas a priori de las actitudes, lenguaje o posturas de los jóvenes.

Pueden suceder situaciones de conflicto.

Se puede y se deben usar esas técnicas en diferentes circunstancias – en la escuela, grupos deportivos, club juvenil, cuarteles militares, en centros de jóvenes en conflicto con la ley, grupos comunitarios, etc.

También pueden ser usadas con grupos de jóvenes en una sala de espera de una clínica o puesto de salud. Se necesita, en fin, de espacio privado, disponibilidad de tiempo, facilitadores dispuestos.

Recordando que los muchachos, generalmente, están en fase de crecimiento, se recomienda también que se ofrezca algún tipo de merienda y que se disponga de actividades físicas y/o de movimiento.

El punto central de estos manuales está constituido por una serie de dinámicas para trabajar con hombres jóvenes en grupos. Estas actividades fueron desarrolladas y evaluadas con grupos de 15 a 30 participantes.

Nuestra experiencia demuestra que el uso de este material para grupos menores (15 a 20 participantes) es más productivo, pero el facilitador(a) también puede usar las dinámicas descritas para grupos mayores.

Muchas actividades incluidas aquí tratan de temas personales profundos y complejos como la promoción de la convivencia, la sexualidad y la salud mental. Nosotros recomendamos que estas actividades sean facilitadas por personas que se sientan cómodas en trabajar con estos temas, que tengan experiencia de trabajo con jóvenes y que tengan soporte de sus organizaciones y/o de otros adultos para ejecutar tales actividades.

Reconocemos que aplicar estas actividades no es siempre una tarea fácil, ni siempre es posible. Los temas son complejos y sensibles (violencia, sexualidad, salud mental, paternidad, SIDA).

Pueden existir grupos de muchachos que se abran y se expresen profundamente durante el proceso, así como otros no querrán hablar.

No sugerimos el uso de estas técnicas como terapia de grupo. Deben ser vistas como parte de un proceso de reflexión y educación participativa. La clave de este proceso es el educador(a) o el facilitador(a). Le cabe a ellos/as saber si se sienten cómodos con estos temas y capaces de administrar las técnicas. La propuesta de este tipo de intervención es ir más allá de esta etapa, propiciando reflexiones y cambios de actitudes.

Es responsabilidad de las y los facilitadores intervenir, tratando de establecer un consenso y respeto a la diferencia de opiniones.

El trabajo se debe ir profundizando, tratando siempre de ir más allá de un posible "discurso políticamente correcto".

Es bueno recordar, que no siempre el contacto físico es fácil para las y los jóvenes. Actividades que exijan toque físico pueden y deben ser colocadas con la alternativa de participar o no, respetando los límites de cada uno(a).

Los puntos de discusión, sugeridos en las técnicas presentadas, no necesitan ser usados necesariamente al final de las técnicas. Pero pueden ser utilizados durante su ejecución, conforme el facilitador(a) considere más apropiado.

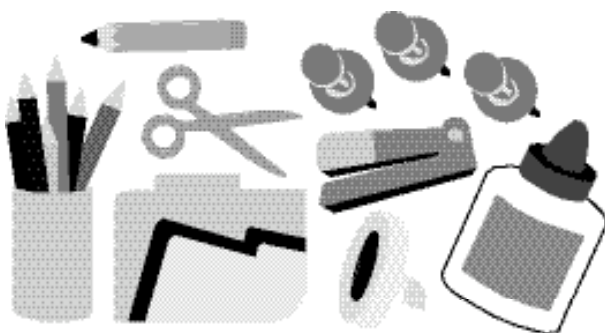
Sexualidad y salud sexual y reproductiva¹²

ACTIVIDAD 1

"Hablemos de sexualidad"

OBJETIVO

Favorecer un espacio para el análisis crítico de las distintas concepciones sociales respecto de la sexualidad humana.



MATERIALES:

Grabadora, cassette con música suave, papelitos blancos, lápices, papelógrafos titulados: "Mis Ideas" y "Lo que se dice...", pliegos de papel periódico, marcadores de diversos colores, cinta engomada, fichas con espacios sociales, guías de trabajo.



TIEMPO:

1 hora 30 minutos

DESCRIPCIÓN:

1. El o la facilitadora generará en el grupo un ambiente de relajación, para lo cual pide a los y las participantes que se sienten de manera cómoda, que cierren sus ojos y piensen en algo agradable. También puede utilizar música suave que permita a las personas participantes alejarse de los ruidos externos y concentrarse. De igual manera, el o la facilitadora puede hacer uso de algunos ejercicios de respiración. Para esto debe ocupar 10 minutos aproximadamente.

2. Después de esto, se les solicita a las y los asistentes que, frente a la pregunta ¿Qué piensan acerca de la sexualidad?, escriban las 3 primeras palabras o frases cortas que les vengan a la mente. En caso de que dentro del grupo existan personas que no sepan leer o escribir, se sugiere que se les solicite a las y los asistentes dibujar todas aquellas imágenes que se les vienen a la mente.

Debe ponerse énfasis en señalarle a los y las participantes que no deben pensar demasiado estas palabras o imágenes y que deben plasmar lo primero que piensen. También se les solicita que no repriman ni censuren nada de lo que se les ocurra. El o la facilitadora debe aclarar que los papeles no deben tener el nombre de ellos y ellas, pues el trabajo es anónimo. Para esta actividad se les da un tiempo de 5 minutos.

3. Seguidamente, se recogen los papeles y se entregan de manera aleatoria a los y las participantes. Mientras cada uno lee el papel que le correspondió, el o la facilitadora plasmará en un papelógrafo con

¹² Las actividades de la 1 a la 13 son tomadas de Valverde, O; Vega, M; Rigioni, M, Solano, C; Solano, E (2002). "Toques para estar en todas: Módulo socioeducativo para el fortalecimiento de conductas protectoras y la prevención de conductas de riesgo en los y las adolescentes". 1 ed. –San José, Costa Rica.

el título "Mis Ideas" las palabras y frases cortas que los y las participantes escribieron en la primera parte de la técnica. Es importante pedirle a los y las participantes que no repitan las frases que otros han leído.

En el caso de que en los grupos existan personas que no sepan leer ni escribir, el o la facilitadora debe recoger los papeles y pegar en el papelógrafo lo que los y las participantes hicieron.

4. Luego de realizar esto, se conforman subgrupos a los cuales se les entrega una ficha que contiene alguno de los siguientes espacios: la familia, la escuela o el colegio, el trabajo (en caso de que en el grupo se encuentren adolescentes que laboran), el grupo de amigos(as), la iglesia y los medios de comunicación. Además se les entrega una guía de trabajo y se les pide que discutan sobre lo siguiente:

- ¿qué cosas les han dicho o han escuchado acerca de la sexualidad en ese espacio?
- ¿qué piensan sobre la sexualidad las personas con las que me relaciono en ese espacio?
- ¿cuál es la opinión que se tiene desde este espacio con respecto a qué es la sexualidad y para qué sirve?

Para la discusión grupal se asigna un tiempo de 15 minutos. En caso de que los subgrupos así lo requieran, el o la facilitadora les puede entregar hojas para que escriban las conclusiones de su discusión.

En caso de que la mayoría de participantes no sepa leer ni escribir, el o la facilitadora dará a los subgrupos las orientaciones verbales para que estos puedan generar la discusión.

5. Luego de esto, cada subgrupo debe planear una dramatización que represente lo discutido en el grupo. Para esto se les da un tiempo de 15 minutos.

6. Conforme cada uno de los grupos va presentando su dramatización en un tiempo máximo de 5 minutos, el o la facilitadora irá registrando en otro papelógrafo con el título "Lo que se dice...", una síntesis del discurso presente en cada uno de los espacios sociales.

7. Después de haber completado los papelógrafos, el o la facilitadora conducirá al grupo a realizar una reflexión y análisis acerca de las coincidencias o incongruencias entre lo que pensamos y los discursos que provienen del afuera (discursos sociales dominantes), así como de las razones de dichas concordancias o diferencias.

Esta discusión podría orientarse por las siguientes preguntas: ¿qué cosas en común o qué diferencias observamos entre los dos listados, el de las ideas y el de lo que se dice?, ¿cuáles son los conceptos de sexualidad que surgen?, ¿cómo podemos definir la sexualidad?. Conforme avance este análisis es importante que el o la facilitadora oriente al grupo hacia la identificación de las principales características de los discursos vigentes en la actualidad acerca de la sexualidad y fundamentalmente, hacia la reconstrucción de un concepto más integral de sexualidad humana.

8. Al finalizar el o la facilitadora debe recapitular los principales elementos abordados en la discusión. De igual forma, debe asegurarse que el concepto de sexualidad construido grupalmente, no responda a mitos, estereotipos o ideas erróneas.

FICHAS CON ESPACIOS SOCIALES

Familia

Escuela o colegio

Trabajo

Grupo de amigos(as)

Iglesia

Medios de comunicación social

GUIAS DE TRABAJO

Grupo: Familia **GUIA DE TRABAJO**

1. ¿Qué cosas les han dicho o han escuchado acerca de la sexualidad en la familia?
2. ¿Qué piensan sobre la sexualidad las personas de mi familia?
3. ¿Cuál es la opinión que se tiene en la familia con respecto a qué es la sexualidad y para qué sirve?

Grupo: Amigos y amigas **GUIA DE TRABAJO**

1. ¿Qué cosas les han dicho o han escuchado acerca de la sexualidad en el grupo de amigos y amigas?
2. ¿Qué piensan sobre la sexualidad sus amigos y amigas?
3. ¿Cuál es la opinión que se tiene en el grupo de amigos y amigas con respecto a qué es la sexualidad y para qué sirve?

Grupo: Escuela o colegio **GUIA DE TRABAJO**

1. ¿Qué cosas les han dicho o han escuchado acerca de la sexualidad en la escuela o colegio?
2. ¿Qué piensan sobre la sexualidad las personas con las que me relaciono en la escuela o colegio?
3. ¿Cuál es la opinión que se tiene en la escuela o colegio con respecto a qué es la sexualidad y para qué sirve?

Grupo: Iglesia **GUIA DE TRABAJO**

1. ¿Qué cosas les han dicho o han escuchado acerca de la sexualidad en la iglesia?
2. ¿Qué piensan sobre la sexualidad las personas con las que me relaciono en la iglesia?
3. ¿Cuál es la opinión que se tiene en la iglesia con respecto a qué es la sexualidad y para qué sirve?

Grupo: Trabajo **GUIA DE TRABAJO**

1. ¿Qué cosas les han dicho o han escuchado acerca de la sexualidad en el trabajo?
2. ¿Qué piensan sobre la sexualidad las personas con las que me relaciono en el trabajo?
3. ¿Cuál es la opinión que se tiene en el trabajo con respecto a qué es la sexualidad y para qué sirve?

Grupo: Medios de comunicación social **GUIA DE TRABAJO**

1. ¿Qué cosas les han dicho o han escuchado acerca de la sexualidad en los medios de comunicación social?
2. ¿Qué concepto de sexualidad se transmite en los medios de comunicación social?
3. ¿Cuál es la opinión que se tiene en los medios de comunicación social con respecto a qué es la sexualidad y para qué sirve?

ACTIVIDAD 2

"El diccionario de la sexualidad"

OBJETIVO:

Generar un proceso de revisión de algunos conceptos relacionados con la sexualidad: sexo, género, relaciones sexuales, genitalidad, identidad sexual y orientaciones sexuales.

MATERIALES:



Papelógrafos o cartulinas con las palabras escritas, papeles de colores, marcadores de diversos colores, cinta engomada, goma, tijeras.



TIEMPO:

1 hora

DESCRIPCIÓN:

1. Se divide al grupo en 6 subgrupos. A cada uno de los subgrupos se le entrega un papelógrafo o cartulina con una de las siguientes palabras escrita en el centro: sexo, género, relaciones sexuales, genitalidad, identidad sexual, orientaciones sexuales. Además, se les entregarán varios papeles de colores, sin nada escrito en ellos.
2. En los papeles en blanco, cada subgrupo debe plasmar palabras, frases o dibujos que consideren que tienen algún tipo de relación con la palabra escrita en la cartulina o papelógrafo. Es importante señalar que para ello tomen en cuenta tanto lo que ellos sepan, como las cosas que han oído, independientemente de que consideren que esto sea correcto o incorrecto. Para esta actividad se destina un tiempo de 20 minutos.
3. Posteriormente, deben pegar los papeles en la cartulina o papelógrafo que contiene la palabra. Luego, cada subgrupo escoge un espacio para mostrar al resto de los y las participantes su trabajo. Para esto se les da un tiempo de 10 minutos.
4. Una vez que estén colocados todos los carteles, el grupo entero se irá movilizandose para observar cada cartel. Al llegar a cada uno de los puestos, se deben otorgar unos minutos para que el grupo observe en silencio lo que tiene al frente suyo. Posteriormente, el facilitador puede preguntar qué creen que significa lo que ven, cuál sería la definición correcta del concepto, cuáles son ideas erróneas, de dónde proceden las mismas y ejemplificar las situaciones desde la cotidianidad de los y las adolescentes.
5. Quien facilita debe asegurarse de que las ideas erróneas se hayan trabajado y de que todos los conceptos queden claros a los y las participantes.

FICHAS CON PALABRAS

SEXO

GÉNERO

RELACIONES SEXUALES

GENITALIDAD

IDENTIDAD SEXUAL

ORIENTACIONES SEXUALES

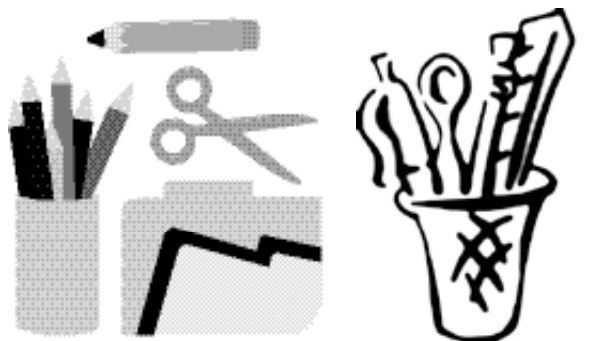
ACTIVIDAD 3

"Llegó carta"

OBJETIVO:

Propiciar la comprensión de los distintos cambios propios del proceso adolescente en la dimensión psicosexual.

MATERIALES:



Cartas, hojas blancas, lapiceros, papelitos en blanco, pliegos de papel periódico, marcadores de diversos colores, cinta engomada.



TIEMPO:

45 minutos

DESCRIPCIÓN:

1. Se divide al grupo en 2 subgrupos de hombres y 2 subgrupos de mujeres, de manera tal que se conformen 4 subgrupos en total. Se les indica que han recibido correspondencia de un o una adolescente de sus edades, en la cual comparten sus sentimientos y vivencias, propias del desarrollo psicosexual en que se encuentran. El o la facilitadora entrega a cada subgrupo una carta y les pide que la lean. Para esto se les da un tiempo de 5 minutos.

2. Una vez que todos los subgrupos han leído la carta, se les indica que deben elaborar una respuesta para la persona que les escribió, en la cual hagan referencia a cómo podría enfrentar esas experiencias, temores, ansiedades e inquietudes de una manera adecuada. Para esto pueden recurrir a sus propias vivencias y a la forma como han logrado enfrentarlas. Es necesario enfatizar que ellos y ellas son los destinatarios de la carta, por lo que deben responder como le contestarían a un amigo o amiga cercana, expresándose libremente. Para lo anterior se les da un tiempo de 20 minutos.

3. Luego cada subgrupo hace lectura de la carta y de la respuesta que elaboraron, de manera tal que dos subgrupos del mismo sexo hagan su presentación y posteriormente los otros dos subgrupos.

4. Después de que los primeros dos grupos presenten la carta, se facilita una plenaria en el cual se busca identificar las principales particularidades y manifestaciones de la sexualidad en los y las adolescentes de ese sexo. Se procede de la misma forma con los otros dos grupos del mismo sexo. Es importante que todos los y las adolescentes participen libremente en toda la plenaria, por lo que se debe incitar a los varones a intervenir en la revisión de los cambios del sexo femenino y viceversa.

Se recomienda que el o la facilitadora vaya plasmando la discusión grupal en dos papelógrafos distintos, titulados con las palabras "hombre" y "mujer".

De igual manera, se debe procurar que el grupo comprenda la evolución del desarrollo psicosexual, a través de las distintas etapas de la adolescencia. En este sentido, el o la facilitadora debe asegurarse que se aborde lo siguiente:

- Cambios físicos
- Exploración y conocimiento del propio cuerpo (masturbación)
- Interés por relaciones de pareja
- Cambios en las relaciones con las personas adultas
- Presiones internas y externas en la exploración del cuerpo del otro (relaciones sexuales genitales y coitales)

5. Al final de la actividad, el o la facilitadora debe generar un espacio para que se realicen preguntas directas o bien, entregar papelitos en blanco para que se escriban preguntas anónimas, las cuales deben ser depositadas en una caja cerrada. Para eso se les da un tiempo de 15 minutos.

Una vez que todos los y las participantes han escrito y depositado sus preguntas, o que las han planteado verbalmente, el o la facilitadora debe ir contestando una a una, hasta que todas las dudas hayan quedado aclaradas. Es importante que se logren desmitificar todas aquellas creencias erróneas con respecto al desarrollo psicosexual en la adolescencia.

NOTA:

A. En caso de que la mayoría de participantes no sepan leer ni escribir, se conforman 4 subgrupos, de los cuales 2 deben ser solo de hombres y 2 de mujeres.

B. Luego el o la facilitadora debe leer a cada subgrupo la carta escrita por la persona de su mismo sexo.

C. Posteriormente les solicita que discutan lo que se plantea en la carta y que, a partir de sus propias vivencias y la forma como ellos y ellas han logrado enfrentarlas, definan los elementos que tomarían en cuenta para dar respuesta a la misma (15 minutos).

D. Una vez que han realizado esto, les pide que de una manera creativa (canción, dramatización, poema) expresen la respuesta que darían a la carta (20 minutos).

E. Después el o la facilitadora hace lectura de las cartas y los grupos presentan la respuesta que elaboraron, de manera tal que dos subgrupos del mismo sexo hagan su presentación y posteriormente los otros dos subgrupos.

Luego se desarrollan de igual forma los puntos 4 y 5 de la actividad que se planteó para adolescentes alfabetizados.

CARTAS

Ale:

¡Hola! Amiga, espero que estés muy bien. Vieras que desde que te fuiste a vivir a ese hueco de barrio (no te enojes, es que queda muy largo) me has hecho mucha, pero mucha falta, especialmente extraño las horas de horas que nos sentábamos en el muro de tu casa a hablar paja. Bueno, te escribo porque me siento muy confundida y no sé qué hacer. Como sos una de mis mejores amigas, decidí escribirte para ver si me podés dar algún consejo o decirme algo que me tranquilice un poco.

Desde hace unas semanas me siento muy extraña, mi cuerpo ha cambiado mucho y me da mucha vergüenza lo que me está pasando: me han salido pelos por todo lado, estoy como una chancha de gorda y tengo la cara toda llena de granos. Fijáte que no pude ir a la fiesta de Meche porque justo ese día me salió un pelotón en la pura nariz, mis hermanos me decían que parecía un payaso porque tenía la nariz roja, roja y por más que me eché de una pintura de mi mamá, me veía horrible... entonces me quedé en mi cuarto toda la noche, porque de fijo no iba a hacer el ridículo frente a todos mis amigos.

También me están creciendo mucho los pechos, a tal punto que mis compañeros se me quedan viendo por debajo de la blusa cuando me agacho. En esos momentos siento que los odio y que no desearía estar pasando por eso. Además, el otro día un amigo de mi hermana mayor me empezó a molestar diciéndome que yo tenía más delantera que un equipo de fútbol, te imaginás el baño que me hizo pasar delante de todos los que estaban ahí, ¡uy, qué color!, todavía me acuerdo... yo deseaba que la tierra me tragara. Aunque para serte sincera, en algunos momentos me siento orgullosa porque mis otras amigas están más planas que una plancha, ¿así o más enredado?

También he sentido cosas raras en mi cuerpo cuando Javier y yo nos apretamos (¡ah! es que todavía estamos jalando), como un fuego que me quema, y que me hace desear que me toque por aquellos lugares (ya sabés a cuáles me refiero). El otro día, después de que estuvo en mi casa, me fui para el cuarto y empecé a recordar lo rico que nos estábamos besando y otra vez empecé a sentir ese calor. Entonces me empecé a imaginar que él me estaba acariciando y... me da mucha vergüenza contarlo pero... me acaricié "ahí". Me pegué un gran susto porque estaba yo en esas y de pronto me agarraron como unos mareos, no sé una vara muy rara, entonces mejor me dormí.

Me siento muy mal por lo que hice, si mis papás o alguien se llegara a enterar, seguro pensarían lo peor de mí, así que cuidado le dice a alguien, mucho menos a Tere, porque esa es una chismosa.

Además, no sé qué hacer con Javier, porque cada vez que estamos juntos yo tengo esos deseos y la verdad no sé qué pensar porque el otro día escuché a mi mamá hablando con las amigas y ellas juran que las mujeres sienten eso hasta que se casan.

Amiga, como ves me han pasado tantas cosas en tan poco tiempo... ESPERO QUE PRONTO RESPONDÁS A ESTA CARTA.

Sofi

Juancho:

Mae, cómo estás?, Espero que pura vida. Hace tiempo no nos vemos, ni siquiera he tenido tiempo de pegarte una llamada pero es que estoy metido en muchas cosas y la verdad en algunos momentos la he visto un poco güey con el tiempo.

En fin he decidido escribirte porque sé que has recibido muchas charlas y capacitaciones con el Programa de Atención Integral de la Adolescencia y la verdad es que te tengo varias preguntas que, porsu... prefiero hacértelas a vos y no a mis tatas (total nunca les entiendo... JA, JA, en realidad me da un toque de pena).

Fijate que desde hace algún tiempo siento y me pasan cosas en mi cuerpo que me sorprenden y la verdad es que ni siquiera tengo claro si es normal lo que me pasa. En primer lugar yo no sé que le pasa a Jerónimo (así le dicen mis compas al pene) ya que se me para aunque yo no quiera, vieras que vergüenza, todas las viejas del barrio se me quedan viendo y yo no sé ni dónde meterme, y lo peor de todo es que ni metiéndome las manos en la bolsa se disimula. Será normal esto, sabés que esto me pasa más cuando se me arrima alguna chica que me gusta, en realidad con solo verla. A veces me siento como un maniático sexual, pero al chile que no puedo controlarlo.

Fijate que con todo esto, he sentido deseos de tener sexo con alguien y me entran tales ganas que diay, me la he sobado (cuidado le cuenta a alguien porque ni siquiera al padre de la comunidad se lo he confesado y la verdad es que qué pelada), pero ni así se me quitan las ganas. Yo me siento mal por sobármela, porque al igual que lo otro, yo le hago mente y hasta trato de distraerme pero al fin de cuentas lo tengo que hacer. Espero que no te rías de mí, pero esto me asusta mucho porque he escuchado a los compas del barrio decir cualquier cantidad de cosas que le pasan a uno, hasta que le salen pelos en la mano a uno. ¿Es pecado esto, realmente?. Yo ya debo estar condenado. Porfa decime si esto te pasó a vos y cómo puedo superarlo.

La verdad no me gustaría que Nancy se diera cuenta de lo que siento y de lo que hago, porque la verdad mae, a lo macho, me siento muy bien con ella, y aunque tenemos dos semanas de jalar (qué montón) no me gustaría que se asuste y me quiebre.

Lo último, y esto lo dejo de último porque es lo que me da más vergüenza, aunque yo sé que con vos no hay nada. Es que yo creo que debo tener algún problema con mis riñones, espero que podás preguntarle a alguno de los doctorcitos que conoces de la clínica. No ves que me ha pasado una o tres noches (mae que vergüenza que me da y eso que no me estás viendo) que me despierto y estoy todo mojado, como si me hubiera orinado. Lo extraño es que la primera vez estaba soñando que nadaba en una piscina, claro llena de nenas pero las otras dos veces soñé cosas similares a las cosas que me imagino cuando me la sobo, vos sabés que estoy con una maje y que ya... En fin yo creo que por estar en esas se me jodió algo.

Mae, vos sos mi única forma de saber qué me pasa, porfa no le contés a nadie. Escribime pronto para saber si tengo que ir al médico o qué. Mae que miedo.

Por lo demás saludame a tus primos. Pero principalmente a tu primita Caro que vos sabés que me encanta.

Mae si la cosa es grave, me llamás ¿OK?

Luis Roberto

ACTIVIDAD 4

"Descubriendo a los que me rodean"

OBJETIVO:

Propiciar un espacio para el análisis del impacto positivo o negativo que pueden tener las distintas relaciones vinculares que se establecen en la vida (amigos/as, pareja, relaciones ocasionales).

MATERIALES:



Tarjeta con tareas, ficha con tipos de vínculo: amistades, pareja y relaciones ocasionales (amigos con derechos, un "ligue" o "lance", entre otros), guía de trabajo, hojas blancas, lapiceros, pliegos de papel periódico, marcadores de diversos colores, cinta engomada.



TIEMPO:

1 hora

DESCRIPCIÓN:

1. Se divide al grupo en 3 subgrupos y a cada uno se le da una ficha con la indicación de algún tipo de vínculo: amistades, pareja y relaciones ocasionales (amigos con derechos, un "ligue" o "lance", entre otros), para que a partir de una guía de trabajo analicen lo siguiente: tipos de relaciones constructivas y destructivas en cada vínculo, características de estas relaciones, elementos que llevan a una relación a convertirse en algo destructivo, sentimientos de las personas involucradas en cada tipo de relaciones, alternativas para enfrentar una relación destructiva o para propiciar el desarrollo de relaciones constructivas. Para esto cuentan con 25 minutos.

2. Una vez que se ha realizado la discusión y análisis al interior de cada subgrupo, deben preparar una dramatización que represente las conclusiones a las que llegó cada uno. A cada subgrupo se le brinda un tiempo de 15 minutos para que prepare el drama.

3. Todos los subgrupos realizan sus presentaciones al resto de los y las participantes en un tiempo máximo de 5 minutos (15 minutos en total).

4. Finalmente, el o la facilitadora abre un espacio para la discusión de cada uno de los vínculos íntimos que establecen las personas y el impacto que tienen en las vidas de manera positiva o negativa, para lo cual puede orientarse con la guía de trabajo grupal. Es importante que se señale que si bien es cierto es necesario establecer relaciones con las otras personas, la calidad de estas relaciones es lo que más importa.

NOTA:

A. En caso de que la mayoría de participantes no sepa leer ni escribir, se sugiere que el o la facilitadora conforme 6 subgrupos y a cada uno de ellos le asigne una de las siguientes relaciones: amistades negativas, amistades positivas, noviazgo positivo, noviazgo negativo, relaciones ocasionales o informales (amigos con derechos, "lance", entre otros) positivas, y relaciones ocasionales o informales negativas.

B. Luego se les solicita que discutan sobre los elementos que caracterizan una relación de este tipo y las consecuencias que tiene para las personas que intervienen en ese tipo de relación (15 minutos).

C. Una vez que han discutido, se les pide que preparen una dramatización que represente el tipo de vínculo asignado y sus principales características (15 minutos).

Luego se desarrollan de igual forma los puntos 3 y 4 de la actividad que se planteó para adolescentes alfabetizados.

TARJETAS CON TIPO DE RELACIÓN

AMIGOS Y AMIGAS

NOVIA O NOVIO

**RELACIÓN OCASIONAL O INFORMAL (AMIGO O AMIGA
CON DERECHOS, LANCE, LIGUE)**

GUIAS DE TRABAJO

Grupo: Amigos y amigas

GUIA DE TRABAJO

1. ¿Cuáles son las características de una relación de amigos y amigas que sea negativa o destructiva para las personas involucradas en esa relación ?
2. ¿Cuáles son las características de una relación de amigos y amigas que sea positiva, constructiva y enriquecedora para las personas involucradas en esa relación ?
3. ¿Qué cosas llevan a una relación de amigos y amigas a convertirse en algo destructivo para las personas?
4. ¿Qué consecuencias trae a las personas tener relaciones amistosas negativas o destructivas?
5. ¿Qué beneficios trae a las personas tener relaciones amistosas positivas o constructivas?
6. ¿Qué podemos hacer para enfrentar una relación amistosa destructiva y para desarrollar una constructiva?

Grupo: Novia o novio

GUIA DE TRABAJO

1. ¿Cuáles son las características de una relación de novios que sea negativa o destructiva para las personas involucradas en esa relación ?
2. ¿Cuáles son las características de una relación de novios que sea positiva, constructiva y enriquecedora para las personas involucradas en esa relación ?
3. ¿Qué cosas llevan a una relación de novios a convertirse en algo destructivo para las personas?
4. ¿Qué consecuencias trae a las personas tener noviazgos negativos o destructivos?
5. ¿Qué beneficios trae a las personas tener noviazgos positivos o constructivos?
6. ¿Qué podemos hacer para enfrentar una relación de novios destructiva y para desarrollar una constructiva?

Grupo: Relación ocasional o informal (amigo o amiga con derechos, lance)

GUIA DE TRABAJO

1. ¿Cuáles son las características de una relación ocasional o informal que sea negativa o destructiva para las personas involucradas en esa relación ?
2. ¿Cuáles son las características de una relación ocasional o informal que sea positiva, constructiva y enriquecedora para las personas involucradas en esa relación ?
3. ¿Qué cosas llevan a una relación ocasional o informal a convertirse en algo destructivo para las personas?
4. ¿Qué consecuencias trae a las personas tener relaciones ocasionales o informales negativas o destructivas?
5. ¿Qué beneficios trae a las personas tener relaciones ocasionales o informales positivas o constructivas?
6. ¿Qué podemos hacer para enfrentar una relación ocasional o informal destructiva y para desarrollar una constructiva?

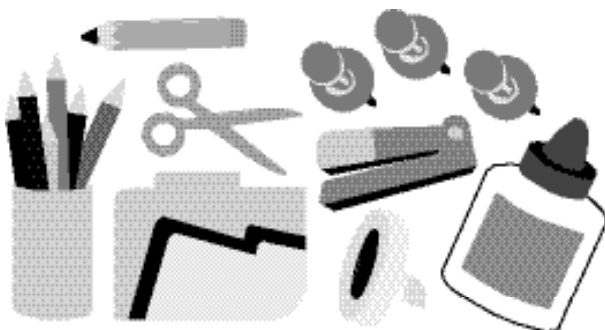
ACTIVIDAD 5

"Ayudando a prevenir"

OBJETIVO:

Propiciar el conocimiento sobre enfermedades de transmisión sexual, su prevención y tratamiento..

MATERIALES:



Pliegos de papel periódico, marcadores de diversos colores, cinta engomada, casos, material informativo sobre ITS.



TIEMPO:

1 hora 15 minutos

DESCRIPCIÓN:

1. El facilitador o facilitadora dará inicio a la actividad preguntando a los y las adolescentes cuáles son las enfermedades de transmisión sexual que ellos y ellas conocen o que han escuchado. Se debe levantar un listado de lo que el grupo diga en un papelógrafo o pizarrón. Es importante que se aclaren, con cuidado de no inhibir la participación grupal, todos aquellos mitos o falsas creencias que se mencionen. Además, el/la facilitador(a) debe agregar aquellas enfermedades que no fueron mencionadas por el grupo y que se consideren pertinentes. Para esto se cuenta con un tiempo de 15 minutos.

2. Posteriormente, el grupo se dividirá en 4 subgrupos. A cada uno se le entregará un caso de un o una adolescente que presenta sintomatología de alguna de estas enfermedades y material informativo sobre diversas ITS. La tarea que deben realizar es discutir el caso y determinar cuál podría ser la enfermedad que presenta, las consecuencias físicas, emocionales y sociales que conlleva la misma, alternativas para prevenir esa enfermedad y orientaciones sobre lo que debe hacer la persona adolescente. Se les asigna un tiempo de 25 minutos.

3. Basándose en los aspectos anteriores, cada subgrupo debe presentar lo discutido a manera de drama, mediante una conversación con el o la adolescente del caso. Cada subgrupo deben tomar en cuenta que el resto de participantes no conoce la historia correspondiente, por lo que deben hacer referencia a los síntomas que presenta el personaje de la historia. Para el planeamiento de la dramatización cuentan con 10 minutos.

4. Conforme cada subgrupo expone su caso, los demás participantes pueden expresar otras opiniones o complementar lo planteado por el subgrupo. Luego, se realiza una plenaria en la cual se discuten y analizan los elementos que surgieron en las presentaciones, tomando en cuenta la guía de trabajo grupal. El o la facilitadora debe asegurarse de que no queden dudas o información errónea en el grupo.

5. Finalmente, el o la facilitadora puede hacer un cierre teórico en el cual se presente la información necesaria sobre las distintas ITS, formas de prevención y tratamiento.

Variante de la actividad en caso de que la mayoría de los y las participantes no sepa leer ni escribir:

1. Se conforman 4 subgrupos de trabajo y a cada uno de ellos se le asigna un sexo específico: hombre (2 grupos) y mujer (2 grupos).

2. Luego el o la facilitadora les da la indicación de que deben construir una historia de una persona adolescente, del sexo asignado y de su misma edad, que podría tener una enfermedad de transmisión sexual. La historia debe contener el nombre del personaje, por qué piensa que tiene una ITS, qué fue lo que le pasó, cómo reaccionó ante la sospecha de estar infectado, qué ha hecho al respecto, entre otras. Para elaborar la historia, los y las participantes deben tomar en cuenta sus propios conocimientos y creencias con respecto a las ITS, sin importar su veracidad. Para esto se les da un tiempo de 20 minutos.

3. Una vez que todos los subgrupos han elaborado las historias, deben presentarlas al resto de los y las participantes en un tiempo máximo de 5 minutos (20 minutos en total). Mientras se realizan las presentaciones, el o la facilitadora debe recoger los principales elementos que surgen en las historias, para que sean retomados en el momento de la plenaria grupal.

4. Posterior a las presentaciones, el o la facilitadora debe llevar al grupo a realizar una síntesis de los elementos que indicaban la presencia de una ITS. Para esto puede lanzar al grupo las siguientes preguntas: ¿qué cosas hacían sospechar que los personajes tenían una ITS?, ¿qué síntomas presentaban los y las adolescentes de las historias?, ¿cuáles eran sus hábitos y conductas en el ejercicio de su sexualidad genital y coital?, entre otras. Debe estar atento a todas aquellas creencias falsas con respecto a las ITS que surjan en el grupo para aclararlas.

5. Luego el o la facilitadora debe realizar una presentación clara y sintética del VIH-SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual, sus principales signos y síntomas y consecuencias físicas. Se recomienda que en este momento utilice láminas que contengan dibujos o fotos para ilustrar la exposición.

6. Posteriormente se genera un espacio de plenaria, en el que se lleva al grupo a discutir con respecto a las consecuencias emocionales y sociales de las distintas ITS, las recomendaciones sobre lo que debe hacer un(a) adolescente ante una situación de este tipo, así como las medidas de prevención para evitar el contagio.

El o la facilitadora debe asegurarse que no queden en el grupo dudas, falsas ideas o mitos con respecto al VIH-SIDA y otras ITS.

Materiales:

Láminas gráficas de presentación de ITS.

CASO # 1

Marcela es una joven de 16 años, desde hace un año empezó a tener relaciones sexuales coitales, y para prevenir un embarazo comenzó a tomar pastillas anticonceptivas.

Sin embargo, se encuentra muy preocupada porque desde hace unos días siente picazón en sus genitales; al principio pensó que se trataba de algo pasajero, así que no buscó atención médica, sino que se puso una crema que una amiga le recomendó. Pero días después, se dio cuenta de que por su vagina estaba saliendo un flujo muy extraño, porque era como de color gris y tenía muy mal olor.

Marcela ya no quiere tener relaciones porque le da vergüenza que alguien se entere de lo que le está pasando.

GUIA DE TRABAJO:

1. ¿Cuál podría ser la enfermedad que tiene Marcela?
2. ¿Qué consecuencias físicas, emocionales y sociales le puede traer esta enfermedad?
3. ¿Qué cosas se le pueden sugerir a Marcela sobre lo que debe hacer al respecto?
4. ¿Cómo podría haber evitado el contagio de una ITS?

CASO # 2

Mainor es un joven que, a pesar de su edad, ha tenido relaciones sexuales coitales con gran cantidad de muchachas sin utilizar protección. Parece que esto nunca le había preocupado, porque ninguna de ellas ha llegado a decirle que está embarazada.

Pero, hace 5 días comenzó a sentir mucho dolor al orinar, trataba de aguantarse las ganas de orinar para no sentir tanto dolor, pero era inútil, cada vez que iba al baño sentía lo mismo. Después de eso, observó que le salía un líquido amarillo por el pene, que no eran orines ni semen.

GUIA DE TRABAJO:

1. ¿Cuál podría ser la enfermedad que tiene Mainor?
2. ¿Qué consecuencias físicas, emocionales y sociales le puede traer esta enfermedad?
3. ¿Qué cosas se le pueden sugerir a Mainor sobre lo que debe hacer al respecto?
4. ¿Cómo podría haber evitado el contagio de una ITS?

CASO # 3

Evelio siempre ha utilizado el condón cuando tiene una relación sexual coital. Pero un día, se dio cuenta que no tenía condón justo en el momento en que estaba sin ropa con una muchacha que siempre le había gustado. Para no pegarse un "bañazo" diciéndole a ella que ya no podían seguir, tuvo relaciones sin ninguna protección.

Hace 3 meses, le apareció un grano en el pene, pero como no le dolía pensó que se había raspado con algo. Después el grano desapareció, y Evelio no le dio más importancia. Unas semanas después, le salieron manchas en la piel, por lo que pensó que tenía rubeola. Estas manchas también desaparecieron y ahora Evelio está muy tranquilo.

GUIA DE TRABAJO:

1. ¿Cuál podría ser la enfermedad que tiene Evelio?
2. ¿Qué consecuencias físicas, emocionales y sociales le puede traer esta enfermedad?
3. ¿Qué cosas se le pueden sugerir a Evelio sobre lo que debe hacer al respecto?
4. ¿Cómo podría haber evitado el contagio de una ITS?

CASO # 4

Rosa ha sido una joven muy entusiasta, a la que le gusta participar en todo tipo de actividades, pero últimamente se ha sentido muy cansada y ha perdido mucho peso, a pesar de que come lo mismo que siempre.

Durante las noches se despierta sudando mucho y le duelen las rodillas y los codos. Pensaba que era una gripe, porque también ha tenido mucha fiebre, pero las pastillas que ha tomado no le han resultado para nada.

Además de que se le han inflamado los ganglios, le han salido unas manchas en diversas partes del cuerpo.

Hace unos años atrás, Rosa tuvo un novio con el que tenía relaciones sexuales coitales sin protección, a pesar de que ella sabía que él tenía relaciones con otras mujeres.

GUIA DE TRABAJO:

1. ¿Cuál podría ser la enfermedad que tiene Rosa?
2. ¿Qué consecuencias físicas, emocionales y sociales le puede traer esta enfermedad?
3. ¿Qué cosas se le pueden sugerir a Rosa sobre lo que debe hacer al respecto?
4. ¿Cómo podría haber evitado el contagio de una ITS?

GUIA PARA EL O LA FACILITADORA:

CASO # 1

Marcela es una joven de 16 años, desde hace un año empezó a tener relaciones sexuales coitales, y para prevenir un embarazo comenzó a tomar pastillas anticonceptivas.

Sin embargo, se encuentra muy preocupada porque desde hace unos días siente picazón en sus genitales; al principio pensó que se trataba de algo pasajero, así que no buscó atención médica, sino que se puso una crema que una amiga le recomendó. Pero días después, se dio cuenta de que por su vagina estaba saliendo un flujo muy extraño, porque era como de color gris y tenía muy mal olor.

Marcela ya no quiere tener relaciones porque le da vergüenza que alguien se entere de lo que le está pasando.

GUIA DE RESPUESTAS:

1. La enfermedad que tiene Marcela puede ser una Infección por Clamidias.
2. Las principales consecuencias físicas que le puede traer esta enfermedad son: infertilidad, o contagiar a sus hijos al nacer, produciendo en el neonato conjuntivitis, otitis o neumonitis. A nivel emocional la persona puede sentirse muy asustada por lo que pueda suceder con su salud, deprimida por su experiencia y puede tener además fuertes sentimientos de culpabilidad y vergüenza por no haber sido suficientemente responsable con su sexualidad. Todas estas emociones pueden llevar a la persona a aislarse de su entorno social, lo cual le afectaría en sus relaciones con otras personas. Por otra parte, si otras personas que no tienen criterio para valorar y comprender este tipo de situaciones se enteran de su situación, pueden generar conductas de rechazo y agresión, lo cual aumentaría el malestar emocional de la persona.
3. Marcela debe visitar al médico y seguir las prescripciones que este indique, así como buscar apoyo en alguien de confianza.
4. Ella podría haber evitado el contagio de una ITS no teniendo relaciones sexuales coitales o usando condón en sus relaciones sexuales coitales SIEMPRE.

CASO # 2

Mainor es un joven que, a pesar de su edad, ha tenido relaciones sexuales coitales con gran cantidad de muchachas sin utilizar protección. Parece que esto nunca le había preocupado, porque ninguna de ellas ha llegado a decirle que está embarazada.

Pero, hace 5 días comenzó a sentir mucho dolor al orinar, trataba de aguantarse las ganas de orinar para no sentir tanto dolor, pero era inútil, cada vez que iba al baño sentía lo mismo. Después de eso, observó que le salía un líquido amarillo por el pene, que no eran orines ni semen.

GUIA DE RESPUESTAS:

1. La enfermedad que puede tener Mainor es gonorrea.
2. Las principales consecuencias físicas que le puede traer esta enfermedad son: esterilidad (si no recibe atención médica oportuna, ya que la infección puede llegar a los testículos). A nivel emocional la persona puede sentirse muy asustado por lo que pueda suceder con su salud, deprimido por su experiencia y puede tener además fuertes sentimientos de culpabilidad y vergüenza por no haber sido suficientemente responsable con su sexualidad. Todas estas emociones pueden llevar a la persona a aislarse de su entorno social, lo cual le afectaría en sus relaciones con otras personas. Por otra parte, si otras personas que no tienen criterio para valorar y comprender este tipo de situaciones se enteran de su situación, pueden generar conductas de rechazo y agresión, lo cual aumentaría el malestar emocional de la persona.
3. Mainor debe visitar al médico y seguir las prescripciones que este indique, así como buscar apoyo en alguien de confianza.
4. Podría haber evitado el contagio de una ITS no teniendo relaciones sexuales coitales o usando condón en sus relaciones sexuales coitales SIEMPRE.

CASO # 3

Evelio siempre ha utilizado el condón cuando tiene una relación sexual coital. Pero un día, se dio cuenta que no tenía condón justo en el momento en que estaba sin ropa con una muchacha que siempre le había gustado. Para no pegarse un "bañazo" diciéndole a ella que ya no podían seguir, tuvo relaciones sin ninguna protección.

Hace 3 meses, le apareció un grano en el pene, pero como no le dolía pensó que se había raspado con algo. Después el grano desapareció, y Evelio no le dio más importancia. Unas semanas después, le salieron manchas en la piel, por lo que pensó que tenía rubeola. Estas manchas también desaparecieron y ahora Evelio está muy tranquilo.

GUIA DE RESPUESTAS:

1. La enfermedad que puede tener Evelio es Sífilis (se encuentra en la I etapa o sífilis primaria).
2. Las principales consecuencias físicas que le puede traer esta enfermedad si no recibe atención médica a tiempo son: grandes úlceras en la piel, deformación de los huesos y articulaciones, problemas en el sistema nervioso central, corazón y otros órganos, que incluso le pueden dejar ciego, parálítico o morir de un ataque al corazón. A nivel emocional la persona puede sentirse muy asustada por lo que pueda suceder con su salud, deprimida por su experiencia y puede tener además fuertes sentimientos de culpabilidad y vergüenza por no haber sido suficientemente responsable con su sexualidad. Todas estas emociones pueden llevar a la persona a aislarse de su entorno social, lo cual le afectaría en sus relaciones con otras personas. Por otra parte, si otras personas que no tienen criterio para valorar y comprender este tipo de situaciones se enteran de su situación, pueden generar conductas de rechazo y agresión, lo cual aumentaría el malestar emocional de la persona.
3. Evelio debe visitar al médico y seguir las prescripciones que este indique, así como buscar apoyo en alguien de confianza.
4. Podría haber evitado el contagio de una ITS no teniendo relaciones sexuales coitales o usando condón en sus relaciones sexuales coitales SIEMPRE.

CASO # 4

Rosa ha sido una joven muy entusiasta, a la que le gusta participar en todo tipo de actividades, pero últimamente se ha sentido muy cansada y ha perdido mucho peso, a pesar de que come lo mismo que siempre.

Durante las noches se despierta sudando mucho y le duelen las rodillas y los codos. Pensaba que era una gripe, porque también ha tenido mucha fiebre, pero las pastillas que ha tomado no le han resultado para nada.

Hace unos años atrás, Rosa tuvo un novio con el que tenía relaciones sexuales coitales sin protección, a pesar de que ella sabía que él tenía relaciones con otras mujeres.

GUIA DE RESPUESTAS:

1. La enfermedad que puede tener Rosa es SIDA (Síndrome de InmunoDeficiencia Adquirida).
2. Las principales consecuencias físicas que le puede traer esta enfermedad una vez que el Sida se encuentra desarrollado son: infecciones como pulmonías por virus, bacterias u hongos, problemas en el sistema nervioso, cáncer de diversos tipos, entre otros. A nivel emocional la persona puede sentir enojo, mucho temor por lo que pueda suceder con su salud y con su vida, sentimientos de muerte que lo lleven a sentir una fuerte depresión y desesperación, fuertes sentimientos de culpabilidad y vergüenza por no haber sido suficientemente responsable con su sexualidad y puede tener además preocupación por las personas con las que ha tenido contacto sexual. Todas estas emociones pueden llevar a la persona a aislarse de su entorno social, lo cual le afectaría en sus relaciones con otras personas. Por otra parte, si otras personas que no tienen criterio para valorar y comprender este tipo de situaciones se enteran de su situación, pueden generar conductas de rechazo y agresión, lo cual aumentaría el malestar emocional de la persona.
3. Rosa debe visitar al médico y hacerse la prueba para corroborar si es seropositivo. Si el diagnóstico es positivo, debe seguir las prescripciones que el médico(a) indique, así como buscar apoyo en alguien de confianza o en un profesional de la salud. También debe comunicar a las personas con las que ha tenido contacto sexual sobre su situación, para que estas también tomen las medidas del caso.
4. Podría haber evitado el contagio de una ITS no teniendo relaciones sexuales coitales o usando condón en sus relaciones sexuales coitales SIEMPRE.

ACTIVIDAD 6

"Anunciando protección".

OBJETIVO:

Favorecer el conocimiento sobre los distintos métodos de protección sexual.

MATERIALES:



Pliegos de papel periódico, marcadores de diversos colores, cinta engomada, fichas con indicaciones de los métodos, métodos de protección sexual, boletines informativos.



TIEMPO:

1 hora

DESCRIPCIÓN:

1. Para iniciar el o la facilitadora pedirá al grupo que mencionen los métodos de protección contra el embarazo y enfermedades de transmisión

sexual que ellos y ellas conocen. Para esto, se irá elaborando un listado en un papelógrafo de los métodos mencionados. Se deben escribir todos los métodos, sin importar que sean inadecuados o erróneos. Finalmente, el o la facilitadora escribirá los métodos de protección sexual más comunes que no hayan sido mencionados.

2. Una vez que se termina con esta tarea, se conformarán 6 subgrupos y a cada uno se les entrega una ficha que contiene un método de protección sexual (condón, pastillas, inyección, DIU o té de cobre, métodos naturales, métodos de protección sexual inadecuados o erróneos).

En caso de que la mayoría de participantes no sepa leer ni escribir, se sugiere que el o la facilitadora indique a cada subgrupo el tipo de método que le corresponde.

3. Después de esto, se les dirá que deben imaginarse que son vendedores ambulantes y que deben ir a una casa a ofrecer el producto que les correspondió tratando de convencer al cliente de que compre este producto, para lo cual deben explicar en qué consiste, las características del método, su nivel de efectividad, los beneficios que tiene su uso, minimizar las desventajas que tiene, así como explicar el uso correcto del mismo. Se les debe entregar a cada subgrupo el método correspondiente. El o la facilitadora debe aclarar que deben basarse en todo lo que sepan o hayan escuchado sobre los distintos métodos, sin preocuparse por si es la información correcta o no. Para esta tarea cuentan con 20 minutos.

4. Cada subgrupo debe representar a modo de drama la situación indicada, para lo cual cuenta con un tiempo máximo de 5 minutos. El o la facilitadora debe ir recogiendo en un papelógrafo todos aquellos elementos atribuidos a cada uno de los métodos.

5. Posterior a cada presentación, se realizará una discusión en la cual se analiza lo presentado por cada subgrupo respecto a los distintos métodos, procurando que se aclaren todas aquellas dudas que surjan en el grupo, que se aborden todas las ideas erróneas o mitos que surjan al respecto y que se de la información científica apropiada.

6. Para finalizar, se entrega a los y las participantes información escrita sobre los distintos métodos de protección sexual.

FICHAS CON MÉTODOS

CONDÓN O PRESERVATIVO

PASTILLAS ANTICONCEPTIVAS

INYECCIÓN

TE DE COBRE O DIU

MÉTODOS NATURALES

MÉTODOS INADECUADOS

ACTIVIDAD 7

"Aprendiendo a usarlo"

OBJETIVO:

Favorecer el conocimiento sobre el uso adecuado del condón, como método de protección sexual.

MATERIALES:



Pliegos de papel periódico, marcadores de punta gruesa, cinta engomada, un pañuelo, condones, globo grande, pepinos.



TIEMPO:

1 hora

DESCRIPCIÓN:

1. La actividad se inicia con una breve discusión en plenaria en la que el o la facilitadora procura introducir el tema del condón tomando en cuenta aquellos aspectos evolutivos del(a) adolescente en su dimensión psicosexual que lo(a) pueden llevar a tomar la decisión de tener relaciones sexuales coitales. De esta manera, el o la facilitadora puede establecer esta discusión general a través del planteamiento de preguntas tales como: ¿qué cambios tenemos a partir de la entrada a la adolescencia?, ¿de estos cambios, cuáles están referidos a la necesidad de tener sensaciones placenteras en el cuerpo?, ¿cuáles están relacionados con la necesidad de tener cercanía afectiva y física con alguien que nos gusta o que queremos?, ¿cómo se manifiestan estas necesidades de placer y afecto en los diferentes momentos de la vida de los y las adolescentes?, ¿qué riesgos se corren al tomar la decisión de tener relaciones sexuales genitales (especialmente sexo oral) y coitales?. El o la facilitadora tratará de anotar en un papelógrafo los principales elementos que surgen de la discusión.

Asimismo, el o la facilitadora realiza una síntesis de las ideas expuestas, dándole énfasis al placer afectivo y corporal, que nos enfrenta a tomar una decisión muy personal como es la escogencia de la pareja, el momento y las consecuencias de iniciar las relaciones sexuales genitales o coitales y la necesidad de protección a partir del concepto de sexualidad responsable o sexo seguro.

Posteriormente, partiendo de esos conceptos el o la facilitadora lanzará la pregunta al grupo ¿cuáles son los métodos que nos protegen del embarazo?, ¿cuáles son los métodos que nos protegen del contagio de VIH-SIDA u otras enfermedades de transmisión sexual? El o la facilitadora debe

asegurarse que el grupo discuta respecto de la abstinencia, los métodos de protección del embarazo y el condón como el único método que protege tanto del embarazo como de las ITS.

Para esta actividad se dispone de 15 minutos.

2. El o la facilitadora le entrega a cada miembro del grupo un condón y conversa con los y las participantes acerca de los siguientes aspectos:

- Lugares de acceso
 - Tipos de condón (material de confección)
 - Ventajas del condón en la protección según materiales
 - Cuidados del condón previo a su uso (no exposición a luz directa del sol, ni temperaturas mayores de 35 grados)
 - Lugares adecuados para guardarlos y portarlos
 - Condiciones para valorar el estado del condón (Fecha de vencimiento, fecha de manufacturado, empaque hermético con aire dentro)
- En este momento, el o la facilitadora solicita al grupo que vaya revisando estas condiciones con el condón que tienen en sus manos. Por ejemplo, se les pide que presionen suavemente el empaque del condón para que sientan la resistencia del aire contenido en un empaque hermético.

- Forma adecuada de abrirlo
- En este momento se les pide a los y las participantes que abran el empaque del condón, imitando al o la facilitadora quien mostrará la forma correcta de hacerlo.

- Características del condón
- Se les pide a las personas participantes que desplieguen el condón para que puedan ver todas sus características. Es importante que se explique el por qué de su textura, forma, tamaño, entre otros.

Para toda esta actividad se cuenta con 30 minutos.

3. Con los condones extendidos, se les pide a los y las participantes que lo observen cuidadosamente utilizando los sentidos de la vista, el tacto, el olfato y el gusto. Es importante explicar, al pedirles que prueben el condón con el sentido del gusto, que el sexo oral se constituye igualmente en una conducta de riesgo, por lo que en este tipo de práctica también debe utilizarse.

El o la facilitadora debe buscar que los y las participantes revisen de dónde proviene la sensación de asco que algunas personas sienten al tocar, oler o probar el condón, mediante la opinión de quienes sí se atrevieron a hacerlo.

Para esto se destina un tiempo de 10 minutos.

4. El o la facilitadora debe indicar que un condón, siempre y cuando haya sido conservado adecuadamente, no debe someterse a ningún tipo de prueba al usarse. No obstante, para demostrar la falsedad del mito de que los condones se revientan fácilmente, se piden un voluntario del grupo para que infle un condón.

Mientras esta persona infla el condón, el o la facilitadora debe comentar que el látex con el que está confeccionado el condón posee la característica de la flexibilidad y resistencia, lo que permite una mayor seguridad. Además esta actividad permite observar las dimensiones del condón y todo lo que este material, por lo que también se evidencia que es falsa la creencia de que a algunos varones el condón no les queda.

Esta actividad se desarrolla en 5 minutos.

5. El o la facilitadora invita al grupo a realizar un ejercicio de imaginación en el que cada uno tomará un minuto para pensar en qué utilidad se le podría dar al condón que no sea la de protección sexual. Se les pide que no comenten con nadie lo pensado hasta que el o la facilitadora le solicite a cada una de las personas participantes que comente su idea creativa. Si el grupo produce pocas ideas diferentes, el o la facilitadora puede aportar de su propia cosecha (por ejemplo, como cordón, liga de pelo, guante, gotero, entre otros). Lo anterior se desarrolla en un tiempo de 10 minutos.

6. Una vez que se ha realizado este ejercicio, el o la facilitadora explica que va a mostrar cómo se coloca el condón en el pene para hacer un uso adecuado y seguro de este. Para esto solicita un voluntario quien sostendrá un pepino o algún otro objeto que sirva como modelo del órgano genital masculino. Mientras tanto el o la facilitadora explica

el procedimiento para poner el condón. Debe enfatizar que este debe colocarse desde el principio de la relación sexual, por lo que no se debe haber ningún acercamiento entre los genitales sin el condón puesto.

7. Posteriormente, solicita que los y las participantes hagan parejas para que practiquen la forma correcta de poner el condón. Cada pareja deberá practicar frente al grupo de tal modo que se les pueda realimentar en aquellos aspectos positivos y negativos del procedimiento utilizado. En esta actividad se destina un tiempo de 25 minutos.

8. También se solicita un voluntario varón que en la medida de las posibilidades tenga manos pequeñas, no use anillos ni tenga uñas largas. Esta persona se sentará frente al grupo con los ojos vendados, se le pide que cierre los dedos de ambas manos juntando todas las yemas de los dedos y se le pone un preservativo en cada mano, de tal forma que actúen como guantes. Luego se le dan diferentes objetos para que toque y perciba las texturas, formas e inclusive temperaturas. Con cada uno de los objetos el o la facilitadora le hará preguntas al voluntario sobre las cualidades del objeto, pidiéndole que conteste solo lo que se le pregunta. Finalmente, se le pedirá que trate de adivinar cuál es el objeto manipulado. Este ejercicio se repite con 3 o 4 objetos.

Al final del ejercicio el o la facilitadora le pedirá al grupo que reflexione sobre lo que el ejercicio muestra, tratando de llevar al grupo a cuestionar el mito bastante difundido en la población, especialmente entre los varones, de que tener relaciones sexuales coitales con condón disminuye la sensibilidad y las sensaciones de placer.

Esta actividad dura aproximadamente 10 minutos.

7. Al finalizar, se abrirá un espacio de preguntas para que los y las adolescentes expresen sus dudas sobre la utilización del condón. También es necesario que se señale que a pesar de que el condón masculino está diseñado para colocarlo en el pene, tanto hombres como mujeres tienen derecho a portarlo y exigir su uso en todas las relaciones sexuales coitales.

Es importante que el o la facilitadora se asegure de que ha quedado clara la idea de que los únicos métodos de protección tanto del embarazo como de la transmisión de ITS-SIDA son la abstinencia y el condón.

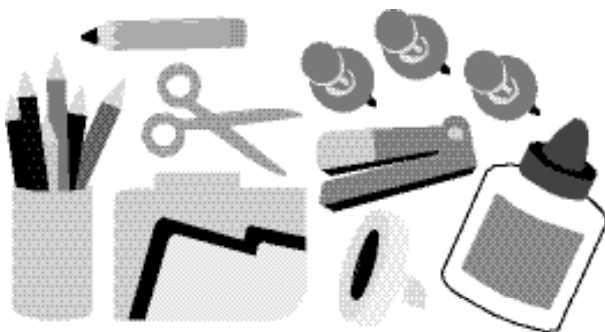
ACTIVIDAD 8

"Soy hombre, soy mujer ... y me protejo"

OBJETIVO:

Favorecer la revisión crítica del impacto de la condición de género en las prácticas genitales riesgosas.

MATERIALES:



Fichas con las situaciones, pliegos de papel periódico, marcadores de diversos colores, cinta engomada.



TIEMPO:

1 hora

DESCRIPCIÓN:

1. Se solicitan 8 voluntarios para realizar la actividad, de los cuales 4 deben ser varones y 4 mujeres. Una vez que se tiene a las personas voluntarias, se conforman parejas de hombre y mujer y a cada una se le da una ficha que contiene una de las siguientes situaciones:

- Ana y José son novios. Nunca han hablado sobre tener relaciones sexuales coitales, pero un día sintieron el deseo de tenerlas. Lo que más les preocupaba era protegerse de un embarazo o ITS, entonces José saca un condón...
- Ana y José son novios. Nunca han hablado sobre tener relaciones sexuales coitales, pero un día sintieron el deseo de tenerlas. Lo que más les preocupaba era protegerse de un embarazo o ITS, entonces Ana saca un condón...
- Elena y Pedro son novios. Empezaron a tener relaciones hace un mes y cada vez que lo van a hacer Elena le pide a Pedro que se ponga un condón...
- Elena y Pedro son novios. Empezaron a tener relaciones hace un mes y cada vez que lo van a hacer Pedro le pide a Elena que utilicen un condón...

En caso de que la mayoría de participantes no sepa leer ni escribir, se sugiere que el o la facilitadora explique a cada pareja la situación que deben dramatizar.

2. Se les pide que hagan una dramatización espontánea e improvisada en la cual se presente la situación asignada, así como el desenlace de la misma. Se les da un tiempo de 2 minutos para que cada pareja se ponga de acuerdo.

3. Además, se les solicita a las demás personas participantes que presten mucha atención a lo que va a presentar cada pareja.

4. Luego, conforme cada una de las situaciones se van presentando al resto del grupo, se discuten y analizan los elementos presentes en cada situación. Es importante que se indaguen las percepciones, creencias y sentimientos del grupo con respecto a lo representado por los hombres y las mujeres en situaciones similares, y que se busquen explicaciones sobre los comportamientos diferenciales por género. Para esto puede orientarse al grupo a reflexionar sobre lo que pasa en la realidad cuando un hombre o una mujer portan un condón, así como cuando solicitan a su pareja el uso del mismo.

5. El o la facilitadora debe profundizar en los mitos asociados al género en cuanto a las conductas de protección genitales, así como en las presiones internas y externas que tienen hombres y mujeres para no utilizar el condón.

FICHAS CON SITUACIONES

Ana y José son novios. Nunca han hablado sobre tener relaciones sexuales coitales, pero un día sintieron el deseo de tenerlas. A José lo que más le preocupaba era protegerse de un embarazo o ITS, entonces saca un condón y Ana...

Ana y José son novios. Nunca han hablado sobre tener relaciones sexuales coitales, pero un día sintieron el deseo de tenerlas. A Ana lo que más le preocupaba era protegerse de un embarazo o ITS, entonces saca un condón y José...

Elena y Pedro son novios. Empezaron a tener relaciones sexuales coitales hace un mes y cada vez que lo van a hacer Elena le pide a Pedro que se ponga un condón y él...

Elena y Pedro son novios. Empezaron a tener relaciones sexuales coitales hace un mes y cada vez que lo van a hacer Pedro le pide a Elena que utilicen un condón y ella...

ACTIVIDAD 9

"Lo que nos dicen"

OBJETIVO:

Identificar las fuentes de información científica y veraz relacionadas con la sexualidad y la salud sexual y reproductiva.

MATERIALES:



Fichas que indican las fuentes de información, preguntas, pliegos de papel periódico, marcadores de diversos colores, cinta engomada.



TIEMPO:

1 hora

DESCRIPCIÓN:

1. Se conforman 6 subgrupos y a cada uno se les entrega una ficha en la cual se indica un lugar que deben asumir: familia, grupo de pares, medios de comunicación social, escuela y colegio, iglesia y sector salud.

En caso de que la mayoría de participantes no sepa leer ni escribir, se sugiere que el o la facilitadora indique a cada subgrupo el espacio social que deben asumir.

2. Se les dice que cada uno de los grupos debe contestar desde el lugar que les correspondió, una serie de preguntas que harían los y las adolescentes, relacionadas con la sexualidad y la salud sexual y reproductiva. Estas preguntas serán hechas por el o la facilitadora, quien asumirá el papel de adolescente.

La forma en como el o la facilitadora actúe su papel, determinará la dinámica de la actividad, por lo que se recomienda que sea muy elocuente y activo.

3. Cada subgrupo se ubica en un espacio distinto, y el o la facilitadora se dirigirá a cada uno para hacer las preguntas correspondientes. El o la facilitadora deberá valorar la cantidad de preguntas que realice. Los miembros del subgrupo pueden discutir de manera colectiva la respuesta, antes de darla. Para esta actividad se destina un tiempo de 30 minutos.

4. Se debe indicar a las personas participantes que presten mucha atención a las respuestas que se dan desde los distintos lugares. Mientras el subgrupo responde, el o la facilitadora irá anotando en un papelógrafo un resumen de la respuesta que le dan.

5. Una vez que se han realizado todas las preguntas, se genera una plenaria en la cual se discute lo siguiente: el tipo de información que se da desde los distintos lugares, la forma en cómo se responde, las reacciones que tienen las personas desde los lugares que ocupan al responder las preguntas, la calidad de la información que se da, la transmisión de mitos e ideas erróneas, el impacto que tiene en los y las adolescentes el tipo de información que reciben, entre otros. El o la facilitadora debe tratar de demostrar cómo existen diversos elementos que se repiten en los distintos espacios, especialmente los relacionados con la moral y lo religioso.

Es necesario que el grupo realice un análisis de las fuentes de información que tienen, de manera tal que se puedan identificar aquellas que transmiten información veraz y clara. También el o la facilitadora debe aclarar toda aquella información que no haya quedado clara en el grupo o evidenciar los mitos que hayan surgido.

FICHAS CON ESPACIOS SOCIALES

FAMILIA

AMIGOS Y AMIGAS

**MEDIOS DE COMUNICACIÓN
SOCIAL**

ESCUELA Y COLEGIO

IGLESIA

**INSTITUCIÓN DE SALUD
(Hospital, Clínica, Ebais)**

PREGUNTAS:

1. ¿Qué es el sexo?
2. ¿Qué es el sexo oral?
3. ¿Qué es el sexo anal?
4. ¿Se deben tener relaciones sexuales coitales antes del matrimonio?
5. ¿Es malo o dañino masturbarse?
6. ¿Las mujeres se masturban?
7. ¿Qué es un sueño mojado?
8. ¿Las mujeres tienen sueños mojados?
9. ¿Qué es la virginidad?
10. ¿Qué es hacer el amor?
11. ¿Cómo se tienen relaciones sexuales coitales?
12. ¿Cuántas veces al día se deben tener relaciones sexuales coitales?
13. ¿Es malo tener relaciones sexuales coitales cuando la mujer está con la menstruación?
14. ¿Hay alguna forma de saber que una mujer es virgen?
15. ¿Cómo se excitan las mujeres?
16. ¿Cómo se excitan los hombres?
17. ¿Qué hace que un hombre se haga homosexual?
18. ¿Qué hace que una mujer se haga lesbiana?
19. ¿Cómo hacen el amor los homosexuales y las lesbianas?
20. ¿Es malo que los novios se acaricien los genitales?

ACTIVIDAD 10

"Por todo lado se dice"

OBJETIVO:

Generar una actitud crítica frente a los distintos discursos sociales que perpetúan mitos e ideas erróneas respecto a la sexualidad y la salud sexual y reproductiva.

MATERIALES:



Pliegos de papel periódico, marcadores de diversos colores, cinta engomada, témperas o pinturas de dedos, crayolas o lápices de color, revistas o periódicos, gomas, tijeras.



TIEMPO:

1 hora 30 minutos

DESCRIPCIÓN:

1. Para iniciar el o la facilitadora realiza una clara explicación sobre lo que es un mito y cómo se transmite socialmente. Para esto puede indagar en

las concepciones que los y las participantes tengan sobre los mitos y brindar ejemplos de diversos mitos sobre la sexualidad y la salud sexual y reproductiva. El o la facilitadora debe asegurarse que a todos los y las participantes les ha quedado suficientemente claro este concepto.

2. Luego se conforman 3 subgrupos y se les solicita que compartan en el grupo todos aquellos mitos sobre la sexualidad y la salud sexual y reproductiva que recuerden o que hayan escuchado. También pueden incluir ideas o mensajes que se dicen socialmente sobre la sexualidad, de las cuales tengan duda sobre su veracidad. Para esto se les dará un tiempo de 15 minutos.

3. Una vez que han cumplido con la tarea anterior, cada subgrupo debe preparar una presentación creativa (mural, dramatización, canción, refranes, chistes) de todos los mitos recopilados. Para preparar la presentación cuentan con 15 minutos.

4. Luego, cada subgrupo presenta al resto de participantes su producto, en un tiempo máximo de 5 minutos (15 minutos en total).

5. Seguidamente, se abrirá un espacio de análisis y reflexión que permita al grupo identificar los distintos mitos e ideas erróneas existentes en la sociedad sobre la sexualidad, sus mecanismos de transmisión y perpetuación, así como los discursos sociales de donde provienen. También se procurará analizar el impacto que tienen estos mitos en la vivencia de la sexualidad de los y las adolescentes.

6. El o la facilitadora debe realizar un cierre conceptual sobre los mitos existentes alrededor de la sexualidad que no fueron contemplados por el grupo, tomando en cuenta que estos pueden referirse a la genitalidad, las relaciones sexuales, las relaciones de pareja, al ser hombre y ser mujer, las orientaciones sexuales, la virginidad y castidad

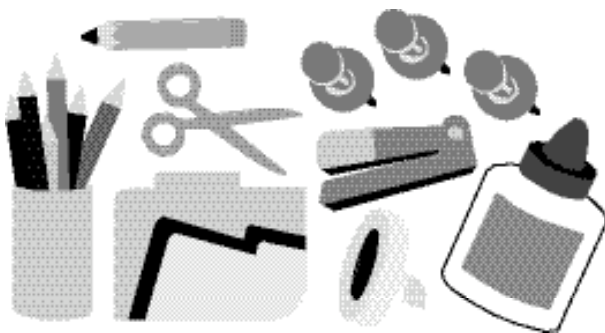
ACTIVIDAD 11

"El Baño de hombres y el Baño de mujeres"

OBJETIVO:

Desarrollar la capacidad para la toma de decisiones informada, responsable y autónoma con respecto a la sexualidad.

MATERIALES:



Cartel con las frases "Baño de hombres" y "Baño de mujeres", dos papelógrafos con pregunta en el centro, lápices, lapiceros, marcadores de distintos colores, cinta engomada.



TIEMPO:

1 hora 15 minutos

DESCRIPCIÓN:

1. Previo a la actividad, el o la facilitadora debe ubicar en espacios distintos un cartel que dice "Baño de hombres" y otro que indica "Baño de mujeres", así como un papelógrafo en cada uno que contiene una frase con una pregunta en el centro. Para el caso de los hombres la frase con pregunta es "Tengo muchas ganas de cogerme a Melisa ... ¿qué hago?" y para el caso de las mujeres es "Tengo muchas ganas de cogerme a Marco ... ¿qué hago?".

2. Luego se les dice a los y las participantes que uno por uno irá pasando a su respectivo baño, en el cual encontrarán un mensaje que una persona adolescente escribió en la puerta del baño. Se les debe incitar a escribir, a modo de graffiti, respuestas a la pregunta del o la adolescente, aclarando que todo lo que allí escriban es anónimo, tal como sucede en los baños públicos. Se les debe señalar que posteriormente se tendrá un espacio para leer lo que todos escribieron, por lo que al pasar a los baños deben solamente escribir y no quedarse leyendo lo que los otros han puesto, pues esto retrasaría mucho la actividad. Para esto se cuenta con 20 minutos.

3. Una vez que todas las personas participantes han pasado al baño, el o la facilitadora recogerá los papelógrafos y los ubicará en un lugar visible, para que todos(as) puedan pasar a leer lo que allí se escribió, para lo cual se da un tiempo de 10 minutos.

4. Después de este tiempo, se invita a los y las participantes a comentar cómo se sintieron escribiendo en el baño, qué pensaron respecto a la pregunta, qué elementos determinaron su respuesta, qué opinan sobre todo lo que escribieron los demás, hacia dónde están orientadas las respuestas, qué elementos del graffiti muestran

aquellas consideraciones que deben tomarse al enfrentarse a la decisión de tener o no tener una relación sexual coital, entre otros.

5. Luego de realizada esta primera actividad, se abre un espacio de plenaria en el que se debe analizar la forma en cómo los y las adolescentes toman decisiones con respecto a la sexualidad integral (no solamente referido a las relaciones sexuales coitales). Para esto el o la facilitadora puede orientarse por las siguientes preguntas:

? ¿cómo toman decisiones los y las adolescentes con respecto a su sexualidad?, ¿qué diferencias existen entre las decisiones que toman los hombres y las que toman las mujeres?

? ¿qué aspectos influyen en una persona adolescente al tomar una decisión?

? ¿a qué presiones nos vemos expuestos al tomar decisiones sobre la sexualidad?

? ¿qué se puede hacer para fortalecer la capacidad de tomar decisiones con respecto a la sexualidad?

Es importante que las respuestas que los y las miembros del grupo den a estas interrogantes sean ilustradas o referidas, por el o la facilitadora, a los elementos presentes en los graffitis (o en las conversaciones ficticias en el caso de los grupos analfabetas).

6. El o la facilitadora debe brindar los insumos teóricos con respecto a los pasos que llevarían a una toma de decisiones informada, responsable y autónoma.

NOTA:

A. En caso de que la mayoría de participantes no sepan leer ni escribir, el o la facilitadora debe conformar 2 subgrupos de mujeres y 2 subgrupos de varones. A cada subgrupo se le indica que debe representar una conversación de hombres o de mujeres en su respectivo baño que dará inicio con la expresión de la pregunta propuesta para la técnica con población alfabetizada. Es importante comprender que no es una dramatización, ya que se oye la conversación de quienes intervienen en la misma pero los demás miembros del grupo no los ven.

B. Luego de que cada subgrupo ha planeado su representación, la presentará al resto de los y las participantes. Para que no se vean quienes hacen la representación, se podría ubicar a todo el grupo viendo hacia un lugar y los personajes detrás, o que la conversación se desarrolle en un espacio cerrado, desde donde solo se oigan las voces.

C. Posteriormente, el o la facilitadora genera un espacio de reflexión en el cual se indaga qué pensaron los y las participantes sobre los diálogos escuchados, qué elementos determinaron la conversación, hacia dónde estaban orientadas las respuestas, qué elementos de las conversaciones ficticias muestran aquellas consideraciones que deben tomarse al enfrentarse a la decisión de tener o no tener una relación sexual coital, entre otros.

Luego se desarrollan de igual forma los puntos 5 y 6 de la actividad que se planteó para adolescentes alfabetizados.

FRASES CON LEYENDA DEL BAÑO

BAÑO DE HOMBRES

BAÑO DE MUJERES

PREGUNTA PARA EL BAÑO DE HOMBRES:

Tengo muchas ganas de cogerme a Melissa ... ¿qué hago?

PREGUNTA PARA EL BAÑO DE MUJERES:

Tengo muchas ganas de cogerme a Marco ... ¿qué hago?

ACTIVIDAD 12

"Aconsejándonos"

OBJETIVO:

Propiciar el desarrollo de conductas de autocuidado y mutuo cuidado en cuanto a la salud sexual y reproductiva (abstinencia, utilización del condón, prácticas sexuales seguras).

MATERIALES:



Historias, guía de trabajo, pliegos de papel periódico, marcadores de diversos colores, cinta engomada, tijeras, revistas o periódicos, pinturas de dedos o témperas, crayolas, goma.



TIEMPO:

1 hora 15 minutos

DESCRIPCIÓN:

1. Se conforman 3 subgrupos de trabajo y a cada uno se le entrega una historia de una pareja de adolescentes, que vive una de las siguientes situaciones: desean mantenerse en abstinencia, desean tener relaciones sexuales coitales, desean tener relaciones sexuales sin llegar a la penetración.
2. A cada uno de los subgrupos se les entrega una guía de trabajo, la cual se encuentra orientada a realizar sugerencias a la pareja y a cada uno por separado sobre cómo tener y fortalecer conductas de autocuidado y mutuo cuidado según la decisión respectiva. Se debe enfatizar que los personajes de las historias han tomado una decisión y que no se puede hacer nada para que cambien de opinión, por lo que las sugerencias que los subgrupos realicen deben respetar la decisión que cada pareja tomó. Para esto cuentan con 20 minutos.
3. Posteriormente, cada subgrupo debe presentar al resto de los y las participantes su trabajo de una manera creativa, a través de una dramatización, mural, cuento, canción, entre otras. Para la preparación de la creatividad se destina un tiempo de 15 minutos.
4. Luego de que se realizan las presentaciones de los productos grupales, se genera una plenaria en la cual se analizan las distintas conductas de autocuidado y mutuo cuidado que deben tener los y las adolescentes en cuanto a su salud sexual y reproductiva, así como los distintos elementos que obstaculizan o facilitan desarrollar estas conductas.
5. El o la facilitadora debe brindar los insumos teórico-conceptuales necesarios para comprender los distintos tipos de conductas y prácticas seguras en cuanto a la salud sexual y reproductiva, prestando especial relevancia a la abstinencia, las prácticas sexuales que no implican la penetración y el uso del condón.

NOTA:

A. En caso de que la mayoría de participantes no sepa leer ni escribir, el o la facilitadora conformará 3 subgrupos y les asignará una de las siguientes situaciones: una pareja de adolescentes que desean mantenerse en abstinencia, una pareja de adolescentes que desean tener relaciones sexuales coitales, una pareja de adolescentes que desean tener relaciones sexuales sin llegar a la penetración.

B. A cada subgrupo le pedirá que invente una historia sobre la pareja en cuestión, tratando de incorporar en la historia las cosas que cada miembro de la pareja hace para cuidarse a sí mismo(a) y las cosas que hacen en pareja para protegerse según la decisión respectiva (20 minutos).

Luego se desarrollan de igual forma los puntos 3, 4, y 5 de la actividad que se planteó para adolescentes alfabetizados

HISTORIAS

GRUPO 1.

Rolando y Mariana son dos jóvenes de 16 años y tienen ya casi un año de jalar. Se llevan bien y se sienten muy enamorados, les encanta pasar todo el tiempo juntos y conforme ha ido pasando el tiempo, sus cuerpos han experimentado una mayor necesidad de entrar en contacto y acariciarse mucho. Hace una semana aproximadamente, estando solos en la casa de Rolando, se calentaron mucho y se quitaron casi toda su ropa. La verdad es que aunque los dos estaban muy excitados, estaban más asustados que otra cosa. El asunto es que no hicieron nada y hablando seriamente se prometieron mantenerse en la abstinencia hasta que, si el destino así lo tenía dispuesto, se casaran. En el fondo los dos desean cumplir su promesa pero los dos sienten un fuerte temor interno de que lo sucedido la otra tarde se vuelva a repetir y no puedan detenerse.

Si Rolando y Mariana fueran nuestros amigos:

¿Qué podría hacer cada uno para mantenerse firme en su decisión personal?

¿Cómo podrían apoyarse mutuamente para mantenerse firme en su decisión?

¿Qué estrategias podrían ayudarles a seguir disfrutando de su relación sin exponerse a la ruptura de su promesa?

GRUPO 2.

Antonio tiene 15 años y Lucía aún no los cumple. Iniciaron una relación de noviazgo hace tres meses en una fiesta de compas del barrio y la verdad es que se gustan mucho y los dos han hablado suficiente acerca de que ambos desean tener relaciones sexuales, creen que están listos y consideran que son las personas indicadas para tener una experiencia nueva. Sin embargo los dos tienen mucho miedo por todo ese rollo de las enfermedades venéreas y por supuesto del sida. En realidad no quieren perderse la oportunidad de compartir algo más que besos y caricias por encima de la ropa. Los dos han decidido preguntar a amigos y amigas más experimentados y experimentadas qué opciones tienen para tener una experiencia sexual sin el riesgo que implica la penetración.

Si Antonio y Lucía fueran nuestros amigos:

- ¿Qué podría hacer cada uno para tener acceso a lo que desean sin que se pongan en riesgo?
- ¿Cómo podrían apoyarse mutuamente para tener acceso a lo que desean sin que se pongan en riesgo?
- ¿Qué estrategias podrían permitirles disfrutar de una experiencia sexual que no implique penetración?

GRUPO 3.

Andrea y Mario son amigos desde que eran chicos, son vecinos desde que nacieron y han sido novios en algunos momentos de sus vidas: cuando estaban en sexto grado y cuando tenían 15 años. Ahora solo son buenos amigos pero después de una de esas conversaciones profundas que se acostumbran tener en la barra los sábados en la noche en el murito de Doña Tere, los dos han pensado que sería lindo compartir una relación sexual coital, aunque no sean novios, piensan que la verdad es que hasta sería más interesante y diferente de lo que sucede con todo el mundo. Los dos han dicho que en vista de que es una decisión importante y seria, lo pensarían mucho esta semana y buscarían la información necesaria para tomar la decisión final tener una experiencia linda y sin riesgos innecesarios.

Si Andrea y Mario fueran nuestros amigos:

- ¿Qué cosas debe tomar en cuenta cada uno para tener acceso a lo que desean sin que se pongan en riesgo?
- ¿Cómo podrían apoyarse mutuamente para tener acceso a lo que desean sin que se pongan en riesgo?
- ¿Qué estrategias podrían permitirles disfrutar plenamente de su experiencia?

ACTIVIDAD 13

"El Rally de los Derechos Sexuales y Reproductivos"

OBJETIVO:

Promover el conocimiento y la apropiación de los derechos para la población adolescente relacionados con la sexualidad y la salud sexual y reproductiva.

MATERIALES:



4 juegos completos de tarjetas con tareas y con partes del texto del derecho (cada juego está compuesto por 6 fichas con tareas y 6 tarjetas con parte del derecho o derechos correspondientes para cada subgrupo), papel periódico, marcadores de punta gruesa, pinturas de dedo o témperas, revistas y periódicos, goma, tijeras, cinta engomada.



TIEMPO:

1 hora 30 minutos

DESCRIPCIÓN:

1. Se formarán 4 subgrupos de trabajo en forma aleatoria según colores y formas de papeles que tienen pegados debajo de sus sillas (**NOTA:** antes de iniciar esta actividad, el o la facilitadora deberá haber pegado debajo de las sillas, y sin que se den cuenta los y las participantes, los papelitos de diversas formas y colores en forma aleatoria. En caso de que no existan sillas pueden entregar los papelitos conforme vayan llegando los y las participantes pidiéndoles que no los cambien ni los pierdan).

2. Una vez formados los grupos se les pedirán que se pongan un nombre como grupo, que tenga alguna relación con el tema que nos convoca: la sexualidad y la salud sexual y reproductiva. Para esto contarán con 5 minutos.

3. Luego, el o la facilitadora da las siguientes instrucciones de la actividad: "Vamos a realizar el *Rally de los derechos sexuales y reproductivos de los y las adolescentes*. Cada grupo deberá ir completando una serie de tareas con las cuales tendrán acceso a diferentes tarjetas que juntas forman uno o varios derechos que tienen los y las adolescentes en materia de salud sexual y reproductiva. Con cada tarea resuelta tienen derecho a otra tarjeta que contiene una parte del texto de uno de los derechos. Si no resuelven la tarea no tienen derecho a la tarjeta con el fragmento del derecho ni a la asignación de otra tarea".

Al iniciar el rally, el o la facilitadora debe entregar a cada subgrupo la ficha que indica la primer tarea que deben cumplir. Una vez que hayan resuelto la tarea, cada grupo debe acercarse al o la facilitadora para que revise si han completado la misma y para entregarles la próxima tarea así como la ficha con una parte del derecho. Se recomienda que el o la

facilitadora prepare sobres que contengan tanto la tarea como la tarjeta con la parte del derecho, o bien, que detrás de la tarea se pegue el fragmento del derecho.

Nota: si el o la facilitadora desea inventar otro tipo de tareas que se ajusten de mejor forma al entorno en el que se desarrolla la actividad, puede hacerlo.

Para la realización del rally se cuenta con 15 minutos.

4. Una vez que el grupo ha resuelto todas las tareas y tiene todas las tarjetas, tratarán de juntar las tarjetas de tal modo que formen el texto completo del derecho o derechos que les correspondió analizar. Esta actividad cuenta con un tiempo de 5 minutos.

5. Cuando tengan claro el o los derechos correspondientes, a cada subgrupo se le entrega una guía de discusión, para que analicen en primera instancia lo que entienden por ese(os) derecho(s). Luego podrán discutir qué consecuencias tienen estos derechos para sus vidas y cómo pueden hacer efectivo el (los) mismo(s). Para esta discusión se les brinda un tiempo de 15 minutos.

6. Una vez que hayan analizado el o los derechos desde las dimensiones planteadas, cada subgrupo buscará una forma creativa (canción, dramatización, poema, coreografía, mural, collage, caricatura, entre otras) para presentar al resto del grupo sus conclusiones. Para lo anterior se dispondrá de 15 minutos.

7. Cada grupo presentará su creatividad y se abrirá un espacio para la lectura del derecho, discusión y enriquecimiento de la producción, posterior a la presentación de cada subgrupo. Es importante que el o la facilitadora se asegure que todos los derechos han sido comprendidos por los y las participantes; asimismo deberá procurar que se aborden los mecanismos de exigibilidad de estos derechos.

NOTA:

A. En caso de que la mayoría de participantes no sepa leer ni escribir, se sugiere que se incluya la siguiente variante en el Rally: el o la facilitadora debe leer a cada subgrupo las tareas que deben realizar, y por cada tarea cumplida entregarle una ficha de color.

B. Una vez que los subgrupos hayan obtenido seis fichas, se deben acercar al o la facilitadora para que les indique el derecho que les corresponde.

C. Posteriormente deben discutir, al interior del grupo, lo que entienden por los derechos asignados, las consecuencias que tienen estos derechos para sus vidas y cómo pueden hacerlos efectivos (15 minutos).

Luego se desarrollan de igual forma los puntos 6 y 7 de la actividad que se planteó para adolescentes alfabetizados.

TARJETAS CON TAREAS

1. DEBEN TRAER CINCO PALETAS DE HELADO, O CINCO EMPAQUES DE COMIDA, O CINCO TAPAS DE BOTELLA

2. DEBEN TRAER SEIS PARES DE Z A PATOS DE DIFERENTES COLORES (QUE NO SEAN PUESTOS)

3. DEBEN TRAER DOS CONFITES, UNA FOTO Y UNA PINTURA DE UÑAS O EN SU LUGAR UNA GASILLA, UN PAQUETE DE GALLETAS Y DOS PEINES

4. TODO EL GRUPO DEBE IMITAR LOS SONIDOS DE UNA SELVA (NINGUN MIEMBRO PUEDE REPETIR SONIDO)

5. TODO EL GRUPO DEBE CANTAR UNA CANCIÓN DE MODA

6. DEBEN INVENTAR UN SUPERHEROE ADOLESCENTE, PONERLE NOMBRE Y DIBUJARLO

TARJETAS CON FRAGMENTOS DE TEXTO SOBRE LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS

GRUPO 1

1. LOS Y LAS ADOLESCENTES TIENEN DERECHO A RECIBIR, EN EL MOMENTO...

...QUE LO NECESITEN O DESEEN, INFORMACIÓN Y ...

...EDUCACIÓN SOBRE SEXUALIDAD QUE SEA AMPLIA, CLARA Y VERÍDICA.

2. LOS Y LAS ADOLESCENTES TIENEN DERECHO A VIVIR UNA SEXUALIDAD...

...INTEGRAL, PLACENTERA, SALUDABLE Y ENRIQUECEDORA, SIN VIOLENCIA, SIN ABUSO...

...O ACOSO Y SIN LA PREOCUPACIÓN POR LA REPRODUCCIÓN Y LAS ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL.

GRUPO 2

LOS Y LAS ADOLESCENTES...

...TIENEN DERECHO A RECIBIR UNA ATENCIÓN Y...

...PROTECCIÓN DE LA SALUD DE LA MÁS ALTA CALIDAD, QUE INCLUYA...

...SERVICIOS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA...

...ADECUADOS A SU EDAD (ESTO INCLUYE...

...LA ATENCIÓN DEL EMBARAZO Y DEL PARTO).

GRUPO 3

LOS Y LAS ADOLESCENTES TIENEN...

...DERECHO A DISFRUTAR DE LA MATERNIDAD Y LA PATERNIDAD...

...POR ELECCIÓN Y NO POR OBLIGACIÓN, POR LO QUE...

...TIENEN DERECHO A RECIBIR ASESORÍA...

...SOBRE ANTICONCEPCIÓN Y A TENER ACCESO A LOS MÉTODOS MÁS ADECUADOS
PARA TAL PROPÓSITO...

...SI ASÍ LO HAN DECIDIDO.

GRUPO 4

LOS Y LAS ADOLESCENTES TIENEN DERECHO....

...A NO SER DISCRIMINADOS POR MOTIVOS DE SEXO O DE EDAD, AL TOMAR...

...DECISIONES REFERENTES A SU SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA, A QUE LES
GUARDEN...

...SECRETO SOBRE ASUNTOS DE ATENCIÓN DE LA SALUD SEXUAL
Y REPRODUCTIVA Y A...

...PARTICIPAR CON IGUALDAD DE...

...RESPONSABILIDADES EN LA CRIANZA DE LOS HIJOS.

GUÍA DE DISCUSIÓN

Guía de discusión:

1. ¿Qué significa ese(os) derecho(s)?
2. ¿Qué consecuencias tienen estos derechos para sus vidas?
3. ¿Qué pueden hacer para que se cumpla ese(os) derecho(s)?

PREVENCIÓN DEL VIH/SIDA

Actividad 14¹³ Estudio de Caso: La Historia de Rodrigo

Con esta técnica se pueden filtrar diferentes informaciones sobre SIDA y al mismo tiempo, reflexionar sobre los valores y los prejuicios que todavía existen con relación a los portadores del virus.

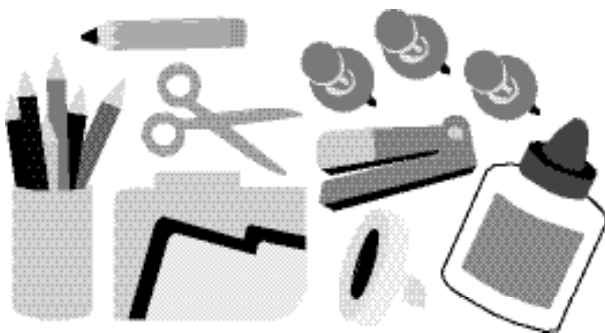
OBJETIVO:

Informar correctamente sobre lo que es el SIDA, formas de transmisión, de prevención y medicamentos antirretrovirales.

Informar sobre dónde hacerse el examen anti VIH y cómo es hecho este tipo de atención.

Sensibilizar en cuanto a la solidaridad entre las personas.

MATERIALES:



Guión La historia de Rodrigo para el estudio de caso con el grupo de voluntarios



TIEMPO:

120 minutos

CONSEJOS/NOTAS PARA LA PLANIFICACIÓN:

Ésta actividad requiere un contrato previo con el grupo a fin de que se garantice el respeto a los jóvenes que estarán haciendo los papeles femeninos. También es una buena oportunidad discutir el prejuicio y lo que está por detrás de las satisfacciones.

Hay falsas ideas que lleva a hombres y mujeres heterosexuales a creer que están libres de la posibilidad de contagio.

Mostrar datos estadísticos que desmienten esta idea; Expresar que, a pesar del SIDA estar constantemente siendo discutido por los medios, inclusive con relatos de experiencias de personas conviviendo con el virus hace más de una década, todavía es bastante fuerte el prejuicio con relación a las personas contaminadas. Exponer cuales son los prejuicios y por qué todavía son tan fuertes en nuestra sociedad;

¹³ Las actividades que van de la 14 a la 21 fueron tomadas de: Promundo (2002) "Previniendo el VIH/SDA: Serie Trabajando con Hombres", PAPAI, Proyecto H, Promundo, Brasil.

Recordar que el prejuicio también está relacionado a la idea de que tiene SIDA quien es promiscuo, homosexual o drogadicto.

Todos esos calificativos son componentes de la discriminación.

Es indispensable traer informaciones actualizadas sobre las vías de transmisión del VIH, el historial de la enfermedad, la distinción entre portador del virus y el enfermo de SIDA y los tratamientos que existen.(ver capítulo quinto)

Un punto básico en este trabajo es despertar la solidaridad para con las personas portadoras del virus del SIDA. Discutir con los jóvenes la discriminación social y el prejuicio de que son víctimas los portadores del VIH y los enfermos del SIDA

Enfatizar que la idea que el SIDA es una enfermedad, relacionada a un comportamiento desviado o a un castigo, es parte de un prejuicio.

PROCEDIMIENTO...

1-Con por lo menos, una semana de antelación, entre en contacto con el grupo e informe que necesita de ocho voluntarios para participar en una técnica de trabajo.

2-Cuando los voluntarios se presenten, infórmeles la propuesta y que preparen una pequeña pieza de teatro llamada "La historia de Rodrigo" que posteriormente deberá ser presentada a los demás miembros del grupo. Solicite que guarden secreto en cuanto a la trama para que no pierda el impacto.

3-El día del estreno anúnciela y diga que va a ser presentada la pieza La historia de Rodrigo y soliciten que todos presten atención a la trama de la pieza.

4-Después de presentada la pieza, explique que esta será presentada repetitivamente hasta que el grupo como un todo le encuentre un final satisfactorio. Informe que para llegar a este final será preciso alterar la trama de alguno de los personajes. Así cuando alguien del grupo entienda que debe

entrar en lugar de alguno de los personajes debe decir "congelada la escena, entro en el lugar de..." y se retoma la historia de donde paró. Por ejemplo: si alguien encuentra que el profesional de la salud está mal informado, debe entrar en su lugar para dar la información correcta. La pieza será repetida hasta que el grupo se dé por satisfecho.

Puntos para el debate

Qué sintieron cuándo la pieza fue presentada por primera vez?

¿Qué pensaron de las modificaciones que fueron hechas?

¿Qué es VIH y SIDA?

¿Cómo una persona puede contaminarse con el virus del SIDA?

¿Cómo prevenirse?

¿Las personas acostumbran a hacer un teste para saber si son portadoras del virus del SIDA? ¿Por qué?

¿Cómo ustedes piensan que son atendidas las personas en los servicios de salud que hacen este examen?

¿Cómo ustedes piensan que debería ser esta atención?

¿Qué sucede en un servicio de salud cuando se sospecha que una persona está infectada con el virus del SIDA?

¿Qué fantasías se tienen mientras se espera el resultado del examen anti VIH?

¿Conocen los lugares donde se hace este examen en su ciudad?

¿Ya existe alguna medicación para tratar a las personas a las personas seropositivas?

¿Las personas acostumbran a ser solidarias con los seropositivos/as?

Hoja de Apoyo - La Historia de Rodrigo

Narrador: Rodrigo es un muchacho de 18 años, que estudia de noche y de día trabaja como mensajero en una oficina de contabilidad. Un compañero de trabajo sufrió un accidente y necesitaba una donación de sangre. Rodrigo fue hasta el servicio de salud, hizo la donación de sangre y días después fue llamado a comparecer nuevamente para conversar con un profesional de la salud.

Profesional de la salud: ¿Rodrigo, usted ha sentido alguna cosa diferente, en su estado de salud?

Rodrigo: No, pienso que estoy normal.

Profesional de la salud: (el profesional de la salud toma la hoja y lo mira demoradamente). Rodrigo, su examen de sangre dio seropositivo.

Rodrigo: ¿Qué?

Profesional de la salud: Usted puede estar con SIDA.

Rodrigo: ¡¿Qué es eso?! No entiendo.....

Profesional de la salud: Es que ...Bien...

En su examen de sangre fue encontrado el virus del SIDA, pero vamos a hacerle uno nuevo para ver si es eso mismo. En todo caso voy a encaminarlo a la psicóloga y ella va a conversar claro con usted sobre el caso. La sala de ella es allí mismo.

Narrador: Después que oyó eso, Rodrigo no escuchó más nada. Salió corriendo del servicio de salud y ni quiso saber de hablar con la tal psicóloga y mucho menos de hacer otro examen. Se quedó andando por la calle sin rumbo. Mal conseguía aguantar el llanto, hasta que encontró a André, su mejor amigo.

André: ¿Rodrigo, qué estás haciendo por aquí? Estás con una cara...

Rodrigo: Pasó una cosa horrible. Estoy muy mal...No sé lo que hacer.

André: ¡Oh mi amigo! Vamos hasta aquel bar a tomar un refresco y me dices lo que te está pasando. Los amigos son para eso.

En el bar.

Rodrigo: Yo ni sé como decirte...Doné sangre el otro día y hoy fui llamado al servicio de salud y me dijeron que puedo estar con SIDA.

André: (pone cara de asustado y demora para hablar. ¿Pero tú estás seguro de eso?

Rodrigo: El tipo me dijo que me hiciera otro examen para estar seguro, pero yo salí corriendo de allá.

André: ¿Pe...Pe...Pero, cómo es que eso sucedió? ¿Qué estuviste haciendo?

Rodrigo: No sé yo estaba en la calle pensando dónde fue que cogí esa maldita enfermedad. Yo no soy homosexual, no uso drogas. ¿Por qué pasó eso justamente conmigo?

Narrador: Los dos conversan un poco y cada uno toma rumbo diferente. A la noche André se encuentra con el grupo.

Helena: ¡Hola André! ¿Todo bien? ¿Cuáles son las nuevas?

André: Caballeros, ustedes no saben la mayor. Acabo de encontrarme a Rodrigo y me dijo que está con SIDA

Angela: ¿Qué? ¿Nunca supe que él usaba drogasCómo es que puede?

Alexandre: Vaya a ver dónde anduvo dando el c....O si no puede haber "estado " con una puta.

Luciana: (con los ojos rojos, a punto de llorar) Yo estuve con él en la fiesta de Adriana Helena: ¿Ustedes se besaron?

Luciana: ¡Claro! ¡Ay Dios mío! ¿Estaré contaminada?

Alexandre: Creo que sería bueno buscar un Profesional de la salud, ¿no es cierto?

¿Pero como es que alguien puede estar con un tipo como ése? Yo siempre lo encontré medio raro.....

André: ¡Se fastidió! Ahí viene él.

Rodrigo: ¡Ey!

Todos: ¡Ey!

Helena: Tengo que irme a ayudar a mi madre.

Angela: Me esperas que yo también me voy.

André: También voy ahí.

Alexandre: Me fui.

Luciana: (mira fijamente para Rodrigo).

¿Cómo pudiste hacerme esto?

Apuesto que ya sabías y así mismo te quedaste conmigo....

Todos salen y dejan a Rodrigo solo.

ACTIVIDAD 15

Estoy Vulnerable Cuando...

Con esta actividad se busca llevar al joven a reflexionar y a reconocer situaciones de vulnerabilidad con relación al SIDA desde el punto de vista individual así como programático y social.

OBJETIVO

Instar a la reflexión sobre las situaciones que dejan a los hombres jóvenes más o menos vulnerables a contraer una enfermedad sexualmente transmisible o el virus del SIDA.

MATERIALES:



Tiras de papel y lápiz.



DURACIÓN:

60 minutos

PROCEDIMIENTO

1. Pida que los participantes se pongan de pie y que formen un círculo donde uno se quede de espaldas al el otro. Solicite que se coloquen lo más recostados posible uno del otro.
2. Esclarezca que se trata de un ejercicio que para que salga bien, necesita ese contacto tan próximo.
3. Explique que, al oír la palabra ya, todos deben sentarse (nota: como todos están bien juntos, cada uno se quedará sentado en el regazo del otro sin problemas)
4. Pida que vuelvan para sus lugares y pregunten como se sintieron haciendo este juego y si perciben alguna relación entre la prevención de las enfermedades de transmisión sexual ITS/SIDA.
5. Escriba en la pizarra las relaciones que fueron apuntadas destacando posteriormente las observaciones que se relacionan al riesgo.
6. Explique que este ejercicio fue para llamar la atención sobre las varias situaciones en que las personas se exponen a situaciones de riesgo, cuando se trata de la contaminación por una enfermedad sexualmente transmisible.
7. Solicite, entonces que los participantes formen 4 o 5 grupos y que hagan una lista de todas las situaciones que dejan a las personas expuestas a la contaminación con el virus del SIDA, incluyendo las situaciones del cotidiano, las concernientes a las relaciones, al uso del alcohol, y otras sustancias, la falta de información, la falta de acceso a los servicios de salud etc. Cada una de esas situaciones deberá ser escrita en una tira de papel.

8-Hecha la lista, proponga, que peguen las tiras de papel en la pizarra.

9-Lea las frases y comente que en los últimos tiempos, ha sido utilizado un concepto para entender mejor el porqué las personas se contaminaron. Este concepto sobrepasa la idea de que si previene o no, tenga que ver solamente con las características o comportamientos individuales.

10-A partir del texto "Vulnerabilidad" explique sus tres puntos cardinales: la vulnerabilidad individual, la vulnerabilidad programática y la vulnerabilidad social.

11-Divida el cuadro en tres columnas y escriba en la primera columna **Vulnerabilidad Individual**, en la segunda, **Vulnerabilidad Programática** y en la tercera, **Vulnerabilidad Social**.

12-Pida que juntos, recoloquen las tiras con las situaciones de riesgo abajo del tipo de vulnerabilidad explicada y que traten de recordar de otras que no fueron apuntadas en la primera parte del ejercicio. Complete el cuadro.

13-Discutir cuales son los factores culturales relacionados a la construcción de la masculinidad y la feminidad que dificultan a los hombres y las mujeres cuidarse y evitar situaciones de vulnerabilidad.

14-Enfatizar en que muchas veces los hombres jóvenes se colocan en situación de vulnerabilidad, como por ejemplo, utilizando drogas o envolviéndose en violencia, incluso sabiendo que corren riesgos. Esto sucede por la idea equivocada de que "hombre que es hombre debe correr riesgos"
"¿Vulnerable yo?"

Puntos para el debate

¿Ustedes creen que los jóvenes sean un grupo vulnerable con relación al SIDA?

¿Por qué?

¿En qué situaciones ustedes perciben esta vulnerabilidad?

¿En una relación, que lleva a las personas vulnerables a contraer esta enfermedad?

¿Qué aspectos de nuestra cultura dejan a los hombres más vulnerables? ¿Y a las mujeres?

¿En su comunidad, existen servicios de salud específicos para hombres jóvenes?

¿Cuáles?

¿Existen programas educativos que abordan el tema del SIDA y de las drogas? ¿Cuáles?

Texto de Apoyo

Vulnerabilidad es un término tomado prestado de la Abogacía Internacional por los Derechos Humanos que "designa grupos o individuos fragilizados, jurídica o políticamente, en la promoción, protección o garantía de sus derechos de ciudadanía"^{14,7}. En el caso de pacientes y hombres jóvenes, podemos percibir esta vulnerabilidad a partir, primeramente, de las propias características de la edad. Por ejemplo: la sensación de omnipotencia.

la necesidad de buscar lo nuevo y transgredir.
la dificultad de lidiar con las selecciones y el conflicto entre la razón y el sentimiento; la urgencia en resolver los problemas y los deseos y la gran dificultad de esperar;
la susceptibilidad a presiones del grupo y de la moda.

la dependencia económica de los padres.
el miedo a exponerse

Si miramos desde un punto de vista más amplio, vamos a percibir aspectos en nuestra sociedad que también funcionan como una barrera a la prevención y al auto-cuidado:

No todos los jóvenes tienen acceso a la información y a los servicios de salud específicos;

La distribución de preservativos y otros métodos es insuficiente;

El número de programas de prevención y de atención a adolescentes y hombres jóvenes víctimas de violencia es muy pequeño.

¹⁴, Ayres, J. E al "Vulnerabilidad del adolescente al VIH / SIDA in Seminario Gravidéz na adolescencia. Río de Janeiro. Asociación Salud de la Familia, 1998

Finalmente un último indicador para detectarse mayor o menor vulnerabilidad, habla respecto a la existencia o no de programas y acciones enfocados hacia las necesidades de estos jóvenes. Cuanto mayor sea el grado y la calidad del compromiso del Estado, de los recursos disponibles para programas en el área de la sexualidad y de la salud reproductiva, mayores serán las posibilidades de fortalecerlos en la búsqueda de una vida afectiva y sexual más saludable y responsable

O en las propias palabras de un grupo de adolescentes:

Soy adolescente. Soy vulnerable cuando...¹⁵

...pienso que nada va a sucederme.
...no tengo a nadie confiable para ayudarme cuando necesito.
...hago cualquier cosa para gustarle a él o a ella.
...para tener sexo hago cualquier cosa.
...tengo miedo de mostrar lo que siento.
...no consigo pensar por cuenta propia.
...no sé como cuidar de mi salud sexual.
...uso una droga que me hace perder la cabeza.
...no sé defenderme de situaciones violentas.
...no me responsabilizo por mi vida sexual.
...no respeto la diversidad humana.

¹⁵ Proyecto Trance esa Rede Álbum Seriado Adolescencia y Vulnerabilidad . San Pablo: GTPOS, 1998.

Actividad 16

El Placer de Vivir

Esta técnica ofrece la posibilidad de reflexionar con las Personas jóvenes las múltiples posibilidades de ejercer su sexualidad de Manera creativa y placentera, sin riesgos de contagio con una ITS o el VIH /SIDA.

OBJETIVOS

Reflexionar sobre las diversas maneras de vivir la sexualidad de forma placentera y sin riesgos de contagio de EST o el VIH /SIDA, y de embarazos no deseados.

Reconocer y descubrir diversas posibilidades eróticas y placenteras de prácticas sexuales seguras y /o protegidas.

MATERIALES:



Pedazos grandes de papel, Etiquetas auto-adhesivas, Cinta adhesiva, Tempera de varios colores, Preservativos masculinos, Preservativos femeninos, Dedales, Rollo de papel platinado (usado para envolver alimentos), Guantes, Bolsas plásticas.



DURACIÓN:

2 horas y media

PROCEDIMIENTO

Primera parte

1. Sentados en círculo y en silencio cada participante escribirá en un papel una fantasía sexual muy sexual y erótica.

2. Dependiendo del tamaño del grupo se forman equipos de 3 ó 4 personas y se intercambia la fantasía que cada uno escribió analizándola con la siguiente guía de preguntas:

- a) ¿Hay contacto directo entre los fluidos líquidos de las personas que están en la fantasía?
- b) ¿Podemos contagiarnos o ser contagiados por alguna ITS o VIH /SIDA a través de besos?

3. Cada equipo selecciona el relato más erótico y sensual que represente una práctica sexual segura (utilizando algunos de los diferentes accesorios conocidos) que los prevenga de contraer ITS o VIH /SIDA y enseguida lo coloca para que todo el grupo pueda leerlo. En caso de que ningún accesorio haya sido mencionado, es importante que el facilitador/a mencione esto y abra la discusión.

- a) ¿Qué llama más la atención en las fantasías?
- b) ¿El uso de algún accesorio disminuye el placer?
- c) ¿Qué piensan ustedes?
- d) ¿Qué diferencias y coincidencias son observadas entre los relatos de los equipos?

Segunda parte

1. Se colocan en el centro del grupo todos los accesorios de protección (preservativos masculinos y femeninos, guantes, etc.) que son accesibles en la zona y se hace la demostración sobre el uso correcto de cada uno de ellos.

Al terminar se abre una nueva discusión con las siguientes preguntas:

- a) ¿Qué podemos hacer para erotizar (hacer más placentero) el uso de los diferentes accesorios?
- b) ¿Por qué los varios medios de comunicación no presentan prácticas protegidas/seguras?
- c) ¿Una sexualidad responsable y cuidadosa disminuye nuestras posibilidades de placer?

Puntos para el debate

- ¿Cómo cuidan de sí mismos/as y de las otras personas en el uso y ejercicio de su sexualidad?
- ¿Cuáles son los principales problemas de salud que los hombres y las mujeres pueden enfrentar al ejercer su sexualidad?
- ¿Qué riesgos enfrentan?
- ¿Qué podemos hacer para vivir una sexualidad libre, que dé placer y sea responsable y sin riesgos para los involucrados, sin violencia y sin coerción?

Puntos a reforzar:

- ¿Qué cuidados sobre la sexualidad son los más recomendados a los adolescentes en su comunidad?
- ¿Cuáles son las prácticas de auto-cuidado más difundidas más recomendadas y más frecuentes en su comunidad?

Dar atención especial al mejor de los casos, y señalar no tener relaciones sexuales cuando se consume alcohol u otro tipo de droga.

Resaltar la influencia de la socialización masculina (temor, competencia, fuerza, etc.) y femenina (dependencia, sumisión, prohibición de querer usar protección por ser consideradas como mujeres “de la calle”) y los problemas que esta socialización trae.

Es muy importante aprender a conocerse a sí mismo e identificar las zonas del cuerpo que nos dan placer, el ejercicio de la sexualidad es una experiencia que tiene que ver con algo más que el pene, la vagina y la penetración. Esto nos implica de una manera profunda, integral y personal y es necesario indagar en nuevas formas de relacionarnos comprometiendo todos nuestros

sentidos y abriéndonos al conocimiento de nuevas posibilidades de riesgo de enfermedades, contagios, o embarazos no deseados. Las formas en que muchos jóvenes hasta hoy en día ejercen su sexualidad los colocan en situaciones de riesgo para su salud y la de los otros(as).

“Teniendo sexo seguro, me siento más seguro y disfruto más “

Recomendaciones

Seguir las instrucciones de manera cuidadosa para no inducir las respuestas. Es una técnica muy sensible, adaptable y muy fácil de replicar en cualquier contexto socio-cultural y para cualquier grupo de personas. Ésta técnica no puede ser usada de forma aislada y sin haber formado un ambiente grupal de confianza y respeto entre sus integrantes.

Estadísticas

Tenga a mano estadísticas nacionales o locales en que se resalten los datos de personas infectadas por VIH /SIDA y las edades más frecuentes en que suceden los contagios.

No todos los jóvenes son iguales:

Es necesario reconocer, todavía más tratándose de un grupo de jóvenes, las diferencias de edad. Recordar que no es lo mismo un joven de 14 años que uno de 19. Hay jóvenes más inhibidos que otros, otros son más abiertos, etc.

Si en el grupo participan jóvenes de edades variadas se recomienda trabajar en grupos pequeños, agrupándolos por edades.

Glosario de términos:

Misoginia: Odio a las mujeres.

Falocéntrico: Centrado en el pene o falo.

Sexistas: Actitud discriminatoria hacia alguno de los dos sexos.

Actividad 17

Firmas...

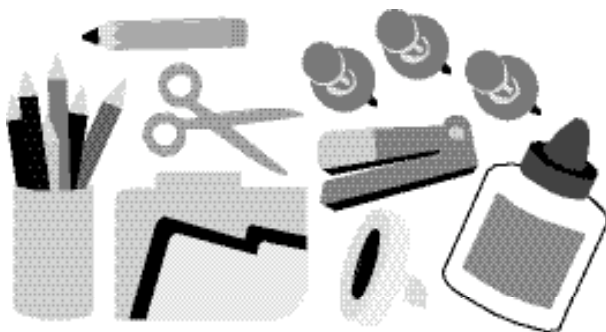
Esta técnica muestra como el SIDA y las demás ITS se pueden propagar, y la forma rápida como esto ocurre. También muestra como las presiones de los amigos pueden influenciar nuestro comportamiento.

Esa actividad fue adaptada de la técnica "Búsqueda de firmas" aparecida en el manual "Adolescencia: Administrando el futuro" hecho por Advocates for Youth y por el SEBRAE, 1992.

OBJETIVO

Mostrar la rapidez y la forma de propagación del VIH/SIDA como de otras enfermedades Sexualmente Transmisibles y de que manera nuestra socialización está relacionada con eso.

MATERIALES:



Fichas del tipo post-it grandes, Bolígrafos.



TIEMPO RECOMENDADO:

30 minutos

Consejos/notas para la

planificación: Antes de que sean distribuidas las fichas es necesario marcar tres de ellas con una "C " ,otras tres con el mensaje **"No participe de la actividad y no siga mis instrucciones hasta que volvamos a sentarnos "** y una ficha con una "H ".En las fichas **restantes escriba el mensaje "Sigan todas mis instrucciones"** incluyendo las que fueron marcadas con una "C " y con una "H "

PROCEDIMIENTO

1. Entregue una ficha a cada joven. Pídales que mantengan secretas las instrucciones de la ficha recibida y que obedezcan al contenido de cada una de ellas;
2. Pídales que se queden de pie y escojan tres personas para que firmen su ficha;
3. Cuando hayan cogido sus firmas pídales que se sienten;
4. Dígle a la persona que tiene la ficha marcada con una "H "que se quede de pie;
5. Pídales a todos los que tienen su ficha firmada por esa persona o que firmaron la ficha de ella que se queden de pie;
6. Pídale a todos los que tienen la firma de esas personas que se pongan de pie. Y así continuar hasta que todos se queden de pie, excepto los que fueron llamados a no participar;

7. Dígale a los jóvenes que hagan de cuenta que la persona marcada con una "H" está infectada por el VIH o por alguna ETS y que ellos mantuvieron relaciones sexuales sin ninguna protección con las tres personas que firmaron sus fichas. Recuerde que están fingiendo y que los participantes no están realmente contaminados;

8. Pídale al grupo que imaginen que las personas que no participaron de la actividad, sea las que recibieron la ficha "no participe ", son personas que no mantienen relaciones sexuales;

9. Terminando, pídale al grupo que continúe fingiendo y explíquele a los participantes que tienen las fichas marcadas con una "C "usaron preservativos y por eso, corrían menos riesgos. Esos jóvenes también pueden sentarse.

10. Discuta las siguientes cuestiones:

Al final de ésta técnica es importante que el instructor/a verifique los estereotipos con relación a la persona contaminada por el VIH y mostrar, que la infección por el VIH no es exclusiva de un determinado grupo, basándose en las conversaciones del propio grupo.

También es importante resaltar la importancia del examen y como es fundamental para evitar la transmisión por VIH, además del uso de preservativos.

Puntos para el debate

¿Cómo se sintió la persona "H "? ¿Cuál fue la relación de ella cuando supo que estaba infectada?

¿Cuáles fueron los sentimientos de los Jóvenes con relación a la persona "H "?

¿Cómo se sintieron aquellos que no participaron de la actividad en un inicio?

¿Ése sentimiento cambió durante el transcurso de la actividad? ¿Qué sintió el resto del grupo con relación a los que no participaron?

¿Es fácil o difícil no participar en una actividad en la que todos participan? ¿Por qué?

¿Cómo se sintieron los que "habían usado preservativo?"

¿Cuál es la sensación de aquellos que descubrieron que podrían haber sido contaminados? ¿Cómo se sintieron por haber firmado la ficha de alguien "infectado" por ETS o por VIH?

¿La persona "H " no sabía que estaba infectada?

¿Cómo lo podríamos saber?

Actividad 18

Fiesta de la Diferencia

Esta técnica profundiza en la discusión sobre la imagen de los jóvenes acerca de una persona seropositiva.

OBJETIVO

Estimular reflexiones sobre la vida de las personas con VIH considerando el modo como son vistas y tratadas por las personas que los rodean.

MATERIALES:



Etiquetas en número igual al de participantes, divididas en tres grupos marcadas con las señales "+", "-", y "?", Cinta adhesiva.



TIEMPO RECOMENDADO:

1 hora

Consejos/notas para la planificación:

Puede aprovecharse esta técnica para iniciar una discusión sobre la importancia de la prueba, a partir de la "serointerrogación". Usted puede definir una "prenda" o "castigo" que intente ver cual es la marca que tiene en las espaldas, por ejemplo: salir del grupo, sólo poder participar de la discusión. Si estuviera disponible, poner un "CD" o una cinta de música para dar un clima de fiesta, cuando esta sea simulada, o pedir a los participantes que canten.

PROCEDIMIENTO

1. Pídale a los participantes que formen un círculo.
2. Pegue en la espalda de cada participante una etiqueta. Ellos NO pueden ver la señal que recibieron.
3. Seguidamente, pídeles que se comporten como si estuviesen en una fiesta (conversando, sonriendo, jugando, etc.).
Explíqueles que cada uno recibió una señal indicando su condición con relación al VIH, por eso unos son positivos (+), otros negativos (-) y otros son inciertos (?). Los positivos (+) tienen VIH, los negativos (-) no tienen y los inciertos (?) no saben si tienen el virus.
4. Explique que todos pueden interactuar usando cuatro formas de saludos:
 - a) Apretón de manos,
 - b) Abrazo,
 - c) Saludo solo verbal o
 - d) Con gestos.

Deben tratar a los otros a partir de su condición, considerando la señal de los otros y de lo que crean que sea la suya.

5. Después de algunos minutos de fiesta el instructor les pide a todos que se despidan y vuelvan a formar el círculo, posicionándose próximos los que se crean semejantes.

6. Se abre la discusión sin mirar todavía a que grupo pertenece.

7. Después cada uno retira su etiqueta y quien quiera comenta si confirmó o no su suposición.

8. Se continúa discutiendo, a partir de las revelaciones viendo principalmente como se sintieron las personas que tenían en sus espaldas positivo (+) o negativo (-).

El instructor/a concluye puntualizando la importancia de enfatizar en otros aspectos de la vida de un portador de VIH, además de la enfermedad y del sexo, considerando el avance tecnológico de la medicina y los debates sobre derechos humanos y civiles. La prevención es contra el virus no contra la persona.

Puntos para el debate

¿Los portadores de VIH deben ser tratados de forma diferente? ¿Por qué? ¿Cómo?

¿Cuáles son las formas de evitar el prejuicio?

¿La vida social de un portador de VIH debe ser diferente de la de un no portador?

¿Cómo puede ser su relación con el trabajo?

Actividad 19

Prueba y Consejo

Esta Técnica sirve para promover la reflexión sobre la importancia de la prueba del VIH /SIDA y del consejo para la prevención en los servicios de salud.

OBJETIVO

Reflexionar sobre la importancia de la prueba y del aconsejamiento considerando las motivaciones y las molestias envueltas en esa situación.

MATERIALES:



Dos planillas con resultados de análisis: uno "positivo" y el otro "negativo"



TIEMPO RECOMENDADO:

1 hora y media.

Consejos/notas para la planificación:

El instructor puede sugerirle al grupo que realice un encuentro entre los dos jóvenes que salieron del servicio de salud y ver sobre lo que conversarían antes y después del resultado.

PROCEDIMIENTO

1. Pida que una pareja de voluntarios componga la escena de un joven llegando al servicio de salud para hacerse la prueba del VIH y siendo atendido por alguien del servicio. Los propios participantes deben decir como es la escena: la expresión del muchacho, su postura, el aspecto del funcionario del servicio de salud. Explíquele que el resultado del examen demora en salir y que ese es un primer contacto del muchacho con el puesto de salud. Pare la escena con el mando de ¡CONGELA!

2. A continuación pregunte al grupo:

a) Sobre el joven:

¿Qué lo hizo hacerse el examen? ¿Cuánto tiempo llevó para decidirse? ¿Cómo él encarará el resultado en caso de ser positivo? ¿Qué espera del servicio de salud? ¿Cómo se está sintiendo? ¿Con miedo? ¿Confiado? ¿Por qué? ¿Él conversó con alguien respecto de eso? ¿Su familia sabe de lo que él vino a hacerse?

b) Sobre el profesional:

¿Por qué trabaja en aquel servicio? ¿A él le gusta lo que hace?

3. Después de las preguntas formuladas y discutidas, pida que otras dos parejas monten la misma escena, pero ahora en el momento de la entrega del resultado del examen. Los resultados, —uno positivo y el otro negativo— son sorteados entre las parejas y entrégueselas a cada una de ellas, poco antes del montaje de esa segunda escena sin que el grupo sepa cual de ellos es positivo o negativo.

4. Cómo en la escena anterior, estimule al grupo con preguntas:

- a. ¿Cuál de ellos es positivo/ negativo y por qué?
- b. ¿Cómo él recibió la noticia?
- c. ¿Cuál será la primera persona a quién él acudirá?
- d. ¿Por qué será que el resultado del examen fue negativo/ positivo?
- e. ¿Qué piensa hacer ahora que sabe que tiene/ no tiene virus?

5. Estimule al grupo a discutir la realidad de cada uno de los casos.

6. En la última fase, las parejas montan dos escenas diferentes representando los destinos de cada uno de los usuarios del servicio.

7. Discuta con el grupo, a partir de las escenas montadas, cuáles deben ser las iniciativas tomadas por cada uno de ellos y cuáles son las expectativas con relación a sus vidas.

Al final, el instructor/a concluye aprovechando las conversaciones del propio grupo, que surgieron principalmente durante la tercera fase del taller, problematizando las alternativas exclusivas, de modo que muestre la importancia de la prueba. Se debe destacar también el significado de la prevención para todas las personas independientemente de estar o no infectadas.

Puntos para el debate

¿Por qué las personas tienen miedo de hacerse la prueba de VIH?

¿Ustedes conocen lugares donde pueden hacerse la prueba de una forma segura y anónima?

¿Cómo deberían ser los ofrecimientos de orientación y prevención del las ITS/SIDA?

¿De quién debe ser la responsabilidad por la prevención y el tratamiento del as ITS/SIDA.?

¿Los portadores de VIH tienen derecho a una vida social activa?

¿Cuándo alguien descubre que fue infectado por el virus del VIH, cual debe ser la iniciativa con relación a la pareja?

¿Cómo debe ser la vida (sexual, familiar, etc.) de una pareja donde uno es portador del VIH y el otro no?

¿Qué piensa de un muchacho que pide hacerse la prueba del VIH? ¿Él lo está atendiendo bien?

Actividad 20

Quiero...No Quiero

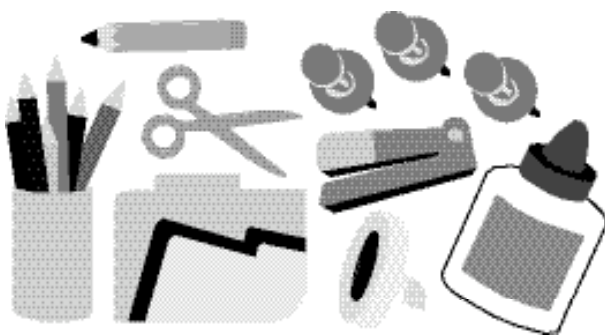
Esta es una técnica que permite actualizar de forma participativa los argumentos que dan los hombres y las mujeres a favor y en contra del uso de preservativo.

OBJETIVOS

Recrear las situaciones que se dan en el convencimiento y negociación del sexo seguro, incorporando los argumentos a favor y en contra del uso del preservativo.

Reforzar las herramientas para negociar las condiciones de seguridad.

MATERIALES:



Pedazos grandes de papel (papel flip-chart o pardo), Marcadores, Cinta adhesiva.



TIEMPO RECOMENDADO:

2 horas

Consejos/notas para la planificación:

Durante el ejercicio de negociación es bueno prestar atención a los argumentos para el no uso del preservativo y pensar como podría ser transformada para un sí.

También es necesario pensar sobre los diferentes niveles en que se da una negociación. Es bueno que el grupo no piense solo en argumentos racionales, más que aparecen cuestiones de género (relación de poder), formas de comunicación, las emociones, la atracción sexual, la autoestima, y las experiencias pasadas de cada persona. Para las mujeres el temor de perder la pareja y/o una baja autoestima puede llevarla a una relación de protección. Para los hombres la decisión o no de usar preservativo, depende muchas veces de con quien van a tener la relación: si es con una pareja estable, una amiga o una prostituta.

PROCEDIMIENTO

1. Divide al grupo en cuatro equipos al azar, enumerándolos por medio de colores.
2. A cada grupo le es dada una tarea distinta con un tiempo de 15 minutos:

Grupo Temas a discutir

H1 Las razones del porqué los hombres **quieren** usar preservativo

H2 Las razones del porqué los hombres **no quieren** usar preservativo

M1 Las razones por las cuales las mujeres **quieren** usar el preservativo

M2 Las razones por las cuales las mujeres **no quieren** usar el preservativo

Cada grupo anota las razones en una cartulina.

3. La negociación o acuerdo: Sin saber de antemano con quien van a tratar se indica a cada grupo que deben utilizar los argumentos que fueran recordando. Los grupos que queden con las razones de las mujeres, tienen que personificarlas.

Así se da la primera negociación:

H1 (**hombres que quieren** usar) negocian con M2 (**mujeres que no quieren** usar)

Se colocan dos subgrupos para negociar, suponiendo que ambos quieren tener relaciones sexuales.

Después de la negociación se les pregunta que como se sintieron y de que se dieron cuenta. Luego se piden comentarios de los otros equipos que estuvieran observando.

Es presentada la segunda negociación:

H2 (**hombres que no quieren** usar) negocian con M1 (**mujeres que quieren** usar).

Se discute de la misma forma. En ambos casos los instructores escriben en pedazos de papel los argumentos más importantes para el uso, como para el no uso.

Negociar no quiere decir ganar a toda costa sin buscar la mejor opción para ambas partes, es decir donde ambas partes ganen.

En el terreno de la sexualidad las cosas pueden ser muy complejas por todos los aspectos humanos que aparecen.

Entre una persona que no está segura de desear sexo seguro y otra que no acepta puede llegar el momento en que una de las partes (o las dos) decidan no tener relaciones sexuales.

Puntos para el debate

¿De qué manera esta forma de negociación se da en la vida real?

¿Cuáles son las consecuencias de una negociación que no sale bien?

¿Qué otros aspectos de las personas están presentes en una negociación como esta?

¿Cuál es el mejor momento para negociar?

Actividad 21

Soy Seropositivo ¿Y Ahora?

Esta técnica es una Fantasía dirigida, que trata de las posibilidades de proyectos de vida a partir de descubrir el ser seropositivo.

OBJETIVO

Reflexionar acerca de la construcción de proyectos de vida para jóvenes seropositivos, incluyendo las rupturas necesarias y las conquistas posibles en esta etapa de la vida.

MATERIALES:



Espacio tranquilo y creatividad.



TIEMPO RECOMENDADO

2 horas

Consejos/notas para la planificación:

Muchas personas imaginan que a partir de que se saben seropositivos, la vida acaba: la vida profesional, académica, personal, afectiva, sexual, familiar, etc. Claramente que reconocerse seropositivo produce un fuerte impacto emocional, pero no acaba con la vida. Proyectos pueden y deben ser

iniciados en la construcción de una nueva etapa de vida donde, de hecho, algunas rupturas son necesarias para que se puedan adquirir las conquistas posibles dentro de los límites de cada uno.

El apoyo psicológico, afectivo de los amigos y de la familia son fundamentales para superar el choque inicial y llevar la vida hacia adelante. Actualmente en gran parte de la región de América Latina existen una serie de servicios gubernamentales y no gubernamentales para personas que viven con el VIH y SIDA, que ofrecen todo un soporte psicológico, jurídico, clínico y familiar en su propia comunidad. En este sentido, cabe explotar y valorizar el potencial de cada persona, ofreciéndosele el apoyo necesario para el enfrentamiento de esta nueva etapa de la vida.

Esta técnica pretende, justamente a partir de una fantasía dirigida, explotar estos potenciales de enfrentamiento a tal situación, valorando y problematizando las situaciones que surgieran. Además de eso es preciso diferenciar a aquél que es portador del virus de aquél otro que ya viene presentando infecciones oportunistas debido al VIH.

Con eso la pareja afectiva y sexual entre jóvenes serodiscordantes (en que uno es seropositivo y el otro no) se ha vuelto una práctica posible y viable. Cuestiones de cómo lidiar con esa posibilidad, resbalan en el prejuicio y en el prejuicio que cada uno de nosotros trae de nuestras experiencias de vida. El enfrentamiento a las dificultades y a los prejuicios puede llevar a la formación de nuevos proyectos comunes de vida.

PROCEDIMIENTO:

1. Pídale al grupo que se siente, o de haber espacio que se acueste, en una posición confortable y que todos cierren los ojos. Se puede también, si hubiera posibilidad usar una música tranquila como fondo.

2. Pida que respiren lenta y tranquilamente y que procuren quedarse lo más relajado posible. A continuación, de forma muy clara, pausada y tranquila, les va sugiriendo etapas para el "viaje", tales como:

- a. Vamos a pensar un poco en su cotidianidad... Piense en su casa... Piense en las personas que quiere... Alguien de su familia, alguno de sus amigos... ¿Quiénes son ellos?
- b) Piense en una música bonita que a usted le guste escuchar....
- c) En un deporte, juego o alguna actividad que a usted le gusta practicar....
- d) En su diario acontecer, qué más le gusta hacer... ¿Aún espera hacer algo bueno hoy?
- e) Ahora vamos a pensar en una persona especial, en un /a enamorado /a... O entonces en alguien en quien usted esté interesado...
Tratando de aproximarse...
- f) ¿Qué es lo que más le gusta de esa persona? ¿Qué será lo que a ella le gusta más de usted?
- g) ¿Cómo usted se siente con él /ella?
- h) Ahora vamos a pensar un poco en el futuro... ¿Cómo será el año que viene? ¿Y de aquí a cinco años, como imagina que estará? ¿Qué estará haciendo? ¿Va a estar estudiando? ¿Trabajando? ¿de novio/a? Deje que la imaginación lo/la lleve.
- i) Vamos a volver al presente..... En el día de hoy..... Vamos a imaginar que usted fue al médico para hacerse unos exámenes de rutina. Usted está solo o acompañado? ¿Cómo es el lugar (puesto, clínica o puesto de salud). ¿Está vacío o hay mucha gente? ¿Qué sonidos existen a su alrededor? ¿Cómo es el olor del lugar? ¿Cómo es el espacio?
- j) El médico le sugiere que se haga el examen de VIH también. Usted estuvo de acuerdo y ahora espera el resultado... El día marcado para regresar el médico le informa que usted es seropositivo....
- k) ¿Y ahora? ¿Cómo queda su vida? ¿Lo contará a las personas más próximas? ¿Cómo reacciona su pareja? ¿Y su familia? ¿Y sus amigos? ¿Sus compañeros de colegio? ¿Qué cambia de ahora en adelante?

3. Conceda un tiempo a cada uno/a para imaginar la secuencia de su viaje. Recuerde que no hay un viaje correcto o equivocado, y que cada cual hace su viaje de acuerdo con su experiencia y su conocimiento sobre la vida. Cuente con 15 ó 20 minutos para la realización de esta actividad.

4. Pida que cada uno a su ritmo regrese al espacio en que se encuentran. Sugiera que comiencen moviendo los pies, las piernas, si alguien quiere desahogarse puede hacerlo.

Espera hasta que todos vuelvan, pida que miren a sus compañeros y a su alrededor y se sienten nuevamente para que puedan comenzar a hablar sobre el "viaje".

5. Otra posibilidad de fantasía es que en vez de ellos ser seropositivos que sepan que su novio/a lo es y su reacción ante esto.

Pregúntele al grupo como se sintieron al imaginar la posibilidad de ser seropositivos o de saber que su pareja (novio/a) era seropositivo. Señálele que la vida continúa para quien es VIH+, y que actualmente, con el avance de la medicina con relación a los tratamientos ofrecidos, hubo un aumento en la expectativa de vida, y también en la calidad de vida de las personas seropositivas. Si le es posible traiga ejemplos positivos de personas conocidas de su comunidad o de su país o región.

Puntos para el debate

- ¿Cómo fue para cada uno este viaje?
- ¿Cómo se sintieron en un ejemplo y en el otro?
- ¿Alguno fue más fácil o más difícil?
- ¿La vida acaba cuando alguien se convierte en seropositivo? ¿Qué posibilidades tiene esa persona?
- ¿Qué cambia en la vida de un seropositivo (en la escuela, en la familia, en la comunidad, en la vida profesional)?
- ¿Qué sentimientos afloran en cada uno (vergüenza, desespero, rabia, lástima, solidaridad, otros)?
- ¿Y con relación a la vida sexual, qué cambia?

Actividad 22¹⁶

RECONOCIENDO MIS EMOCIONES EN EL CUERPO: MATEA¹⁷ .

OBJETIVO

Analizar los diferentes discursos relacionados con la visión del cuerpo de los hombres a partir de sus propias vivencias

MATERIALES:



- Grabadora, incienso, música de relajación
- Hojas blancas, lápices 2 B



DURACIÓN:

1 hora

PROCEDIMIENTO:

1. Para esta actividad se prepara el ambiente de previo y para ello se puede utilizar incienso o algún aromatizante agradable que permita crear un ambiente confortable. Se debe buscar una música suave y relajante.
2. Se explica a los participantes que van a realizar una meditación, por lo que deben colocarse de la manera más confortable posible, con la espalda recta y las manos cayendo sobre los muslos.
3. Luego, se les pide cierren los ojos y se realizan algunas respiraciones profundas y se les dice que: *deben concentrarse en la actividad que se está realizando, dejar de lado el mundo de afuera. Relajar poco a poco los músculos del cuello, la cara, los hombros, los brazos, piernas, y concentrarse en la voz del facilitador/a.* Esto debe decirse de manera pausada y dando oportunidad para que los adolescentes puedan concentrarse en ella.
4. Ahora el facilitador/a va a trabajar sobre 5 emociones: Miedo, Afecto, Tristeza, Enojo, Alegría: MATEA, de la siguiente manera: *"una vez que nos sentimos relajados vamos a pensar en una situación en la que hayamos sentido miedo. ¿Cómo es el miedo para mí? ¿En qué parte del cuerpo deposito el miedo? ¿De qué color es el miedo para mí?"*. Esto se dice con cada una de las 4 emociones restantes.

¹⁶ Actividad tomada del texto de Alvarado, C y Menjívar, M, (En Prensa). Manual para el involucramiento de los Hombres Jóvenes en los servicios de salud sexual y reproductiva. Organización Panamericana de la Salud, Ministerio de Salud de Costa Rica y Agencia Alemana de Cooperación. San José Costa Rica.

¹⁷ Actividad basada en el texto de Promundo "Razones y Emociones: Serie Trabajando con Hombres", PAPAI, Proyecto H, Promundo, Brasil.

5. Una vez concluida la relajación se le dice al grupo que lentamente, según lo vayan sintiendo, pueden abrir los ojos. Después de esto, se le pide al grupo que en una hoja de papel, escriban las 5 emociones que componen MATEA: Miedo, Afecto, Tristeza, Enojo, Alegría. A cada una de estas emociones se les pide que se les asigne un número de 1 a 5, según la dificultad que se tenga para expresar estas emociones de la siguiente manera:

- 1 y 2, las emociones que menos me cuesta manejar.
- 3 es neutro, no me cuesta ni es fácil, me es indiferente.
- 4 y 5 las emociones que más me cuesta manejar.

6. Una vez que han escrito sus números se hace una discusión en la que se toman como puntos de discusión:

- ¿Cómo fue la experiencia de las diferentes situaciones relacionadas con las emociones?
- ¿Cómo manejan las emociones los hombres y las mujeres?
- ¿Qué relación tienen el manejo de las emociones con el cuerpo?
- ¿Tendrá alguna relación el manejo de las emociones con el ser hombre, y por lo tanto con la visión del propio cuerpo?

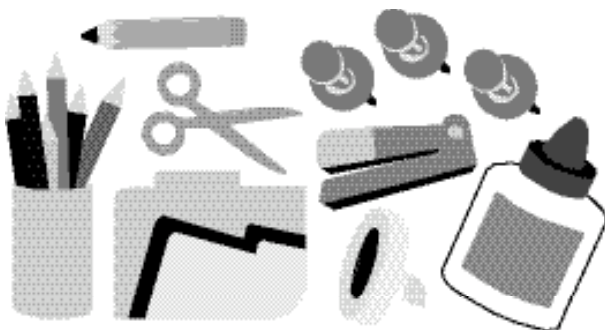
Actividad 23¹⁸

LOS DISCURSOS DEL CUERPO¹⁹

OBJETIVO

Que los y las participantes analicen críticamente los diferentes discursos sociales existentes respecto del cuerpo humano y el impacto que estos tienen en las vivencias y manifestaciones de la sexualidad y en los hábitos y prácticas en la salud sexual y reproductiva de los varones adolescentes y las personas en general.

MATERIALES:



- Papel periódico
- Figura Humana de hombre
- Papelitos de colores
- Papeles con lugares sociales (religioso/a, maestro/a, médico/a, etc)
- Masking Tape
- Marcadores



DURACIÓN:

2 horas

PROCEDIMIENTO:

1. Entregue a cada participante, tres papeles (dos papeles de colores y uno con una leyenda que indique el lugar desde donde vana conceptualizar el cuerpo humano: religioso o religiosa, científico o científica, padre o madre de familia, profesor o profesora de secundaria, un o una adolescente, publicista para medios de comunicación.

2. Cuando todos los participantes tengan estos tres papeles indíqueles las siguiente consigna: Cada una de las personas irá pasando al frente y después de decir en forma concisa al grupo, lo que piensa del cuerpo humano desde el lugar asignado, coloca un papel de colores en la silueta de un cuerpo humano de hombre que ha sido pegado en la pared con anticipación.

3. Posteriormente se abre un espacio de discusión y análisis del ejercicio que inicia con las preguntas:

- ¿Qué nos muestra el ejercicio?
- ¿Qué pasó con ese cuerpo?
- ¿Cómo es concebido socialmente el cuerpo del hombre?
- ¿Y el de la mujer?

En este espacio se pretende orientar la discusión hacia la identificación de los diferentes discursos sociales que determinan nuestro cuerpo – en tanto objeto de representaciones y significaciones subjetivas y sociales- y nuestra sexualidad.

4. Para finalizar, el facilitador/a expondrá algunos elementos relacionados con el cuerpo y sus dimensiones biológica, psicológica y social.

¹⁸ Actividad tomada del texto de Alvarado, C y Menjívar, M, (En Prensa). Manual para el involucramiento de los Hombres Jóvenes en los servicios de salud sexual y reproductiva. Organización Panamericana de la Salud, Ministerio de Salud de Costa Rica y Agencia Alemana de Cooperación. San José Costa Rica.

¹⁹ Actividad tomada del módulo de Fallas y Valverde (2000) "Sexualidad y Salud Sexual y Reproductiva en la adolescencia". Ed PAIA, CCSS. San José, Costa Rica.

Actividad 24

"MITOS Y REALIDADES ACERCA DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE LOS HOMBRES"

OBJETIVO

- Facilitar a los y las participantes los elementos teórico conceptuales necesarios para dar una adecuada atención a los hombres jóvenes en cuanto a salud sexual y reproductiva.

MATERIALES:



- Hojas con las frases de Mitos o Realidades
- Lapiceros



DURACIÓN:

3 horas

PROCEDIMIENTO:

Se conforman cuatro subgrupos y se le asigna a cada grupo un lugar desde el que va a realizar una serie de preguntas a los otros grupos. Los grupos que se conforman son los siguientes:

- Grupo 1: Padres y Madres de Familia
- Grupo 2: Religiosos/as
- Grupo 3: Maestros/as
- Grupo 4: Personal de Salud.

A cada subgrupo se le entregan una serie de frases que serán preguntadas a los otros grupos y deberán ser respondidas desde el lugar asignado.

Luego, se entrega a cada uno de los y las participantes una hoja que contenga el ejercicio correspondiente a "Mitos y Realidades" de los capítulos 2, 4 y 5 del módulo de Engender Heath acerca de la atención a hombres en las áreas de anticoncepción, ITS y sexualidad masculina

Una vez que los y las participantes califican las frases que aparecen en las hojas como mitos o verdades se pasa a comentar lo que cada uno/a consideró en una plenaria.

A partir de esta discusión, el/la expositor/a retomará de manera magistral los principales elementos a ser tomados en cuenta en el abordaje y atención de esta temática.

Mitos para cada grupo:

Grupo 1:

- Es normal que un hombre algunas veces no pueda mantener la erección
- Un hombre puede orinar y eyacular al mismo tiempo
- Un hombre que ha tenido sexo con otro hombre es un homosexual
- La mejor forma de usar un condón es ponerlo apretado

Grupo 2:

- Un pene más largo tiene más posibilidades de excitar a una mujer que uno corto
- Como las mujeres los hombres pueden tener orgasmos múltiples
- El impulso sexual de un hombre (necesidad de tener sexo) es más grande que en la mujer
- Un hombre no puede embarazarse a una mujer mientras esté menstruando

Grupo 3:

- Por lo general los hombres pueden retener la eyaculación el tiempo que deseen
- En los hombres, cada vez que eyaculan tienen un orgasmo
- El alcohol facilita la erección en el hombre
- El sexo anal tanto en la mujer como en el hombre no tiene ninguna consecuencia física negativa

Grupo 4:

- Un hombre siempre sabe si su compañera femenina tuvo un orgasmo
- Una vez que el hombre tiene una eyaculación es físicamente dañino si no eyacula
- Un hombre no tiene que usar anticonceptivos después de cierta edad porque eventualmente pierde su capacidad de reproducción
- La vasectomía es implica remover los testículos del hombre para que no pueda producir espermatozoides

HOJAS DE "MITO O REALIDAD" PARA EL TRABAJO INDIVIDUAL:

- _____ "Es normal que un hombre algunas veces no pueda mantener la erección"
- _____ Un hombre puede orinar y eyacular al mismo tiempo
- _____ Un hombre que ha tenido sexo con otro hombre es un homosexual
- _____ La mejor forma de usar un condón es ponerlo apretado
- _____ "Un pene más largo tiene más posibilidades de excitar a una mujer que uno corto"
- _____ Como las mujeres los hombres pueden tener orgasmos múltiples
- _____ El impulso sexual de un hombre (necesidad de tener sexo) es más grande que en la mujer
- _____ Un hombre no puede embarazar a una mujer mientras esté menstruando
- _____ Por lo general los hombres pueden retener la eyaculación el tiempo que deseen
- _____ En los hombres, cada vez que eyaculan tienen un orgasmo
- _____ El alcohol facilita la excitación sexual en el hombre
- _____ El sexo anal tanto en la mujer como en el hombre no tiene ninguna consecuencia física negativa
- _____ Un hombre siempre sabe si su compañera femenina tuvo un orgasmo
- _____ Una vez que el hombre tiene una eyaculación es físicamente dañino si no eyacula
- _____ Un hombre no tiene que usar anticonceptivos después de cierta edad porque eventualmente pierde su capacidad de reproducción
- _____ La vasectomía es implica remover los testículos del hombre para que no pueda producir esperma
- _____ Inclusive cuando un hombre envejece puede tener una erección
- _____ Tener sexo con mucha frecuencia puede ser dañino para el hombre
- _____ Un hombre puede reproducir a una edad abanzada
- _____ Se puede decir cual es el tamaño del pene de un hombre con mirarle el tamaño de los pies, manos o nariz
- _____ El pene es un músculo

- _____ El pene de un hombre crece más con el uso frecuente
- _____ Abstenerse de tener sexo es el único método 100% seguro
- _____ Los condones cuando se usan consistentemente y correctamente brindan protección efectiva contra el embarazo
- _____ Una mujer se protege del embarazo el día que empieza a tomar la píldora
- _____ Aparte de la abstinencia, los condones femeninos y masculinos son los únicos métodos que protegen contra las ITS
- _____ Hay una píldora de control natal que los hombres pueden tomar para evitar el embarazo
- _____ La vasectomía es una operación más sencilla que la esterilización femenina (oclusión de las trompas)
- _____ Una mujer puede tomar píldoras de emergencia para reducir el riesgo de embarazo después de tener una relación sexual coital sin protección
- _____ El "Coito Interrumpido" es un método efectivo para un hombre que nunca ha tenido sexo
- _____ Los condones tienen la tasa más alta de efectividad de uso típico
- _____ Un hombre no puede transmitir una ITS si se retira de la vagina antes de eyacular
- _____ Una persona puede ser curado de una ITS si tiene sexo con una mujer virgen
- _____ Es posible contagiarse de una ITS teniendo sexo oral
- _____ Una persona monógama no puede contagiarse de una ITS
- _____ Si un hombre ha tenido una ITS queda inmune y no puede volver a contagiarse
- _____ Una persona puede contagiarse con más de una ITS a la vez
- _____ Una persona se puede contagiar de SIDA si vive en la misma casa
- _____ Se puede decir cuando una persona tiene una ITS por su apariencia
- _____ Los condones reducen el riesgo de contraer una ITS, incluyendo el VIH
- _____ Una persona infectada con una ITS tiene un riesgo más alto de contraer VIH
- _____ Hay tratamientos herbales que son efectivos en combatir las ITS
- _____ Las personas normalmente saben que tienen una ITS dentro de los dos a cinco días después de haber sido infectados/as
- _____ Es posible contraer algunas ITS por besarse

Notas para el/la facilitador/a acerca de la sexualidad masculina:

1. Género y Masculinidad

Ahora bien ¿Cuáles son las características del género masculino? Es decir ¿que nos enseñan a los hombres sobre cómo debemos ser? Existe una serie de creencias arraigadas en la cultura occidental, que caracterizan la socialización²⁰ masculina, entre las principales se puede mencionar las que siguen:

- El poder, la dominación, la competencia y el control constituyen pruebas de la masculinidad.
- El dominio alude a la relación de poder de los hombres sobre las otras personas y, particularmente, sobre las mujeres. Está asociado a la creencia de la "superioridad" y que el hombre es "el que manda".
- El dominio es ejercido, no pocas veces, por medio de la amenaza y la violencia.
- Las prácticas sociales parten de que el hombre es "el centro", en tanto es el género más valorado. Claro ejemplo de esto es que, en nuestra sociedad, los hombres aprenden a "ser servidos", particularmente por las mujeres.
- La cultura valora en la masculinidad la "fuerza bruta".
- La intimidación con otros hombres debe ser evitada por temor al afeminamiento y a la homosexualidad.
- En general, las distintas formas de relación de los hombres se construyen de manera tal que deben esconder sus emociones.
- Existe una definición enfática en que los hombres no deben ser como las mujeres, tampoco deben ser homosexuales.
- El desempeño de los hombres está especialmente centrado en la proveeduría, es decir, a "llevar dinero al hogar". Otros papeles no son desarrollados, tales como la participación en los oficios domésticos o el involucramiento en la crianza de los hijos.

2. La constitución de la identidad masculina

Explicar porqué la mayoría de los hombres responden a estas formas de relación, es lo que lleva a preguntarnos ¿Cómo se construye nuestra masculinidad en esta sociedad?

En este sentido habría que señalar que la identidad²¹ de los hombres en el mundo occidental es construida, en el proceso de socialización, de una manera más bien negativa que como un proceso de identificación. Esto significa que desde niños aprendemos, en vez de valores positivos, todo lo que no debemos ser, a partir de una triple negación:

En primer lugar, no debemos parecer niños, por que nos sitúa en dependencia de nuestras madres, nos vuelve vulnerables, dependientes y frágiles, sin capacidad de decidir y de mandar. La infantilización está asociada con una feminidad primaria en nuestras vidas que socialmente se nos exige extirpar.

En segundo lugar, no debemos parecer mujeres, porque hemos sido socializados en la creencia de que las mujeres son inferiores mientras que, por el contrario, los hombres somos importantes por el sólo hecho de ser hombres.

En tercer lugar, no debemos parecer homosexuales. Los sentimientos homofóbicos son especialmente recalcados en la pedagogía de la masculinidad, en la medida que la homosexualidad encarna una suerte de "traición de género". Es decir, resulta imperdonable para los otros que, teniendo el "privilegio" de ser hombre, es decir de ser "importante" en esta sociedad, se renuncia a serlo y se opta por una condición inferior: "parecerse" a una mujer.

²⁰ La socialización es el "proceso mediante el cual los seres humanos interiorizan formas de vida, pautas y valores de la sociedad. Este proceso es diferente según se nazca varón o mujer..." (Jiménez y Quesada;1996:51), pues la pedagogía es diferenciada según si se es hombre o mujer.

²¹ Es importante tomar en cuenta que la adquisición de una identidad consiste en un proceso "que implica una relación positiva de inclusión y una negativa de exclusión" (Badinter;1993:60) pues uno se define sobre la base de semejanzas y diferencias.

Y esto es especialmente importante porque los homosexuales encarnan el temor de que las cualidades femeninas podrían existir en los hombres. Representa el temor a "fracasar" en el mandato social de ser un "verdadero hombre".

El repudio de todas aquellas características asociadas a lo femenino tiene profundas y negativas implicaciones sobre la vida de las mujeres y sobre la vida de los hombres mismos. Esta situación esta asociada a la falsa creencia de que todo lo femenino debe ser rechazado por ser inferior, lo cual conduce a la misoginia²². Como señala Gioconda Batres, la misoginia "...tiene que ver con esta insensibilidad adquirida, que permite la creencia de que las mujeres son inferiores a los hombres y que esta inferioridad es natural. Cuando de antemano se sostiene que las mujeres son impotentes por incapacidad propia y de manera central, cuando se hostiliza, se arremete y se somete a las mujeres haciendo uso de la legitimidad patriarcal²³ estamos hablando de misoginia" (Batres;1999:11).

Por otra parte, el rechazo de lo socialmente considerado como femenino y la construcción de la masculinidad como huida de tales atributos, atrapa a los hombres en la necesidad de la continua demostración de la virilidad. Efectivamente, la negación de que no se es un niño, una mujer o un homosexual conduce a los hombres a la (re)afirmación de que se es un hombre, según el parámetro de la masculinidad tradicional.

Las vías de demostración más expeditas de la virilidad están ligadas a varios elementos como el ser duro y cruel, compulsivamente actividades que pongan en peligro su integridad física y, no pocas veces, la de otras personas. Conducir temerariamente, involucrarse en riñas y tomar alcohol de manera excesiva, son claros ejemplos de ello.

Por estas razones, es difícil que los hombres, en el marco de esta concepción de masculinidad, puedan dedicarse al cuidado de otras personas,

pues, por el contrario, el mandato social es de ser servidos. Tal situación dificulta, por ejemplo, el ejercicio de paternidades no restringidas a la proveeduría, en la medida que la posibilidad de una paternidad aún más comprometida implica estar en función de las necesidades más concretas de niños y niñas, es decir, estar a su servicio. También conlleva a la profunda dificultad de expresar satisfactoriamente afecto, cariño y ternura y, aún más a experimentarlas los padres mismos.

Todos estos aspectos se encuentran ligados a lo que se ha denominado "masculinidad hegemónica", definida de manera esclarecedora por Brannon (citado por Kimmel) a partir de los siguientes elementos:

1. Un hombre nunca puede ser como una mujer
2. "La masculinidad es medida por el poder, por el éxito, la riqueza, el status."
3. Los hombres debemos mantener controladas las emociones. Los hombres nunca demuestran emociones. Los hombres no lloran."
4. Siempre hay que demostrar que somos verdaderos hombres. Por eso tenemos que arriesgarnos, ser temerarios, activos y hasta violentos.

3. Instituciones sociales y configuración de la identidad

Resulta claro que las instituciones y otros espacios de relacionamiento social tienen un papel decisivo en la constitución de la identidad masculina. Sin embargo, como señala Michael Kaufman (1997:69), debe tenerse en cuenta que "la elaboración individual del género, y nuestros propios comportamientos contribuyen a fortalecer y a adaptar las instituciones y estructuras sociales de tal manera que, consciente o inconscientemente, ayudamos a preservar los sistemas patriarcales". En otras palabras: la interiorización de las relaciones de género contribuye a la construcción de nuestra identidad, pero nuestra propia elaboración de estas relaciones contribuye a que estas permanezcan o se transformen.

²² La misoginia es el "odio o desprecio de lo femenino" (Jiménez y Quesada;1996:51).

²³ El Patriarcado se refiere a las estructuras e instituciones sociales que mantienen la opresión sobre las mujeres. (Jiménez y Quesada;1996:51).

Por esta razón, no existe necesariamente un único evento que marque a todos los hombres como tales. De esta suerte, es probable que distintos hombres mencionen distintos eventos que sean relevantes para su configuración como hombres, configuración que en todo caso debe ser vista como proceso complejo. A esto se agrega que los eventos que marcan a los hombres varían de un contexto sociocultural a otro.

Es en este sentido que se puede hablar de masculinidades, en dos direcciones: en tanto pluralidad de contextos que inciden en su conformación y en tanto pluralidad de formas de procesar tales eventos. Sin embargo, debe considerarse que en el marco de occidente esta pluralidad entra en tensión con una definición hegemónica de "la" masculinidad, tal y como se definió y explicó con anterioridad.

Tomando en cuenta estas consideraciones, es posible mencionar algunos eventos de carácter general que tienen gran impacto sobre la identidad de género de los hombres, según ellos mismos reconocen:

a) El tipo de juegos: la socialización de género diferenciada entre mujeres y hombres lleva a que niños y niñas, así como los y las jóvenes, se desempeñen en juegos y actividades claramente distintas. Los juegos de los hombres están marcados, la mayor parte de las veces, por una mayor actividad física. Así mismo, implican un alto grado de competencia donde ganar es muestra de un mejor desempeño como hombres.

b) Los roles desempeñados por su familia: en una gran cantidad de familias, los padres o figuras masculinas presentes desempeñan el rol de proveedor y las figuras femeninas trabajan en la crianza de los hijos e hijas y las faenas del hogar. Aunque otra buena cantidad de mujeres trabaje remuneradamente fuera o dentro de sus hogares, siguen haciéndose cargo del trabajo doméstico.

c) El poder diferenciado de los miembros de la familia. Hombres y mujeres tienen un poder social diferenciado, en el que, por lo general, las decisiones

que son consideradas más relevantes sobre los asuntos familiares son tomadas por los hombres. Esto es especialmente notorio si son los hombres quienes manejan el dinero de la familia y quienes se desenvuelven en el mundo de lo público.

d) Los mensajes de género: por las razones anotadas en el apartado anterior, es recurrente en la socialización de la mayoría de los hombres, que tanto mujeres como hombres envíen mensajes que tienen como objeto eliminar aquellos rasgos que socialmente se asocian a lo femenino (expresión de afecto, empatía, pasividad, etc). De ahí mensajes como: "los hombres no lloran, lloran las mujeres", no sea "mariquita", "sea fuerte", "aguante como los hombres", "si se mete... aguante", "el que llega de último es niña", entre otros.

e) Las relaciones con sus pares (otros niños y adolescentes varones): la influencia que ejercen los pares en la conformación de la identidad masculina es muy fuerte, no sólo es con estos con quienes se compete, son los que fiscalizan nuestra hombría y quienes emiten veredicto: es un verdadero hombre..., es una mujercita..., es un "maricón". Son, entonces, quienes evalúan nuestro desempeño viril.

f) El hecho de haber tenido que contribuir económicamente con su familia desde temprana edad o haber asumido el rol de proveedor en ausencia del padre o de la madre, es un evento que marca fuertemente a muchos hombres, y se configura en un elemento clave para la conformación de su identidad masculina.

g) El ejercicio de la sexualidad. Las relaciones sexuales son muy importantes en la conformación de la masculinidad, pues en el imaginario androcéntrico²⁴ forman parte del buen desempeño masculino, es decir: entre más mujeres se haya tenido relaciones sexuales, mejor hombre se es.

h) La formación religiosa está marcada por mensajes que refuerzan los roles tradicionales de género, la sumisión de las mujeres y el poder de las imágenes masculinas.

²⁴ El androcentrismo está referido a una concepción de mundo en la que lo masculino es el centro y medida de la humanidad.

Debe tenerse en cuenta que más de un hombre, al ser interrogado sobre aquel o aquellos eventos que lo marcaron como hombre, no podrá visualizarlo en un primer momento. Esto se explica por que las relaciones de género, aunque tiene origen social, tienden a ser vistas en el orden de lo "natural". Por ello es que resulta difícil, en más de un momento, poder cobrar conciencia de nuestra construcción de género.

En el sentido anterior, resulta fundamental reafirmar que la construcción de la identidad es un proceso mismo que, además, es social. De ahí que los mandatos provenientes de los diferentes espacios de socialización son interiorizados y, por tanto aprendidos. Esto obliga a realizar una clara diferenciación entre los procesos sociales y la biología. Efectivamente, cuando hablamos de la construcción de la identidad masculina hablamos del género y no de biología ni naturaleza. Es en esta medida que, en tanto aprendida, la identidad de género puede ser replanteada y transformada.

4. La masculinidad hegemónica y el costo para los hombres

Sin duda alguna, uno de los mayores costos del patriarcado ha sido pagado por las mujeres. No obstante, retomando Michael Kaufman (1997:71) "el poder de los hombres en el mundo (...) tiene su costo para nosotros". Según este autor, "existe en la vida de los hombres una extraña combinación de poder y privilegios, dolor y carencia de poder. Por el hecho de ser hombres, gozan de poder social y de muchos privilegios, pero la manera como hemos armado ese mundo de poder causa dolor, aislamiento y alineación tanto a las mujeres como a los hombres".

Claro ejemplo de esto es que "la adquisición de la masculinidad hegemónica (y la mayor parte de las subordinadas) es un proceso a través del cual los hombres llegan a suprimir toda gama de emociones, necesidades y posibilidades tales como el placer de cuidar de otros, la receptividad, la empatía y la compasión experimentadas como inconsistentes con el poder masculino" (Kaufman;1997:70). Estas emociones y necesidades, en tanto humanas, no

desaparecen sino que son sistemáticamente reprimidas de manera tal que no juegan un papel fundamental en nuestras vidas. Según Kaufman, eliminamos estas emociones porque podrían restringir nuestra capacidad y deseo de autocontrol o de dominio sobre los seres que nos rodean y de quienes dependemos en el amor y la amistad. Las suprimimos porque llegan a estar asociadas con la feminidad que hemos rechazado en la búsqueda de masculinidad.

Así, la expresión de afectos es un campo en el que crecemos mutilados, incapaces de enfrentar aquellas situaciones de crisis que exigen un adecuado manejo emocional. Aun cuando parezcamos serenos y ecuanímenes, lo cierto es que la ansiedad y el temor se apoderan de nosotros, se enquistan sin poder salir adecuadamente; se transforman en ira que lastima a las demás personas y a nosotros mismos.

Esta incapacidad afectiva tiene, por tanto, terribles repercusiones sobre nuestra vida de pareja la que, en el contexto de las relaciones de subordinación, se encuentra marcada por las palabras no dichas y las caricias no sentidas. Nos limita el vínculo paterno, restringido a la mera proveeduría, en el mejor de los casos.

5. Otras consecuencias de la masculinidad hegemónica: las dificultades para el autocuidado²⁵

Otro producto de esta construcción de la masculinidad, ya sea en la zona rural o en la zona urbana, es que desde niños, los hombres son estimulados a defenderse y a atacar, a reaccionar rápidamente cuando caen de una bicicleta (preferentemente, sin llorar), a subirse nuevamente a un árbol después de caerse, a mostrar coraje y valentía. En líneas generales, los hombres son socializados, desde temprano, para responder a expectativas sociales de forma enérgica, donde el riesgo no es algo para ser evitado o prevenido, sino enfrentado y superado cotidianamente. La noción nula de autocuidado da lugar a un estilo de vida autodestructivo, a una vida, en diversos sentidos, arriesgada.

²⁵ Este apartado ha sido tomado de Papai. Paternidad y Cuidado. Manual 2. Promundo, 2001.

En la juventud y en la fase adulta, esta postura asume matices más preocupantes. Los hombres se resisten, frecuentemente, a reconocer un problema de salud y a buscar auxilio. Esa resistencia ha generado, por ejemplo, problemas complejos en el contexto de la propagación de la epidemia de VIH

No es por nada, que los hombres han ocupado, a lo largo de los años, el infeliz primer lugar en diferentes y diversas estadísticas: primer lugar en números de homicidios, las mayores tasas de tentativas de suicidios, de muerte por accidente (principalmente de vehículos automotores), de uso excesivo de bebidas alcohólicas y de drogas psicotrópicas ilícitas, mayores practicantes de robos y de asaltos y por consecuencia, formando la mayor población de presidiarios, además de ser los grandes protagonistas de agresiones contra mujeres y niños en el ámbito doméstico y/o público. Esas estadísticas obedecen a una constante historia: la menor expectativa de vida de los hombres con relación a las mujeres, desde que nacen y en edades superiores. Además de eso, analizando el diferencial de mortalidad según sexo y edad, se observa nítidamente una mayor mortalidad masculina por causas externas, en todos los grupos de edad pero principalmente en los más jóvenes.

7. En relación a la sexualidad:

Socialmente se cree que...

- La sexualidad masculina es instintiva, incontrolable y agresiva.
- La violencia al igual que la sexualidad masculina son incontrolables
- Machismo: pasividad en la mujer actividad en el hombre
- El deseo sexual masculino separado del afecto y las emociones
- Se espera que los hombres tengan experiencia sexual
- Se espera que los hombres dominen a las mujeres y son ridiculizados si no lo hacen.
- Se espera que los hombres tomen riesgos (sexo seguro)
- Machismo: mujeres objetos sexuales.
- Los homosexuales no son hombres
- El siempre quiere tener relaciones sexuales

Documentos Citados:

Batres, Gioconda. El lado oculto de la masculinidad. Tratamiento para ofensores. San José, Costa Rica: ILANUD, 1999

Gomáriz, Enrique. Introducción a los estudios sobre masculinidad. San José, Costa Rica: Centro Nacional para el Desarrollo de la Mujer y la Familia, 1997

Kaufman, Michael. "Las experiencias contradictorias del poder entre los hombres" En: Valdés, Teresa y Olavarría, José. Masculinidad/es. Poder y crisis. Ediciones de las Mujeres No.24. Isis Internacional/FLACSO-Chile. Santiago, Chile, junio 1997.

Kimmel S., Michael. Homofobia, temor, vergüenza y silencio en la identidad masculina. En: Valdés, Teresa y Olavarría, José. Masculinidad/es. Poder y crisis. Ediciones de las Mujeres No.24. Isis Internacional/FLACSO-Chile. Santiago, Chile, junio 1997.

Papai. Paternidad y Cuidado. Manual 2. Promundo, 2001.

Puntos de Encuentro. Ni reyes de la selva ni reinas de la casa. Desafiando el sexismo. Módulo 4. Managua, 2001.

Suárez Loto, Silvia. "Masculinidad y Violencia. El trabajo con hombres Violentos". En Corsi, Jorge (compilador) Violencia familiar. Una mirada interdisciplinaria sobre un grave problema social

BIBLIOGRAFÍA

Alfaro, E y col (2004). "Manual de conocimientos básicos sobre VIH-SIDA: CCSS", Universidad de Costa Rica, San José, Costa Rica.

Alvarado, C y Garita, C. (2004) Módulo "Sembrando Esperanzas: Estrategias de Trabajo en Salud con Adolescentes de Comunidades Pobres". Ed PAIA, CCSS. San José Costa Rica.

Alvarado, C; Garita, C; Solano, G (2003). "Adolescentes Pobres: Vida Carencias y Esperanzas en Salud Sexual y Reproductiva". Ed PAIA, San José, Costa Rica.

Alvarado, W (1991). Manual de Consejería sobre Sida. Honduras, C.A., Octubre.

Anderson R (1992): "Understanding the AIDS pandemic". Sci Am.

Asociación de Lucha contra el Sida (1992). Manual Informativo y de Orientación para personas con VIH/SIDA y sus familiares y amigos. Lima, Perú.

Astorga, A y Van der Bijl, B (1991). **Manual de diagnóstico participativo**. Buenos Aires: Editorial Humanitas

Benenson, A y Organización Panamericana de la Salud (1992). "El control de las enfermedades transmisibles en el hombre". 15a de. Washington, D.C..

Blos, P (1981). Psicoanálisis de la Adolescencia. México: Editorial Joaquín Motriz

Berkow, R, et al (1992). The Merk Manual. 16th. Ed. Rahway. Merk Research Laboratories,

Brow, Yen-Moore, Tying Sk (s/f): "An overview of sexually Transmitted diseases". Part I.

Calderón R (1996). Semana Epidemiológica. Las mujeres y la infección con virus del SIDA. Ministerio de Salud, Costa Rica. No 8, febrero - marzo,

Castilho, W (1982). **Dinámica de los grupos populares**. Buenos Aires: Editorial Lumen

Center of Disease Central and Prevention (1991). "Tratamiento de Gonorrea". CDC, Atlanta, Georgia.

Cates, W Jr; (s/f). "Gonorrea, Clamidia y Enfermedad Pélvica Inflamatoria". CDC, Atlanta, Georgia e Instituto para la Salud Bethesda, Maryland, USA.

Centro para la Prevención y el Abuso de Drogas (1993). "Escuela para Padres: Manual de Promotores". En: Quinta Antología: Adolescencia y Salud. PAIA, CCSS, San José, Costa Rica.

Center of Disease Control and Prevention (1995). "Diseases Treatment Guidelines: Sexually Transmitted CDC":

Center for Diseases Control and Prevention (1998): "Guidelines for Treatment of sexually Transmitted Disease". MMWR.

Center for Disease Control and Prevention (1990). Consejería y prueba voluntaria del Virus del Sida. Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos.

Cordenacao Nacional de DTS e AIDS. 2 ed. Ministerio da Sacide (1997). "Técnicas para Coleta de Secrecaes". (serie TELELA).

Coordinación de Vida Estudiantil. Sede Regional de San Ramón, UCR (1991). "El Trabajo en Equipo". En: Primera Antología: Adolescencia y Salud. PAIA. CCSS, San José, Costa Rica.

Claves para el aconsejamiento. (1995) En: Boletín Internacional sobre prevención y atención del Sida. Acción en Sida N° 24. Enero a marzo, México.

Comisión Interhospitalaria de Terapia antirretroviral: C.C.S.S. (2003). Normas para el manejo de exposiciones ocupacionales con pacientes VIH/Sida en trabajadores de la salud. San José, Costa Rica, febrero.

Comisión Interhospitalaria de Terapia antirretroviral: C.C.S.S (2001). Recomendaciones para la Prevención de la Transmisión Perinatal del Virus de la Inmunodeficiencia Humana en Costa Rica. Acta Médica Costarricense. Colegio de Médicos y Cirujanos,.

Defensoría de los Habitantes de la República. Ley General del VIH/SIDA y su Reglamento. Ley N° 7771 del 20 de mayo de 1998.

Díaz, M; Sequeira, M y Garita, C. (2000), **Manual de Consejería en Salud Sexual para los y las adolescentes, PAIA, CCSS**. Costa Rica: PAIA/CCSS.

Foro Mundial de la Salud (1996). Notas e informaciones. Vol. 17, No. 1.

Fallas, H; Valverde, O (2000). Sexualidad y Salud Sexual y Reproductiva en la Adolescencia. PAIA/CCSS. San José, Costa Rica.

García, M (1990). Participación de la enfermera en la prevención y control de la infección por VIH y SIDA. Cartagena, Colombia.

García E. (1993). Apoyo en el entorno personal, familiar y laboral. Ediciones de la Universidad Complutense, Madrid.

Garita, C (1992). "Características Psicosociales del Adolescente Marginal y Estrategias para el Trabajo Preventivo con esta Población". En: "Tercera Antología: Adolescencia y Salud". PAIA. CCSS, San José, Costa Rica.

Gobierno de Costa Rica. **Código de la Niñez y la Adolescencia** (1998). Costa Rica: La Gaceta N° 26, del 6 de Febrero de 1998.

Groismane (2001). "Principles of Bacterial Patogénesis". Academic Press, 1 ed. San Diego, California, US.

Guarneros, R (1997). Nuevos motivos para la esperanza. Revista Muy Interesante. Editorial Eres, S.A. de C.V., México. N° 04, año XIV, 24-30.

Huertas, M; Rivera, I; Romero, C; Ponce de León, S (1995). "Accidentes laborales e incidencias de

infección por VIH y Hepatitis A y C, en una institución mexicana". México: Instituto nacional de nutrición Salvador Subirán, División de Epidemiología Hospitalaria.

Islam M., Piot P (1995). Todo sobre las enfermedades de transmisión sexual. Acción en SIDA. Boletín Internacional sobre prevención y atención del SIDA. No.26, julio-setiembre.

Instituto Tecnológico de Santo Domingo y Instituto Dermatológico Dominicano(1995). Entrenamiento en el Manejo Sindrómico de las Enfermedades de Transmisión Sexual. Santo Domingo, República Dominicana.

Jiménez, Y (1997). No nos dejen morir . Revista Dominical, Periódico La Nación, 6-10, 1° junio.

Kraus, S; Stone, C (s/f) Tratamiento de Infección Genital causada por el Papiloma Virus. CDC, Atlanta, Georgia.

Krauskopf, D (1995). "Factor de riesgo en la adolescencia". Boletín Bibliografico. PAIA. CCSS. Año I. Número 1.

Krauskopf, D (2000). "Participación Social y Desarrollo en la Adolescencia". En Revista: Adolescencia y Salud. PAIA, CCSS. Vol. 2, N° 1.

Ley General sobre el VIH-SIDA. N° 7771. Gaceta N° 096 del 20 mayo 1998.

Liébana J (1997). Microbiología Oral, McGraw Hill Interamericana, España, 351, 360.

Lossick, J (s/f). "Tratament of vaaginitis /Vaaginitis, Clinical Reserach, Braanch División of Sexually Transmitted Diseases/HIV". CDC; Atlanta Georgia.

Maddaleno, M; en Silber y otros(1992). **Manual de Medicina de la Adolescencia**. Washington: OPS/OMS.

Mailhiot, B (1991). "Dinámica y Génesis de Grupos". En: "Primera Antología: Adolescencia y Salud". PAIA. CCSS, San José, Costa Rica.

Merck & Sharp & Domme (1996). Cuidado de sí mismo. Instructivo para el paciente N° 4. E.U.A.

Merck & Sharp & Domme (1996). Viviendo con la infección por el VIH y con el Sida. Instructivo para el paciente N° 5. E.U.A.

Mc Donad L, Stites P, Buntin D (1994). En: *"Sexually Transmitted diseases uplate"*. Dermatol Clinic.

Ministerio de Salud. Departamento Control del Sida. Recomendaciones para la persona con VIH. Costa Rica,.

Ministerio de Salud. Programa de Control de Enfermedades de Transmisión Sexual y Sida (PROCETSS) (1998). Guía Nacional de Consejería en ETS-VIH-SIDA. Perú.

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Programa Nacional de Prevención y Control de ITS/VIH/SIDA (2000). Protocolos de atención de personas infectadas VIH/SIDA. El Salvador, agosto.

Ministerio de Sanidad y Consumo. Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida (2001). Prevención y Asistencia de la Infección por VIH en Atención Primaria. Madrid.

Monge, E. (1997) ¿Qué significa la prueba del Sida? Departamento Control del Sida, Ministerio de Salud, San José, Costa Rica.

Murray, P ; Kobayashi, G; Pfaller, M ; Rosenthal, K (1997). Microbiología Médica. II Ed. Edit Harcourt Brace, España: 684-695.

Nájera, P y González, L (1996). Atención Integral al paciente con VIH. Sociedad Española Interdisciplinaria del Sida. Madrid, España.

Rein, M y Muller, M (s/f): Trichomonas Vaginalis and Trichomoniasis Sexually Transmitted Agents, Part, Cap 43.

Organización Mundial de la Salud (1992). Lo que usted debe saber acerca del SIDA. Ed. Reader's Digest, S.A., México, 20-22, Mayo

Organización Mundial de la Salud (1991). Serie OMS sobre el Sida N° 8: Directrices para la labor de Consejo sobre la infección y las Enfermedades causadas por el VIH. Ginebra,.

Organización Panamericana de la Salud (1993). Sida: La epidemia de los tiempos modernos. Washington D.C.

Organización Panamericana de la Salud, UNICEF, CONASIDA (México), Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea –México- (1995). Acción en SIDA Los niños y el SIDA, una calamidad inminente. No. 27, octubre-diciembre.

Organización Panamericana de la Salud. Programa de Desarrollo de Recursos Humanos-HSR (2001). Trabajo en Equipo en Salud: Conceptos y Herramientas para su aplicación. Enero.

Programa Nacional de Doencas Sexualmente Transmissiues e AIDS (1997). *"Cultura, isolamento e identificao da Nerssria Gonovrhoca"*e. Ministerio da Sacide,. Brasilia, Brasil.

Programa Nacional de Prevención y Control de las ETS-VIH/SIDA (1995). Manejo de las Enfermedades de Transmisión Sexual. Santa Fé, Bogotá, setiembre.

Promundo (2002) "Previniendo el VIH/SDA: Serie Trabajando con Hombres", PAPAI, Proyecto H, Promundo, Brasil.

Reglamento de la Ley General Sobre el VIH-SIDA. Decreto Ejecutivo N° 27894-S. Gaceta N° 115 del 15 de junio de 1999.

Rodríguez , J; Garita, C; Díaz, M; Sequeira, M y Valverde, O. (2002) **Bases Programáticas Programa Atención Integral a la Adolescencia C.C.S.S.** Costa Rica: PAIA/CCSS.

Rodríguez J (1998). *"Micología Medica"*. Editorial Universidad de Costa Rica, Editorial Nacional de Salud y Seguridad Social, 1 ed. San José, Costa Rica,

Salom I, Herrera G, Porras O, Solano A, León M (2001). Guías para el tratamiento con terapia antir-retroviral en niños y adultos de Costa Rica. Mayo. Comisión interhospitalario de terapia antirretroviral (TARV), CCSS.

Segura, A y otros (1991). Epidemiología y

Prevención de las Enfermedades de Transmisión Sexual. Fundación Universidad, Madrid.

Selwin, P; Alcibes, P; Hartel, D; et al (1992). "Clinical manifestations and predictors of disease progression in drug users with human immunodeficiency virus infections". N Engl J Med, 327: 1697-1703

Ministerio da Saude. Programa Nacional. Doencas Sexualmente Transmissíveis e AID (1997). "*Técnica de Colocao de Grom*". Brasília (serie TELELA).

The Institute of Psychiatry (1973). **Notes on Eliciting and Recording Clinical Information** London: Oxford University Press

Universidad de los Andes (1994). "Asesoría en infección por VIH y SIDA". Programa La Casa..

Valverde, O (2000). "Desarrollo Bio-psico-social en la adolescencia". (Manuscrito presentado para publicación). UNED – UNICEF. San José, Costa Rica.

Valverde, O; Solano, C; Alfaro, J; Rigioni, M, Vega, M (2001). "Adolescencia, protección y riesgo en Costa Rica: múltiples aristas, una tarea de todos y todas". 1 ed. J Rodríguez, San José, Costa Rica

Valverde, O; Vega, M; Rigioni, M, Solano, C; Solano, E (2002). "Toques para estar en todas: Módulo socioeducativo para el fortalecimiento de conductas protectoras y la prevención de conductas de riesgo en los y las adolescentes". 1 ed. –San José, Costa Rica.

Van Dyck, E; Meheus, A; Piot, P (2000) "Diagnostico de Laboratorio de las Enfermedades de Transmisión Sexual". OMS. Ginebra.

Veléz, H; Borrero, J; Restrepo, J; Rojas, W (2002). Dermatología sexta edición. "Corporación para investigaciones biológicas". Medellín, Colombia.

World Health Organization. Education and Counselling. STD Case Management Workbook. Module five.